
AREA PERCORSI DIAGNOSTICI E TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

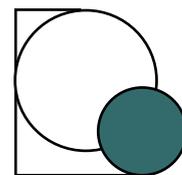
dell'Area Vasta Giuliano Isontina



Azienda per i Servizi Sanitari
n. 1 "Triestina"



Azienda Ospedaliera-Universitaria
"Ospedali Riuniti di Trieste"



IRCCS Materno Infantile
"Burlo Garofolo"

PDTA **PERCORSI**
DIAGNOSTICI
TERAPEUTICI
ASSISTENZIALI

dell'Area Vasta Giuliano Isontina

Editing

Giuliana Pitacco

Nicola Delli Quadri

Formazione

Daniela Fabris

Nicola Delli Quadri

Segreteria

Brigida Romeo

Progettazione grafica

Roberto Michelazzi

Stampa

Tipografia dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria degli Angeli di Pordenone.

Questa pubblicazione è stata realizzata con il contributo economico di:

Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" Trieste;

I.R.C.C.S. Burlo Garofolo;

Azienda per i Servizi Sanitari n.1 "Triestina"

Dicembre 2014

La pianificazione dell'Area-Vasta Isontino-Giuliana per il 2014 ha previsto, fra l'altro, di affrontare lo studio di PDTA su alcuni temi clinico/assistenziali integrati territorio/ospedale, anche con la ricerca, se necessario, di sinergie sia di programmazione che operative, con le comunità locali e le rappresentanze dei cittadini. L'obiettivo è di verificare percorsi condivisi che attribuiscano ruolo e responsabilità ai Distretti ai MMG e agli Ospedali, ricercando la massima appropriatezza e individuando i nodi delle reti clinico/assistenziali per evitare doppioni e/o carenze. I percorsi individuati sono:

- neoplasia mammaria;
- scompenso cardiaco;
- frattura di femore e protesi d'anca;
- broncopatia cronica ostruttiva;
- mesotelioma;
- gravidanza fisiologica;
- ictus-

Gli argomenti affrontati sono stati scelti in riferimento alla numerosità della casistica e alla rilevanza clinico-sociale.

La motivazione di tale scelta risiede nella consapevolezza sempre più diffusa e recepita nella legge di riordino del servizio sanitario regionale, recentemente approvata, che la migliore risposta ai problemi di salute delle persone è rappresentata dalla gestione dei percorsi assistenziali in un'ottica di multidisciplinarietà, multiprofessionalità, in un contesto di reti strutturate.

Con tale strategia si sono svolti eventi formativi e i gruppi di lavoro hanno prodotto i documenti di sviluppo dei percorsi. I lavori sono stati quindi validati in sessioni di consensus conference.

I documenti della presente pubblicazione, pur nella loro diversa forma narrativa comprendono tutti i criteri di accesso ai percorsi, lo sviluppo degli stessi, i criteri di uscita e i piani di miglioramento individuati.

Riteniamo ciò la rappresentazione di un importante patrimonio professionale offerto alla riflessione di tutti i professionisti dell'Area-Vasta, ma anche della Regione. Ci aspettiamo contributi e osservazioni e siamo interessati ad uno sviluppo dinamico ed interattivo dei percorsi per adeguarli alla realtà che narrano e realizzarne il continuo sviluppo qualitativo.

Cogliamo l'occasione per esprimere il nostro sincero e profondo grazie a tutti i professionisti che hanno partecipato a questa esperienza.

La pubblicazione dei percorsi è solo l'inizio del programma; le fasi successive sono l'implementazione con il coinvolgimento di tutti gli interessati, compresi i cittadini coinvolti, la verifica dei risultati con gli indicatori dichiarati e la predisposizione dei necessari piani di miglioramento.

Un ringraziamento particolare alla Direzione Centrale Salute, nella persona del Direttore dott. Adriano Marcolongo che ha creduto come noi nell'iniziativa e ci ha sostenuto in ogni fase.

I Direttori generali delle Aziende di Area vasta giuliano-isontina

ASS 1	ASS 2	AOUTs	IRCCS Burlo Garofolo
Nicola Delli Quadri	Gianni Cortiula	Francesco Cobello	Mauro Melato

Sommario

PDTA della donna con carcinoma mammario	1
PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area goriziana)	73
PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area triestina)	89
PDTA del paziente con frattura di femore	157
PDTA del paziente sottoposto ad intervento di artroprotesi d'anca.....	171
PDTA del paziente con Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO).....	185
PDTA del paziente affetto da Mesotelioma pleurico	233
PDTA per la donna in gravidanza (fisiologica)	251
PDTA del paziente con Ictus.....	265

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DELLA DONNA CON CARCINOMA MAMMARIO

Gruppo di lavoro

Nicola Delli Quadri – Direttore Generale (ASS1) - Coordinatore

Giulia Abram – SC Centro Sociale Oncologico (ASS1)

Zoran Marij Arnež – UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (AOUTs); Dip. Scienze Mediche Chirurgiche;

Deborah Bonazza – UCO Anatomia ed Istologia Patologica (AOUTs) Scuola . Specializz. Anatomia Patologica

Marina Bortul – UCO Chirurgia Generale SS Chirurgia Senologica (AOUTs); Dip. Scienze Mediche e .Chir.

Rita Ceccherini – SC Centro Sociale Oncologico (ASS1)

Cristina Cressa – SC Radiologia Ospedale Maggiore (AOUTs)

Carla Dellach – SC Centro Sociale Oncologico (ASS1)

Andrea Dell'Antonio – UCO Chirurgia Generale (AOUTs)

Franca Dore – SC Medicina Nucleare (AOUTs)

Luisa Dudine – Ambulatorio Psicologia Ospedaliera - Direzione Sanitaria (AOUTs)

Angela Giovagnoli - SC Riabilitazione Distretto 4 (ASS1)

Fabiola Giudici – UCO Anatomia ed Istologia Patologica Dipartimento Scienze Mediche Università di Trieste

Maria Malagoli – SC Oncologia (AOUTs)

Mariastella Manara – UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (AOUTs)

Fulvia Martellani – UCO Anatomia ed Istologia Patologica

Elisa Ober – UCO Anatomia ed Istologia Patologica

Mitja Oblak – UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (AOUTs) Scuola. Specializz. Chirurgia Plastica

Milena Pascotto – SC Medicina Riabilitativa (AOUTs)

Giuseppina Pasqua – SC Riabilitazione Distretto 4 (ASS1)

Valentina Pesavento – SC Medicina Riabilitativa(AOUTs)

Nadia Renzi – UCO Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (AOUTs)

Clara Rizzardi – UCO Anatomia ed Istologia Patologica (AOUTs)

Bruna Scaggiante – Dip. Scienze della Vita LILT – sez. provinciale di Trieste

Maura Tonutti – UCO Radiologia Ospedale di Cattinara (AOUTs)

Cristiana Vidali – SC Radioterapia (AOUTs)

Fabrizio Zanconati – UCO Anatomia ed Istologia Patologica (AOUTs) Dip. Scienze Mediche e Chirurgiche

Ultima revisione

28 novembre 2014

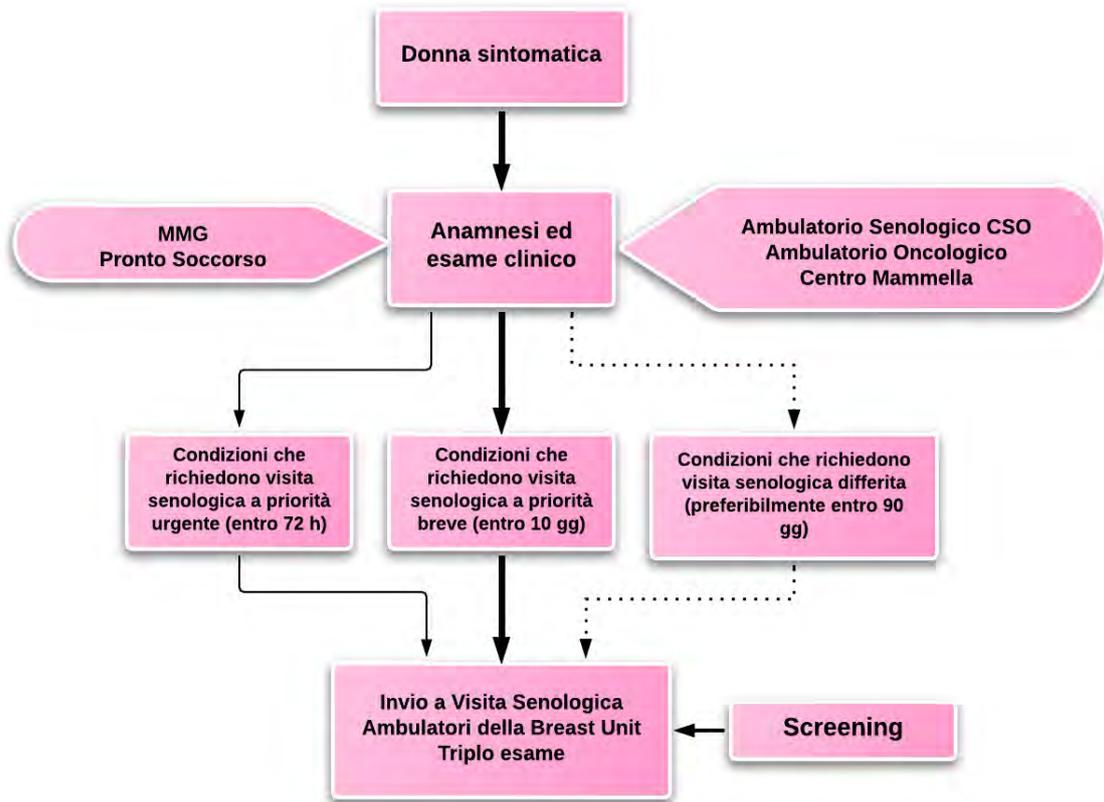


Figura 1 Modalità di accesso alla Breast

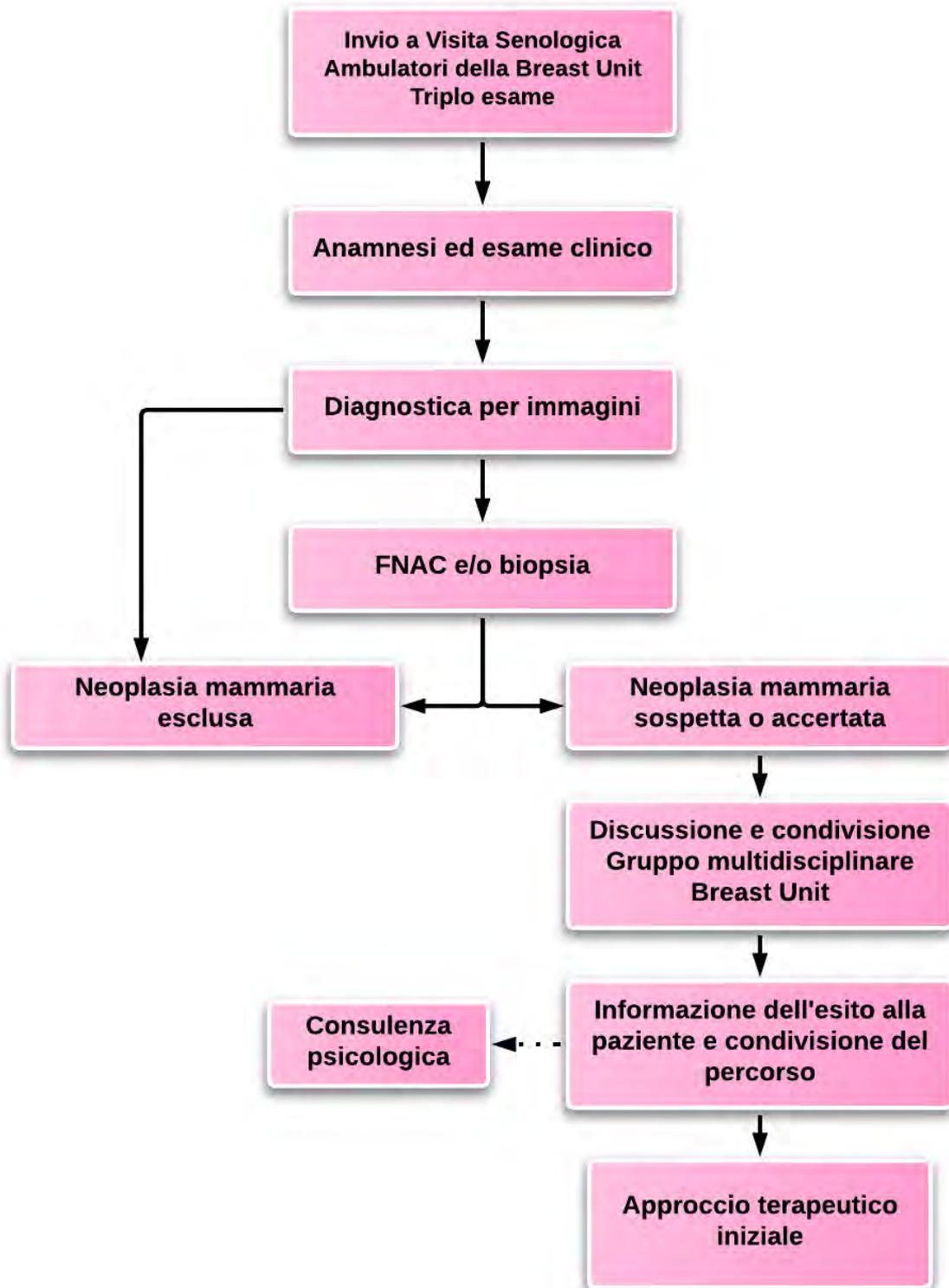


Figura 2 Iter diagnostico

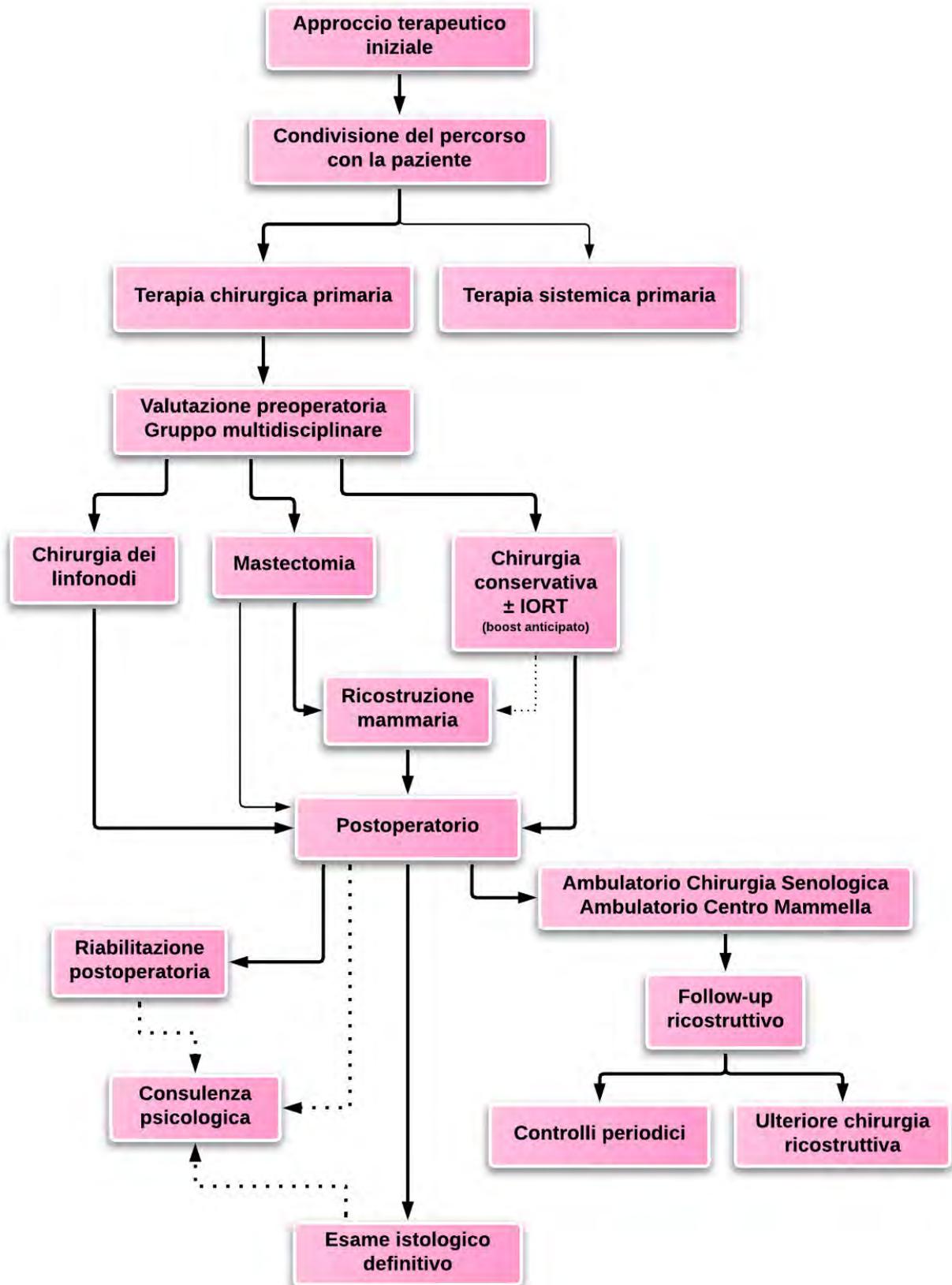


Figura 3 Percorso chirurgico

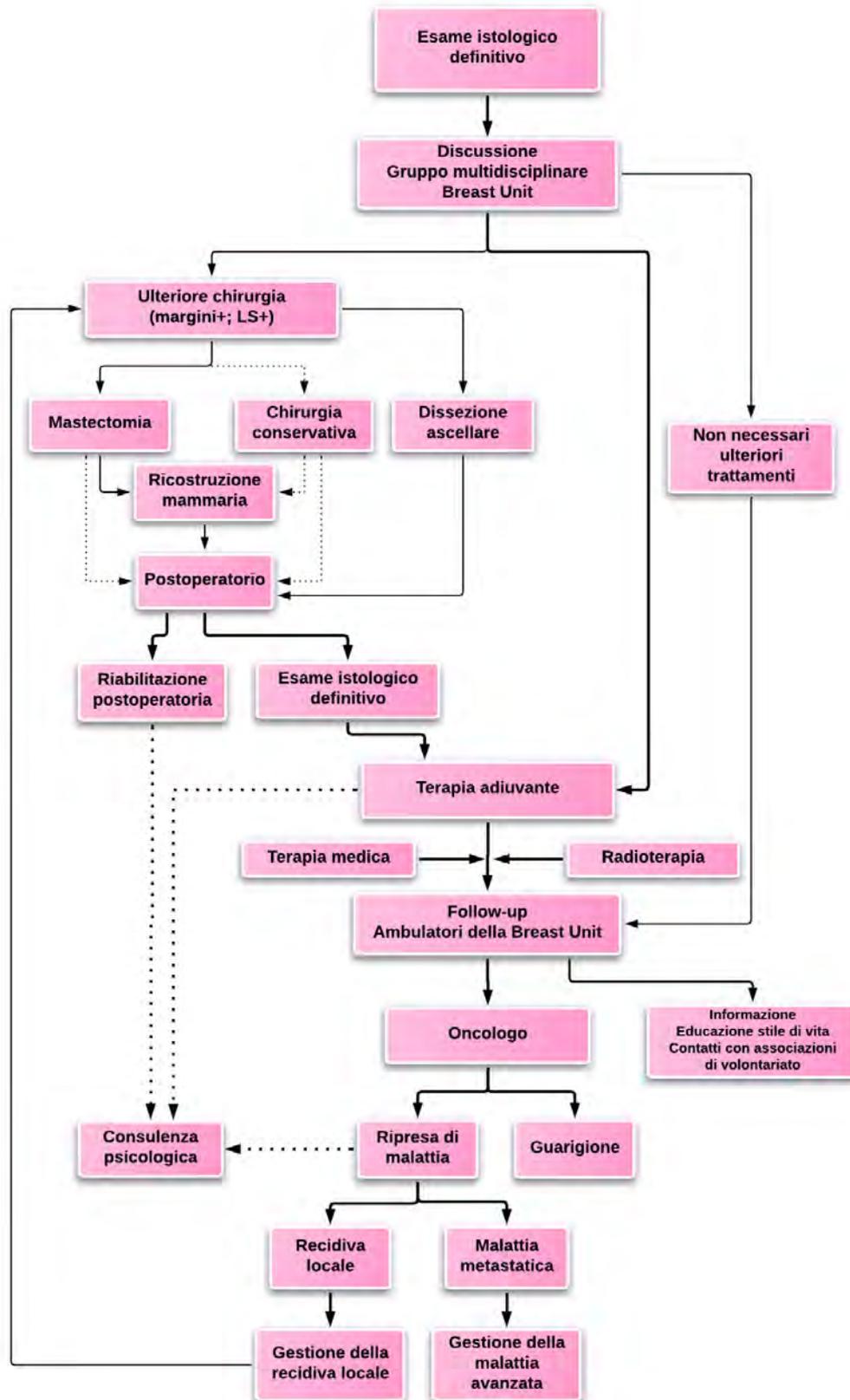


Figura 4 Percorso terapeutico e di follow-up

CARCINOMA MAMMARIO

INFORMAZIONI DI BASE

Definizione

- Carcinoma mammario early (suddiviso in due categorie principali):
 - o carcinoma duttale in situ (DCIS)
 - spesso rilevato da microcalcificazioni alla mammografia;
 - comunemente non palpabile;
 - non si diffonde al di fuori dei confini delle strutture della mammilla.
- Carcinoma invasivo
 - o infiltrazione del tumore nello stroma della mammella;
 - o si può diffondere negli spazi linfo-vascolari e può dare metastasi.
- Carcinoma mammario avanzato – carcinoma diffuso nei tessuti limitrofi alla mammella.
- Malattia di Paget:
 - si presenta comunemente come una lesione simil-eczematosa del capezzolo;
 - origina nei dotti sotto il capezzolo;
 - definita dal riscontro di cellule maligne nell'epidermide del capezzolo;
 - ha il potenziale di metastatizzare in altre parti del seno o in altre parti del corpo.

Incidenza

- In Friuli Venezia Giulia il tasso di incidenza per carcinoma mammario nel 2007 era di circa 130/100.000 donne (tasso standardizzato sulla popolazione europea);
- il carcinoma della mammella è il tumore più comune nel sesso femminile, rende conto di circa il 29% dei tumori nelle donne e del 16% dei decessi per cancro;
- il rischio *life-time* di sviluppare un carcinoma mammario è nel corso della vita del 12.5% della popolazione femminile (1 donna su 8 sviluppa un carcinoma mammario);
- la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è pari all'85% (AIRTUM) mentre in FVG è pari al 79%;
- 5-15 % delle donne con carcinoma al seno hanno una storia familiare della stessa malattia;
 - carcinoma mammario avanzato::
 - o circa il 7% delle donne e degli uomini con diagnosi di carcinoma della mammella presentano metastasi al momento della diagnosi;
 - o 25-30% dei pazienti sviluppa metastasi nei successivi 10 anni dalla diagnosi;
 - o circa un terzo dei pazienti sviluppa una recidiva.

Fattori di rischio/protettivi

- Età/sesso;
- precedente storia personale di carcinoma mammario;
- precursori di carcinoma mammario invasivo (ad esempio iperplasia atipica, carcinoma lobulare in situ, carcinoma duttale in situ);

- storia familiare di carcinoma mammario e/o carcinoma ovarico;
- aumento della densità della mammella;
- radiazioni ionizzanti (soprattutto prima dei 30 anni);
- nulliparità;
- menarca precoce (prima dei 12 anni);
- menopausa tardiva (55 anni o più);
- sovrappeso;
- consumo di alcol;
- fumo;
- assenza di allattamento;
- terapia ormonale sostitutiva (HRT);
- età avanzata al primo figlio.

GRUPPO DI LAVORO MULTIDISCIPLINARE (GLM)

Gli incontri del gruppo di lavoro multidisciplinare (GLM):

- sono tenuti su base settimanale;
- la decisione diagnostico-terapeutica del GLM viene verbalizzata, inserita in cartella clinica e comunicata alla paziente.

Il core team del GLM include:

- radiologo senologo;
- anatomopatologo;
- chirurgo senologo dedicato → casistica chirurgica individuale di almeno 50 casi/anno;
- chirurgo plastico;
- oncologo;
- radioterapista;
- infermiere (case manager);
- data manager.

Il GLM mantiene stretti contatti con:

- medico nucleare;
- team di specialisti di cure palliative;
- fisiatra e fisioterapista;
- psicologo-psicoterapeuta con esperienza in ambito oncologico;
- assistente sociale;
- genetista clinico/psicologo clinico con esperienza in ambito oncologico;
- ginecologo;
- medico ortopedico;

- neurochirurgo;
- dermatologo;
- odontoiatra;
- medici di medicina generale;
- associazioni di volontariato.

PRESENTAZIONE CLINICA

Sospetto di tumore alla mammella localizzato o localmente avanzato:

- tumefazione mammaria e/o ascellare;
- ulcerazione;
- noduli cutanei;
- retrazione della cute;
- eczema del capezzolo;
- retrazione o distorsione del capezzolo di recente comparsa;
- secrezione ematica unilaterale dal capezzolo.

Sospetto di malattia di Paget:

- area sul capezzolo di aspetto crostoso, ispessita, arrossata;
- secrezione ematica dal capezzolo;
- ulcerazione.

Sospetto di carcinoma mammario infiammatorio:

- tumefazione della mammella;
- arrossamento della cute mammaria;
- mastodinia;
- edema o mammella di volume aumentato.

ANAMNESI ED ESAME CLINICO

Compilazione scheda anamnestica e degli stili di vita (*Vedi Allegato 1*)

Valutazione clinica di eventuali:

- tumefazioni mammarie, toraciche ed ascellari
 - verificare come le tumefazioni sono state rilevate
 - incidentalmente;
 - a seguito di auto-esame del seno;
 - nel corso di un esame clinico senologico o mammografia di screening;
- altri sintomi mammari, quali
 - dolore;
 - arrossamento;
 - secrezione;
 - alterazioni cutanee;
 - alterazioni del capezzolo;
- storia personale di neoplasia mammaria;
- storia familiare di carcinoma mammario e/o ovarico
 - presenza di mutazioni genetiche all'interno della famiglia;
 - insorgenza in età precoce ed eventuale bilateralità;
 - oppure storia familiare di altri carcinomi (prostata...);
- anamnesi farmacologica
 - terapia ormonale sostitutiva (HRT);
 - uso di contraccettivi orali;
- anamnesi relativa ad interventi chirurgici pregressi alla mammella
 - iperplasia duttale atipica;
 - iperplasia lobulare atipica;
 - carcinoma lobulare in situ;
- pregressi traumi alla mammella;
- età;
- età al menarca;
- parità;

- stato menopausale (pre-, post- o peri-menopausa e l'età in cui si è manifestata la menopausa*).

ESAME CLINICO

Comprende:

- ispezione della mammella
 - o tumefazione;
 - o retrazione cutanea e aderenze al piano muscolare;
 - o cute a buccia d'arancia;
 - o edema;
 - o secrezione dal capezzolo;
 - o eritema, eczema, ulcerazioni del capezzolo;
 - o retrazione/distorsione del capezzolo;
- esame clinico della tumefazione
 - o consistenza;
 - o fissità;
 - o limiti;
 - o superficie;
- cambiamenti nell'aspetto della mammella, quali
 - o alterazioni del capezzolo;
 - o retrazione della cute;
 - o prurito;
 - o arrossamento;
- esame di eventuale secrezione dal capezzolo
 - o secrezione in grado di macchiare gli abiti;
 - o secrezione ematica/siero-ematica/sierosa/lattescente;
 - o secrezione spontanea o dopo spremitura;
 - o secrezione da uno o più orifici ghiandolari;
 - o secrezione persistente o intermittente.

CONDIZIONI CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO DIAGNOSTICO URGENTE

(prestazione garantita entro 72 ore dalla prescrizione)

- Neoformazione di nuova comparsa o aumento volumetrico di neoformazione se già presente;
- retrazione della cute anche senza tumefazione sottostante;
- retrazione del capezzolo di recente comparsa;
- secrezione ematica dal capezzolo;

- erosione/ulcerazione del capezzolo;
- ulcerazione della cute;
- linfadenopatia ascellare palpabile ritenuta clinicamente metastatica.

CONDIZIONI CHE RICHIEDONO UN INTERVENTO DIAGNOSTICO PRIORITARIO

(entro 10 giorni dalla prescrizione)

- Infiammazione localizzata o diffusa, al di fuori del periodo dell'allattamento, che non regredisce con un ciclo di antinfiammatori/antibiotici;
- secrezione sierosa o siero ematica mono-orifiziale (indicazione a mammografia e galattografia);
- cisti che una volta svuotata con ago aspirazione si riforma dopo 24-48 ore;
- cisti a contenuto ematico;
- neoformazione mammaria nel sesso maschile;
- pazienti con rilievo ecografico di dubbia interpretazione.

CONDIZIONI CHE NON RICHIEDONO NÉ INTERVENTI URGENTI NÉ PRIORITARI

(entro 90 giorni dalla prescrizione)

- Mastodinia mono e/o bilaterale non associata ad alcun altro rilievo clinico;
- secrezioni bilaterali pluriorifiziali non ematiche o siero ematiche.

Per le donne tra i 40 e i 49 anni, non sintomatiche, né a rischio eredo-familiare o che presentano le condizioni di cui sopra, l'accesso alla prima mammografia dovrà essere garantito entro 90 giorni dalla richiesta.

Le donne tra i 50 e i 74 anni che non aderiscono al programma di screening che si presentano con una richiesta di esame mammografico, se non sintomatiche (comprese le condizioni di cui sopra), né a rischio eredo-familiare, saranno comunque prese in carico dai centri di radiologia secondo modalità programmate che garantiscano il primo accesso entro 90 giorni dalla richiesta.

SCREENING MAMMOGRAFICO

Per le donne senza alcuna sintomatologia clinica, prive di condizioni di rischio aumentato per fattori eredo-familiari e che siano nella fascia di età 50-74 anni, è fortemente raccomandato aderire al programma di screening ed eseguire la mammografia secondo gli intervalli di tempo previsti dal programma, a cadenza biennale tra i 50 e i 74 anni.

TRIPLO ESAME

La diagnosi di carcinoma mammario in fase precoce è costituito da una triplice valutazione che include:

- valutazione clinica/obiettiva;
- mammografia e/o ecografia;
- citologia agoaspirativa (FNAC) e/o agobiopsia.

I risultati del *triplo esame* dovrebbero essere comunicati alla paziente entro 30 giorni. Lo scopo del *triplo esame* è quello di evitare, per quanto possibile, biopsie chirurgiche su lesioni benigne e di far giungere la maggior parte dei carcinomi all'intervento con una diagnosi sufficientemente certa da poter pianificare nel modo migliore l'approccio terapeutico.

IMAGING

L'esame di riferimento per la diagnostica per immagini in senologia è la **mammografia** che ha valore sia di esame per la diagnosi precoce in pazienti asintomatiche, sia di studio in pazienti sintomatiche.

La valutazione preoperatoria delle dimensioni ed estensione del tumore è essenziale per determinare l'appropriato trattamento chirurgico.

L'indagine di **risonanza magnetica (RM)**, non è utilizzata di routine per la valutazione preoperatoria delle pazienti con carcinoma mammario invasivo o carcinoma duttale in situ. Per le indicazioni all'impiego della risonanza magnetica in fase preoperatoria si rimanda alle linee guida dell'EUSOMA (EJC 46, 2010) e suoi aggiornamenti

(<http://www.eusoma.org/doc/guideline.recommendations.eusoma.working.group.pdf>):

- pazienti con diagnosi di carcinoma lobulare invasivo in particolare se viene considerata la chirurgia conservativa;
- pazienti con età inferiore a 60 anni e discrepanza di un centimetro o più tra indagine mammografica ed ecografica con possibile impatto su trattamento chirurgico;
- pazienti eleggibili a partial breast irradiation (PBI) sulla base delle indagini di imaging convenzionale;
- donne ad alto rischio per carcinoma della mammella.

Esistono inoltre indicazioni all'impiego della risonanza magnetica pre-operatoria, che ancora necessitano di essere confermate da studi clinici controllati e riguardano:

- le pazienti con seno denso;
- pazienti con margini positivi o close dopo chirurgia conservativa;
- pazienti con malattia multifocale, multicentrica o bilaterale (invasiva o in situ), già dimostrata con le indagini convenzionali e con cito-istologia;
- pazienti con carcinoma duttale in situ puro, unilaterale unifocale alle indagini convenzionali (per escludere malattia sincrona ipsilaterale o carcinoma invasivo controlaterale);
- pazienti con malattia di Paget;
- pazienti con cup syndrome;
- paziente candidate a mastectomia skin/nipple sparing (per la valutazione del complesso areola capezzolo);
- pazienti in gravidanza;
- pazienti con lesione B3 all'agobiopsia.

Tra le raccomandazioni del gruppo EUSOMA merita ricordare ancora che:

- indipendentemente dal fatto che il team clinico usi routinariamente o meno l'indagine

di risonanza magnetica in fase pre-operatoria, le pazienti con nuova diagnosi di carcinoma della mammella devono essere sempre informate dei potenziali rischi e dei benefici di un'indagine di risonanza;

- i risultati dell'indagine di risonanza devono essere interpretati tenendo conto dell'esame clinico e dei risultati dell'imaging convenzionale (mammografia ed ecografia); eventuali risultati dell'indagine di risonanza che possono avere un impatto sul trattamento chirurgico della paziente devono essere verificati mediante agobiopsia ogni volta che sia possibile;
- le lesioni visibili con la sola indagine di risonanza devono essere sottoposte ad agobiopsia RM guidata e se necessario a localizzazione pre-chirurgica RM guidata; ciò implica la disponibilità di esecuzione di biopsie RM guidate e personale dedicato;
- il ritardo nel piano terapeutico della paziente dovuto all'esecuzione dell'indagine di risonanza ed eventuali approfondimenti non deve essere superiore a un mese;
- eventuali modifiche nel piano terapeutico della paziente derivanti dai risultati dell'indagine di risonanza devono essere concordate in ambito di team multidisciplinare costituito da oncologo, patologo, radioterapista, radiologo e chirurgo.

Ecografia

- Fornisce informazioni aggiuntive rispetto alla mammografia (studio dei seni densi e definizione di natura liquido/solida della lesione).
- Primo esame nella paziente sintomatica con età inferiore ai 35 anni, nelle donne in gravidanza ed in allattamento.
- Utilizzata per:
 - o biopsia ecoguidata della lesione mammaria;
 - o valutazione pre-operatoria del cavo ascellare con eventuale prelievo ecoguidato di linfonodi alterati.

FNAC e/o Biopsia

Le metodiche disponibili sono l'**esame citologico** (denominato anche Fine Needle Aspiration Cytology: FNAC), la **microbiopsia** (denominata anche Needle Core Biopsy: NCB) e la **microbiopsia con retro-aspirazione** (denominata anche Vacuum Assisted Needle Core Biopsy: VANCB). Il prelievo con ago può essere effettuato con guida ecografica, oppure in casi selezionati con guida stereotassica o RM) ed ogni sede di prelievo effettuato deve essere indicata sulla apposita scheda radiologica (*Vedi Allegato 1*).

Le donne con sospetta neoplasia mammaria devono giungere all'intervento con una diagnosi cito/istologica.

- La metodica di prima istanza è il **prelievo con ago sottile** (FNAC):
 - o in caso di campione citologico inadeguato (C1) deve essere considerata la ripetizione del prelievo;
 - o in caso di negatività (C2), ma in presenza di elevato sospetto clinico-radiologico, e/o in caso di citologia dubbia (C3 o C4) è consigliata una rivalutazione del caso

prima dell'invio ad eventuale biopsia.

- In tutte le lesioni (palpabili e non) è indicata la guida ecografica per il prelievo, limitando il ricorso alla stereotassi mammografica o alla RM per i casi senza un evidente reperto ecografico.
- Per il prelievo di lesioni apprezzabili solo con mammografia (in primo luogo, le **microcalcificazioni**), per le quali è ovviamente necessaria la guida stereotassica, la FNAC non appare indicata. In queste evenienze si può fare utilmente ricorso sia alla VANCB.
 - o I frustoli prelevati da focolai di microcalcificazioni vanno sottoposti a controllo radiografico per verificare la presenza di elementi calcifici nel loro contesto.
- La **VANCB** è indicata in particolare nei casi in cui la FNAC o la NCB abbiano dato luogo a:
 - o risultato cito/istologico normale/inadeguato (C1/B1);
 - o microcalcificazioni assenti alla radiografia dei frustoli, con risultato istologico di benignità (B2).
- I vantaggi della microbiopsia sono rappresentati dalla possibilità di determinare in fase preoperatoria le caratteristiche biologiche (ER, PgR, ki-67 ed HER2) della neoplasia su frammenti tissutali qualora sia necessario procedere ad una **terapia neoadiuvante**. La determinazione del profilo recettoriale e delle caratteristiche biologiche è ottenibile pure su citoincluso.

Per quanto riguarda:

- o *la richiesta di esame citologico o istologico;*
- o *la descrizione macroscopica del referto citologico o istologico;*
- o *il referto citologico o istologico. Si rimanda alle Raccomandazioni GIPaM 2013*

http://www.siapec.it/content/file/3325/2013_Documento_DEFINITIVO_GIPaM_3_.pdf

FASE CHIRURGICA

Presenza in carico della paziente in fase ambulatoriale

Il chirurgo:

- visita la paziente e prende visione degli eventuali accertamenti eseguiti;
- illustra alla paziente le possibili opzioni terapeutiche fornendo le spiegazioni relative all'intervento programmato sulla base di quanto proposto dal gruppo multidisciplinare;
- concorda la possibile data dell'intervento illustrando le modalità di ricovero;
- fornisce la disponibilità di un supporto psicologico qualora richiesto dalla paziente;
- se paziente possibile candidata a terapia neoadiuvante avvia all'oncologo per consulto;
- rilascia una relazione clinica per il medico curante con il programma chirurgico;
- inserisce la paziente nella programmazione:
 - o degli esami preoperatori;
 - o degli eventuali approfondimenti diagnostici (**NB**);
 - o specificando il tipo di intervento, la necessità di marcatura per le lesioni non palpa-

- o bili (**NB1**) e Rx del pezzo operatorio;
- o programma con il Medico Nucleare la linfoscintigrafia preoperatoria in caso di biopsia del linfonodo sentinella;
- o nei casi in cui sia prevista una ricostruzione programma la visita con il chirurgo plastico;
- o se indicato il boost di IORT programma la visita con il radioterapista;
- provvede alla prenotazione del ricovero con priorità A.

NB: *Per ciò che riguarda lo staging pre-operatorio, esso non è raccomandato in assenza di sintomi o segni clinici laddove nelle pazienti con documentata positività del linfonodo ascellare (L5) può essere indicata esecuzione di ecografia epatica e pelvica e scintigrafia ossea rientrando la radiografia del torace negli esami pre-operatori*

NB1: Identificazione lesioni non palpabili. *La localizzazione preoperatoria va effettuata in tutte le lesioni non palpabili da sottoporre ad intervento chirurgico. Tutte le metodiche di localizzazione attualmente in uso sono da ritenersi valide (filo metallico, sospensione di carbone posizionato sotto guida ecografica o stereotassica, Roll (radioguided occult lesion localization)).*

Per ciò che riguarda la ROLL essa ha il vantaggio di ottenere una precisa localizzazione per-operatoria e un'exeresi con la lesione al centro del pezzo chirurgico utilizzando la medesima sonda per l'identificazione del linfonodo sentinella.

È una tecnica principalmente indicata per le lesioni unifocali, al pari della soluzione di carbone sterile, ossia nei cluster di microcalcificazioni, nelle singole distorsioni od opacità.

Non è indicata nei casi di lesioni diffuse o multicentriche con interessamento di un ampio settore ghiandolare o nelle microcalcificazioni in prossimità della cute, in cui è preferibile ricorrere alla marcatura cutanea.

Il radioisotopo utilizzato è il ^{99m}Tc coniugato con macroaggregati di albumina umana (MAA), ossia particelle più grosse e meno mobili rispetto a quelle iniettate per localizzare il linfonodo sentinella e iniettate sotto guida stereotassica mammografica in sede di microcalcificazioni sospette o sotto guida ecografica, all'interno della lesione, nel caso di noduli (vedi anche Allegato 2).

Opzioni chirurgiche

Le opzioni chirurgiche comprendono:

- a livello di ghiandola mammaria
 - o chirurgia conservativa (quadrantectomia) con eventuale rimodellamento contro laterale immediato o differito;
 - o mastectomia (totale, skin sparing, skin reducing, nipple sparing) alla quale associare la ricostruzione immediata o differita con possibilità di opzione tra tessuti autologhi o espansore/protesi o protesi;
- a livello ascellare:
 - o biopsia del linfonodo sentinella;
 - o dissezione ascellare;

Nel corso della visita le pazienti devono essere informate:

- dei rischi e benefici di ogni procedura;

- dell'eventuale necessità di un ulteriore intervento chirurgico se i margini di exeresi dopo chirurgia conservativa sono positivi all'esame istologico definitivo.

Chirurgia conservativa

Essa può essere proposta

- nel carcinoma duttale in situ di estensione non superiore ai 3 cm e nei carcinomi invasivi T1 o T2 <3 cm valutando il rapporto tra diametro della lesione e volume mammario al fine di garantire un risultato cosmetico adeguato
- nel caso di lesione superiore ai 3 cm previa discussione multidisciplinare del caso, può essere proposta una terapia neoadiuvante allo scopo di ridurre il tumore primitivo e consentire una chirurgia conservativa.
- È necessario in questi casi marcare la lesione prima del trattamento neoadiuvante poiché un eventuale down staging tumorale post neoadiuvante potrebbe alterare i punti di reperi iniziali analizzando inoltre nei dettagli l'imaging dopo terapia.

L'intervento conservativo è controindicato in caso di:

- sfavorevole rapporto tra dimensione del tumore (T) e volume mammario;
- multicentricità della lesione;
- microcalcificazioni estese e documentate;
- controindicazioni alla radioterapia p.o. quali precedente radioterapia sulla mammella, malattie del tessuto connettivo, malattia polmonare e cardiaca grave, gravidanza (I-II trimestre).

Si consideri un intervento conservativo della mammella per la malattia di Paget con rimozione del complesso capezzolo-areola (quadrantectomia centrale) in caso di malattia localizzata. In tal caso si consideri la riparazione oncoplastica per migliorare la cosmesi.

Alle pazienti candidate ad un intervento conservativo della mammella deve essere offerta sempre l'irradiazione postoperatoria ed eventualmente discussa l'opportunità del trattamento intraoperatorio (IORT).

In sala operatoria, il chirurgo dopo aver asportato il pezzo chirurgico, adeguatamente orientato, lo invia all'anatomopatologo al fine di eseguire una valutazione macroscopica dei margini di exeresi eseguita, ove necessario, in associazione alla radiografia del pezzo operatorio stesso.

L'exeresi deve includere la neoplasia ed un margine di tessuto ritenuto sano di almeno un cm; il patologo indicherà il margine più vicino alla neoplasia permettendo così, ove necessario, il suo ampliamento.



Figura 5 Gestione chirurgica delle neoplasie non palpabili

Non appena disponibile l'esame istologico definitivo assume particolare importanza la valutazione dei margini tenuto conto che per margine indenne va considerata l'assenza di cellule tumorali sul margine chinato.

Nel caso di un carcinoma duttale in situ se l'ampiezza dei margini è inferiore a 2 mm, considerare prima della recentazione nell'ambito della riunione multidisciplinare:

- età;
- istologia;
- grading;
- distanza dal margine più prossimo al tumore;
- estensione del carcinoma prossimo al margine.

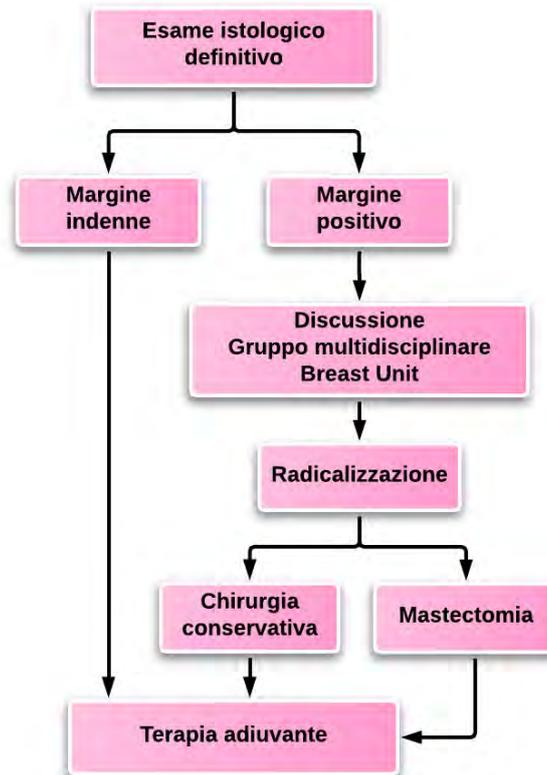


Figura 6 Gestione post chirurgica alla luce dell'esame istopatologico

Mastectomia con o senza ricostruzione

La paziente candidata a mastectomia deve essere informata sulla possibilità di ricostruzione mammaria e sulle eventuali diverse opzioni. Se la ricostruzione del seno non è effettuabile, le ragioni di tale opzione devono essere documentate e chiaramente esplicitate alla paziente.

La mastectomia trova la sua indicazione nelle seguenti condizioni:

- malattia di Paget, se sfavorevole il rapporto tra volume della mammella ed estensione del tumore;
 - o carcinoma duttale in situ esteso (DCIS) (maggiore di 30-40 millimetri di diametro);
 - o carcinoma multicentrico (documentato con esame citologico o istologico);
- carcinoma invasivo qualora la chirurgia conservativa non sia possibile e dopo aver considerato l'opportunità della chemioterapia primaria; in tal caso considerare sempre la ricostruzione immediata;
- scelta personale della paziente;
- carcinoma localmente avanzato o infiammatorio, laddove la chemioterapia primaria integrata ad intervento chirurgico e/o radioterapia può permettere un controllo a lungo termine.
- Ove possibile è preferibile l'esecuzione di una mastectomia skin sparing o skin reducing che prevede la ricostruzione immediata con il chirurgo plastico.
- Laddove la distanza della neoplasia dal complesso areola capezzolo sia superiore ai 2

cm è proponibile una mastectomia nipple sparing: in tal caso è necessario provvedere all'esame istologico (intraoperatorio o definitivo) della rondella di ghiandola retroareolare. Il chirurgo dovrà inviare separatamente il frammento discoidale prelevato direttamente dal pezzo operatorio con diametro corrispondente al diametro dell'areola di spessore pari a 0,5-1 cm marcandolo sul versante del capezzolo con filo di reperi.

Note sull'esame istologico del pezzo operatorio

- Il chirurgo deve fornire una descrizione dettagliata del tipo di intervento e del materiale che viene inviato al Laboratorio di Anatomia Patologica.
- Il materiale deve essere inviato correttamente orientato nel più breve tempo possibile, senza fissativo, al Laboratorio di Anatomia Patologica. Qualora questo non sia possibile, il materiale da inviare al patologo dovrà essere fissato in formalina neutra tamponata (pH intorno a 7) al 10% in rapporto minimo di 1:2.
- Nel caso di lesione non palpabile (p.e. microcalcificazioni) è raccomandabile allegare sempre le stampe delle radiografie del pezzo operatorio per facilitarne l'orientamento e guidarne il campionamento.
- Il corretto invio del materiale chirurgico al Laboratorio di Anatomia Patologica è il presupposto per un accurato studio dei margini di sezione e un'accurata valutazione morfobiologica; l'applicazione di punti di reperi in sedi prefissate è requisito indispensabile al corretto orientamento dell'ampia exeresi e/o quadrantectomia e/o rondella retroareolare (nel caso di mastectomia nipple sparing): in presenza di losanga cutanea porre uno o più reperi che ne consentano l'orientamento, in assenza di losanga cutanea porre almeno due o più reperi per l'orientamento. In caso di mastectomia semplice o skin sparing mastectomy senza dissezione ascellare, porre almeno un reperi verso l'ascella. Per dettagli vedi anche raccomandazioni **GIPaM 2013**

http://www.siapec.it/content/file/3325/2013_Documento_DEFINITIVO_GIPaM_3_.pdf

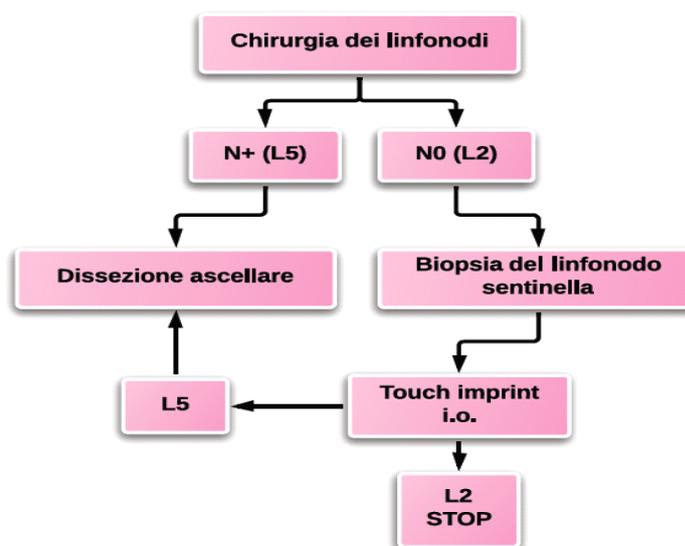


Figura Gestione chirurgica dell'ascella 7

La gestione del cavo ascellare

La valutazione del cavo ascellare: deve essere eseguita in tutte le pazienti con carcinoma mammario invasivo e in alcuni casi di carcinoma duttale in situ al fine di definire lo stadio di malattia ed il trattamento successivo.

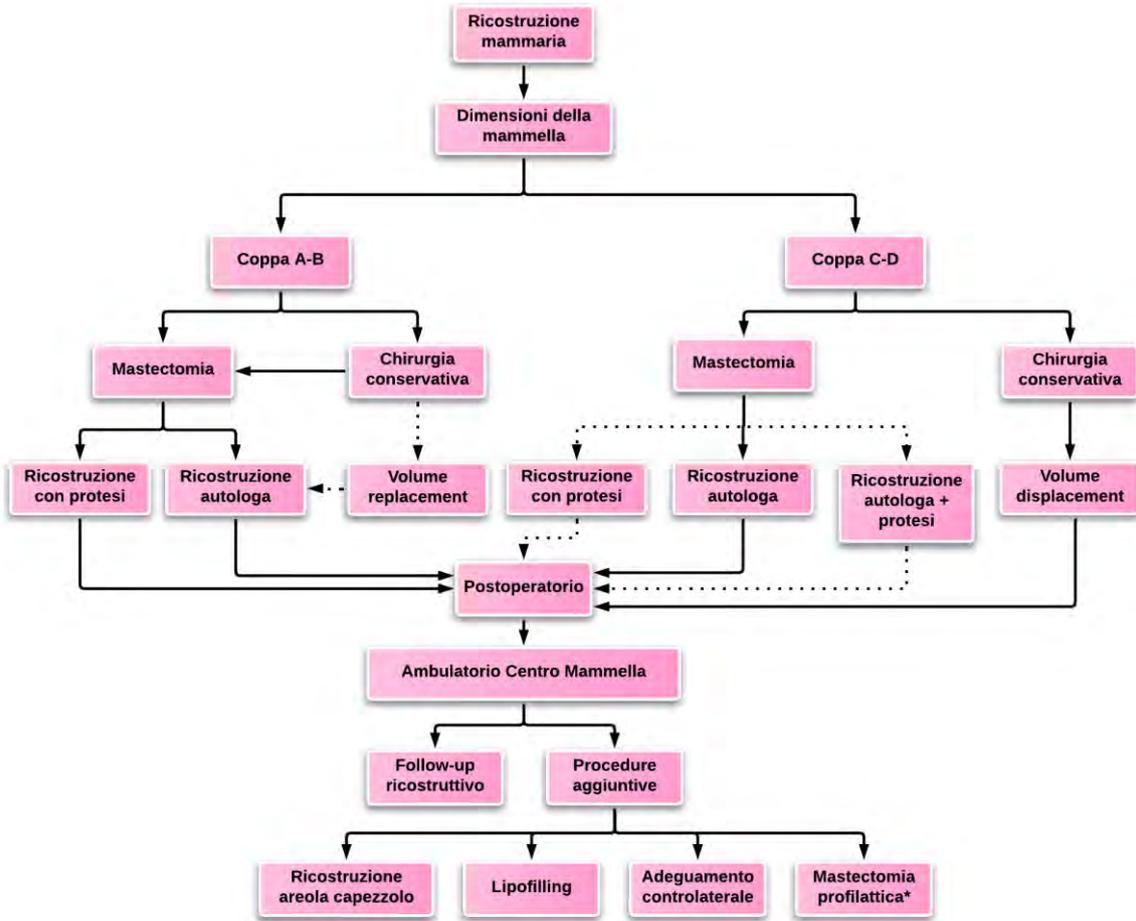
Le procedure includono:

- biopsia del linfonodo sentinella:
 - o carcinoma infiltrante N0 clinico e strumentale (ecografia ± esame citologico)
 - T1-2
 - T3-4 previa discussione multidisciplinare
 - Tumori multicentrici tenuto conto che il tasso di positività linfonodale è più elevato rispetto ai tumori uni centrici di uguale dimensione
 - Prima della chemioterapia neoadiuvante se N0 e dopo discussione multidisciplinare del caso
 - Pregressa biopsia del linfonodo sentinella: previa discussione multidisciplinare
 - Carcinoma duttale in situ: CID alto grado, comedonecrosi, dimensioni >3 cm e comunque in tutti i casi nei quali sia programmata una mastectomia
 - Controindicazioni: carcinoma infiammatorio
 - o deve prevedere l'informazione della paziente sui rischi connessi all'insuccesso della metodica o di risultati falsamente negativi
 - o l'inoculo del radio tracciante deve essere eseguito da 2 a 24 ore prima dell'intervento (*Vedi Allegato 3*)
 - o nel corso dell'intervento devono essere asportati tutti i linfonodi caldi con un conteggio superiore al 10% del linfonodo sentinella con misurazione dei conteggi all'esterno, in vivo, ex vivo e nel campo operatorio residuo
 - o prevede la valutazione intraoperatoria con esame touch imprint o con l'analisi immunoistochimica o molecolare (OSNA); in caso di positività permette di eseguire la contestuale dissezione ascellare
 - o è raccomandata una dettagliata valutazione istologica per l'individuazione di foci metastatici che preveda lo studio dell'intero linfonodo con sezioni seriate ad almeno 200 micron fino ad esaurimento dell'intero linfonodo.
 - o in presenza di macrometastasi si rende tuttora necessario il completamento della dissezione ascellare laddove per le micrometastasi tale opzione deve essere valutata caso per caso.

- dissezione linfonodale ascellare

Tutte le pazienti sottoposte a dissezione ascellare o, su specifica indicazione del curante, a biopsia del/i linfonodo/i sentinella sono sottoposte nel postoperatorio a visita fisiatrica nel corso della quale viene valutata la motilità dell'arto superiore al fine di insegnare una serie di esercizi per prevenire la *congelatio* della spalla dopo l'intervento chirurgico (*Vedi Allegato 4*).

PDTA della donna con carcinoma mammario



*Vedi Allegato 5

Figura 8 Percorso della ricostruzione e del rimodellamento

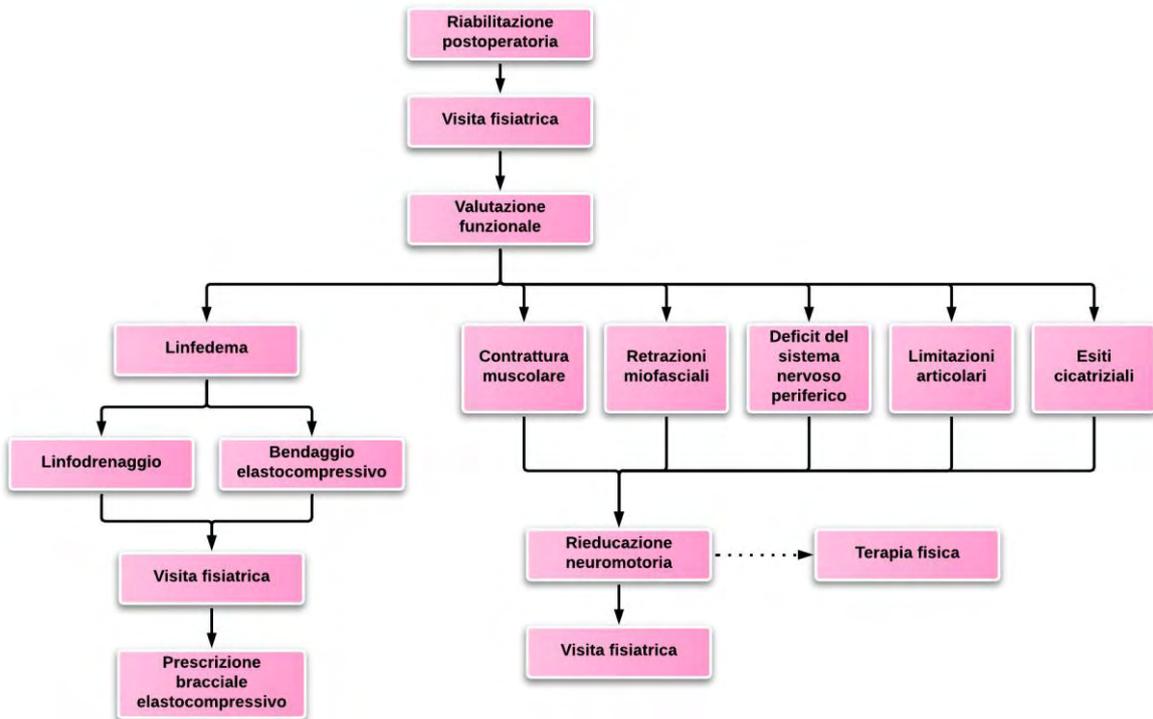


Figura 9 Percorso riabilitativo

RICOSTRUZIONE MAMMARIA

Tutte le pazienti con carcinoma mammario candidate a trattamento chirurgico, sia conservativo che mastectomia, devono essere informate preoperatoriamente sulle possibilità ricostruttive.

La ricostruzione mammaria può essere immediata o differita.

Ricostruzione immediata: contestuale all'intervento chirurgico demolitivo

Ricostruzione differita: a distanza di tempo dall'intervento chirurgico demolitivo

Ricostruzione dopo chirurgia conservativa

Si possono utilizzare tecniche di rimodellamento dei tessuti residui (volume displacement) contestualmente all'atto demolitivo o si possono utilizzare dei tessuti autologhi per il ripristino di volume e forma del cono mammario (volume replacement).

Il rimodellamento dei tessuti residui (volume displacement) non è più possibile dopo trattamento radioterapico.

Ricostruzione dopo mastectomia

Nelle pazienti sottoposte a mastectomia le mammelle possono essere ricostruite mediante materiale protesico, autologo o con una combinazione dei due.

Generalmente la ricostruzione protesica avviene in due tempi chirurgici mediante il posizionamento di un espansore sottomuscolare, che viene successivamente espanso ambulatorialmente fino al raggiungimento di un volume tale da consentire il posizionamento di una protesi definitiva con una seconda procedura chirurgica.

In casi selezionati (mammelle piccole e non ptosiche; su esplicita richiesta della paziente), la ricostruzione protesica può essere effettuata in un unico tempo chirurgico mediante il posizionamento immediato di una protesi definitiva contestualmente alla demolizione.

Può essere necessario l'utilizzo di sostituti dermici a rinforzo del polo inferiore della mammella qualora le dimensioni dell'impianto non ne permettano il completo posizionamento sottomuscolare.

La ricostruzione mediante tessuto autologo prevede il prelievo di tessuti della paziente stessa da sedi donatrici come l'addome, la schiena, la regione glutea e l'interno coscia.

Il trasferimento di tessuto autologo può avvenire da sedi vicine alla mammella da ricostruire (lembi pedunculati) o da sedi a distanza (lembi liberi trasferiti con tecnica microchirurgica)

In alcuni casi può essere necessario l'utilizzo di entrambe le tecniche (tessuto autologo + impianto protesico)

Al termine delle eventuali terapie oncologiche la paziente può essere sottoposta a procedure aggiuntive per migliorare il risultato estetico e la simmetria tra le due mammelle, quali l'adeguamento controlaterale mediante mastopessi, mastoplastica riduttiva, e, in casi selezionati, mastoplastica additiva, il lipofilling e la ricostruzione del complesso areola-capezzolo.

La scelta della tecnica ricostruttiva viene concordata con la paziente in base alle caratteristiche della neoplasia e al trattamento adiuvante previsto, all'entità della demolizione, alle caratteristiche fisiche, locali (mammarie) e generali della paziente (disponibilità di tessuto au-

tologo della paziente), alle condizioni di salute (eventuali comorbidità) e alla volontà della stessa.

Il trattamento è individualizzato caso per caso.

Per ulteriori dettagli si rimanda all'Allegato 5.

TERAPIA MEDICA PRIMARIA - NEOADIUVANTE

Chemioterapia

Prima di qualsiasi terapia sistemica primaria è raccomandata una biopsia percutanea del carcinoma primitivo per la determinazione di istotipo, grado istologico, stato recettoriale (ER e PgR), Ki67/MIB-1 e stato di HER2. In presenza di linfonodi superficiali palpabili e clinicamente sospetti (ascellari e/o sovraclaveari) è opportuno effettuare un agoaspirato a scopo diagnostico. È necessario il posizionamento di repere prima dell'inizio del trattamento; valutazione istologica iniziale comprensiva di caratteristiche biologiche (istotipo, Grading, ER/PgR, Ki 67, stato HER2).

Obiettivi della terapia primaria

- **Tumori operabili (Stadio IIA; IIB e T3 N1 M0)** (valutazione RM per escludere multifocalità entro 2 settimane dall'inizio trattamento): incremento della possibilità di chirurgia conservativa (Necessaria valutazione della sede tumorale ed eventuale posizionamento di repere; Ecografia ascellare per valutazione stato linfonodale; se sospetti FNA e successiva rimozione chirurgica post chemioterapia; se negativi può essere considerata la BLS prechemioterapia, il che permette di evitare la linfadenectomia se negativo confermato).
- **Tumori localmente avanzati non operabili** (IIIB, IIIC e carcinoma infiammatorio): con finalità di consentire successiva chirurgia. In questa indicazione la chirurgia è costituita dalla mastectomia associata a dissezione ascellare omolaterale (sempre nella mastite carcinomatosa; nel III stadio in casi selezionati può essere presa in considerazione una chirurgia conservativa per le pazienti che ottengono una ottima risposta dopo il trattamento primario).
- **Rivalutazione** clinica ogni ciclo, valutazione radiologica entro 2 settimane dall'inizio del trattamento: MX, eco, RM (da ripetere dopo 3-4 e 6-8 cicli).

Per schemi di trattamento chemioterapico ed endocrino Vedi Allegato 6.

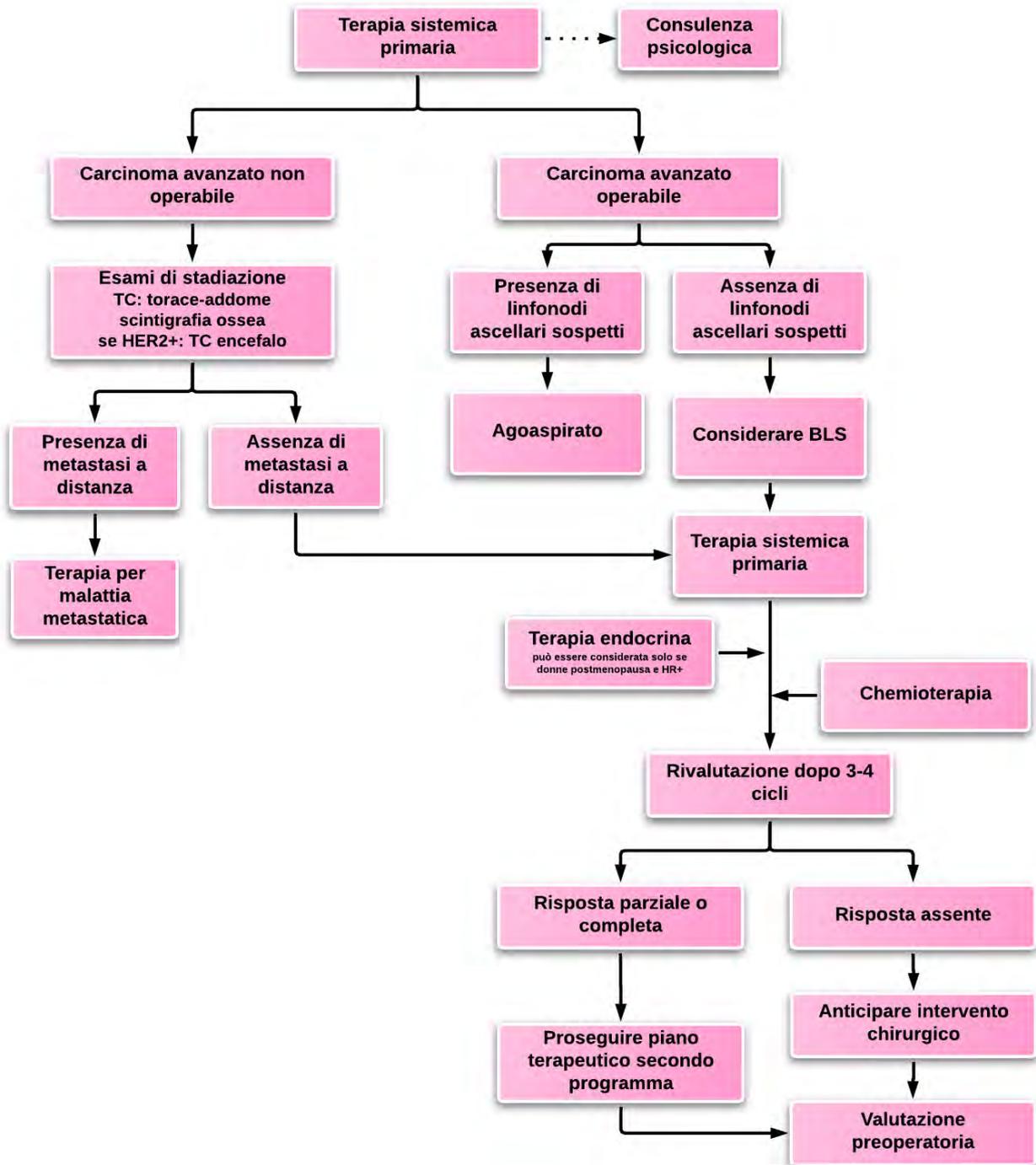


Figura 10 Percorso della terapia medica primaria e neoadiuvante

TERAPIA ADIUVANTE

La decisione di effettuare terapia adjuvante e il tipo di trattamento devono essere valutati in relazione ai fattori di rischio individuale di ripresa di malattia (fattori prognostici) e alla probabile sensibilità a precisi trattamenti (fattori predittivi)

La scelta del trattamento deve tenere in considerazione i potenziali benefici (entità della riduzione del rischio) e i potenziali costi (tossicità dei trattamenti) e deve essere considerata dopo adeguata discussione con la paziente

Fattori prognostici tradizionali: (determinano l'entità del rischio di ripresa di malattia):

- Dimensioni della neoplasia (pT)
- Interessamento linfonodale(modalità di diffusione e numero di linfonodi) (pN)
- Grado di differenziazione della neoplasia (G)
- Invasione vascolare ematica/linfatica peritumorale (PVI)
- Attività proliferativa della neoplasia (Ki-67)
- Età della paziente (<35 anni: prognosi peggiore)

Fattori predittivi di risposta ai trattamenti (chemioterapia, terapia ormonale, terapia biologica):

- L'espressione dei recettori ormonali per gli estrogeni ER e/o PgR
- L'overespressione/amplificazione di HER2-

Tramite i profili di espressione genica sono stati distinti 5 sottogruppi di carcinoma mammario a cui si associano diversi profili di rischio e per ognuno dei quali ci sono indicazioni a trattamenti diversi

Questi profili corrispondono a **profili biologici definibili grazie alla valutazione immunohistochimica (valutazione ER/PgR, HER2, Ki-67)**

Possono quindi essere distinti i seguenti sottogruppi (con le relative indicazioni a trattamento sistemico adiuvante)

- **Luminali A: HR+, HER2 -, Ki-67 basso (<20%)** (*Vedi figure 11-12*)
 - o Indicazione a terapia adiuvante ormonale; considerare chemioterapia solo in presenza di altri fattori di rischio (elevato tumor burden: T3 o >3 N+, G3);
- **Luminali B (HER2 negativi): HR+, HER2-, Ki-67 elevato (>20%)** (*Vedi Diagrammi 11-12*)
 - o Indicazione a terapia ormonale e chemioterapia nella maggior parte dei casi (salvo specifiche controindicazioni)
- **Luminali B (HER2 positivi): HR+, HER2 overespresso o amplificato, Ki-67 indifferente** (vedi Diagramma 13)
 - o Indicazione a chemioterapia + trastuzumab e terapia ormonale
- **HER2-positivi (non luminali): HER2 sovraespresso o amplificato; HR negativi** (*Vedi Figura 14*)
 - o Indicazione a chemioterapia + Trastuzumab;
- **Tripli negativi: HR negativi, HER2 negativo** (*Vedi Figura 15*)
 - o Indicazione a chemioterapia

Per schemi chemioterapia adiuvante ed endocrinoterapia adiuvante Vedi Allegato 7.

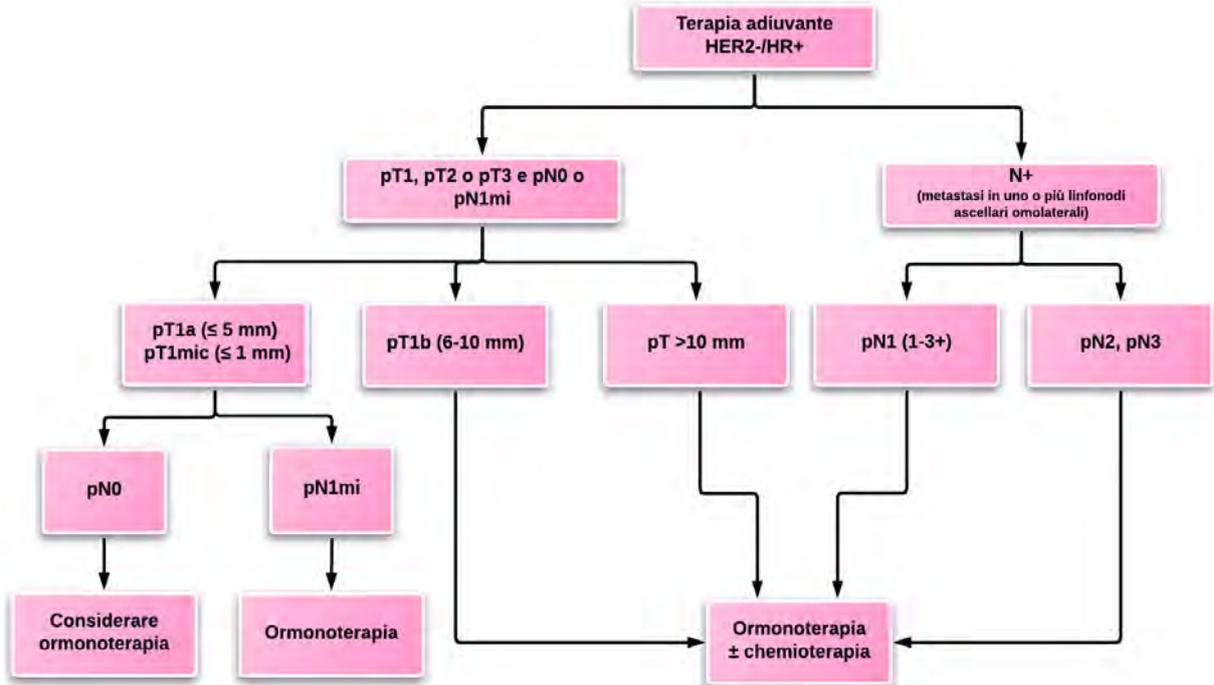


Figura 11 Gestione oncologica dei casi HER-2-/Recettori positivi

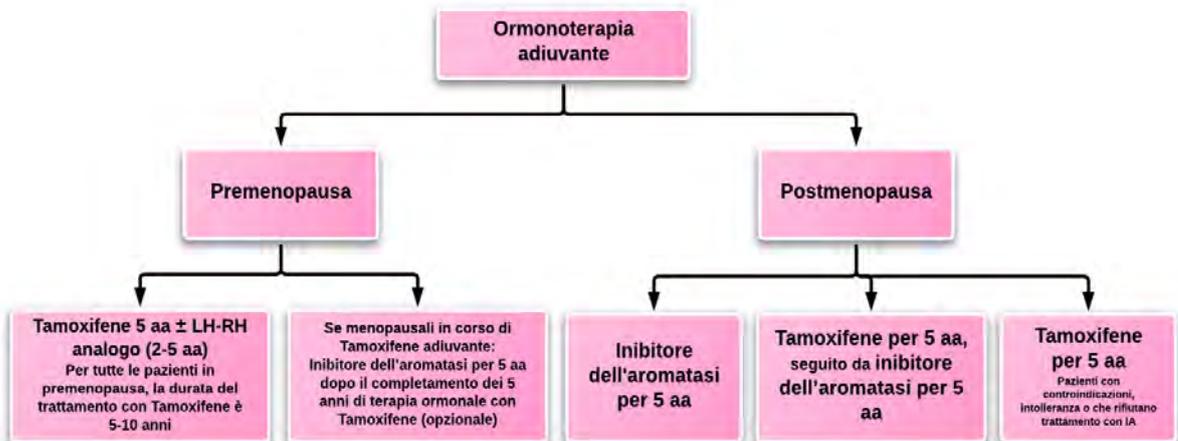


Figura 12 Trattamento ormonale adiuvante

PDTA della donna con carcinoma mammario

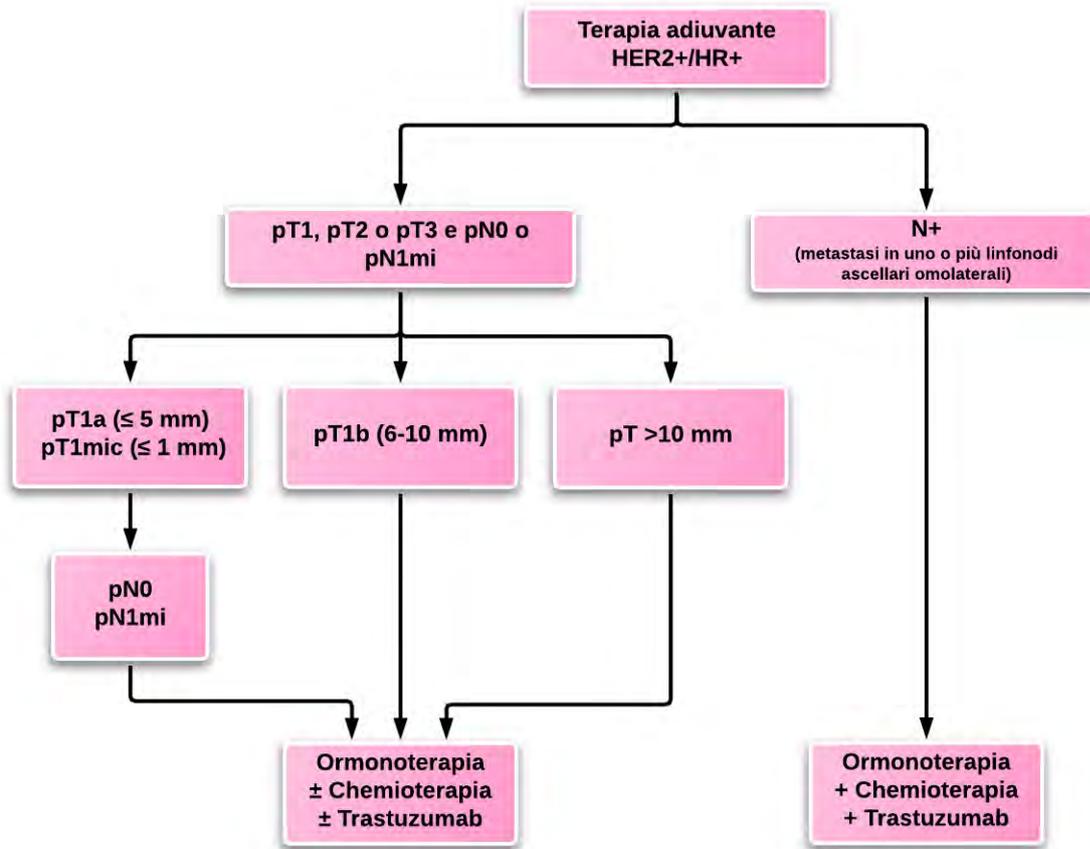


Figura 13 Gestione oncologica dei casi HER-2+/Recettori positivi

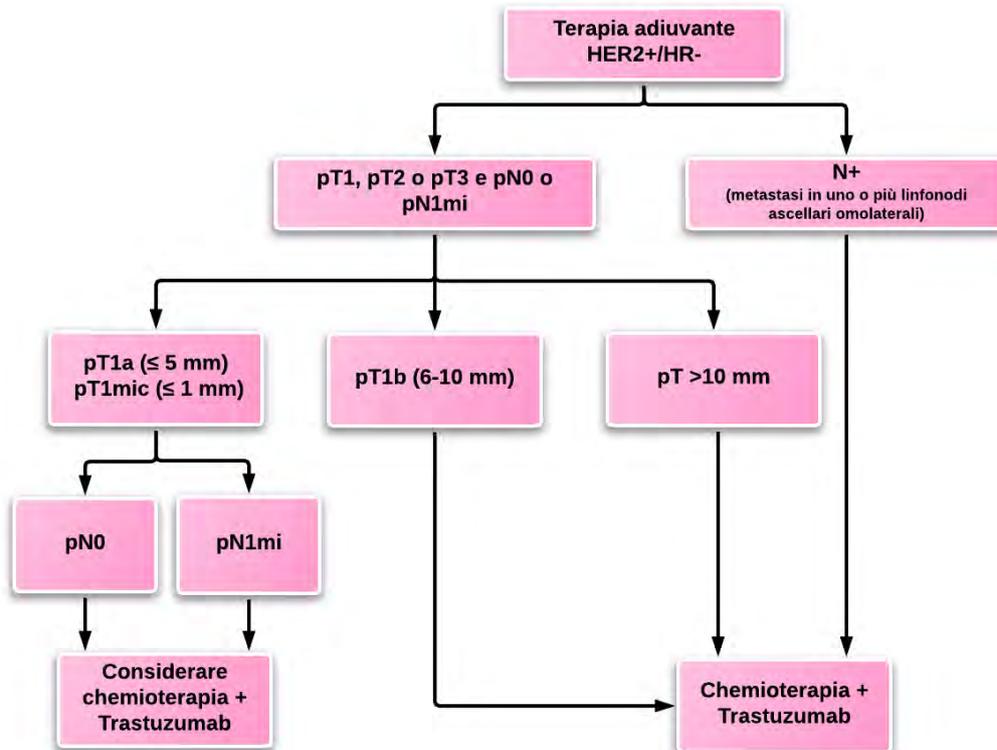


Figura 14 Gestione oncologica dei casi HER-2 positivi/Recettori negativi

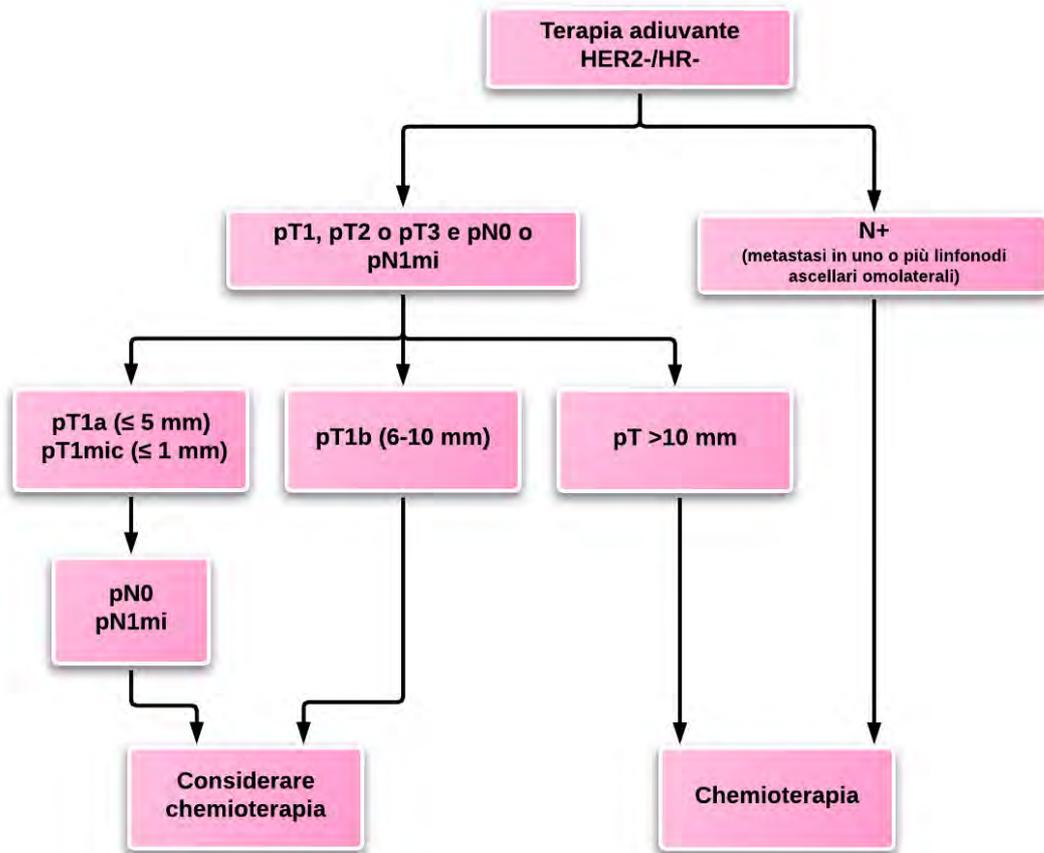


Figura 15 Gestione oncologica dei casi HER-2 negativi/Recettori Negativi (*Tripli negativi*)

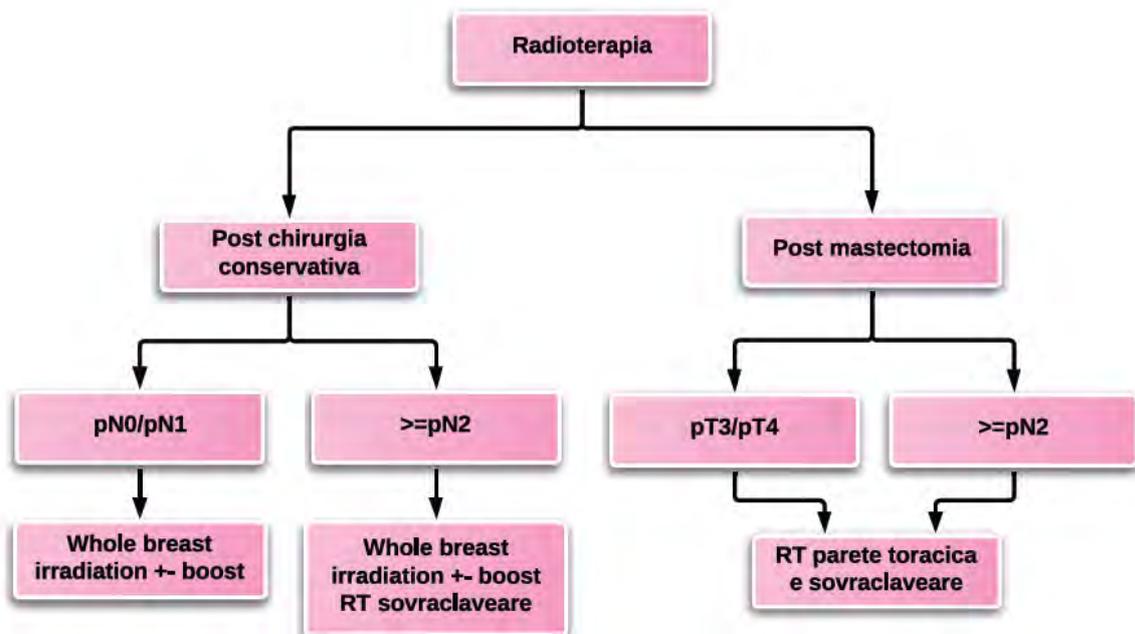


Figura 16 Gestione della Radioterapia

RADIOTERAPIA (RT) COMPLEMENTARE

RT dopo mastectomia

Il suo impiego sulla parete toracica dopo mastectomia è suggerito nei seguenti casi:

- tumore superiore a 5 cm nella sua dimensione massima indipendentemente dallo stato linfonodale.
- tumore di qualsiasi dimensione con estensione alla parete toracica, al muscolo pettorale, alla cute, indipendentemente dallo stato linfonodale
- metastasi di linfonodi ascellari in numero uguale o superiore a 4

Per quanto riguarda la RT post-operatoria sulle stazioni linfonodali si devono tenere in considerazione le seguenti raccomandazioni:

- linfonodi ascellari: la RT non è indicata nelle pazienti sottoposte ad adeguata dissezione, a meno che non vi sia presenza di malattia residua
- linfonodi infra-sopraclaveari: è indicata la RT nelle pazienti con interessamento dei linfonodi stessi, nei T3 – T4 indipendentemente dallo stato linfonodale* e nei T1 – T2 con 4 o più linfonodi ascellari positivi
- linfonodi mammari interni: non esiste attualmente indicazione alla radioterapia in assenza di malattia clinica o patologica

La ricostruzione immediata con espansore tessutale o protesi non è di per sé una controindicazione al trattamento radiante. Le complicanze tardive sono tra il 30 e il 70% con estrusione della protesi tra il 25 e 35%.

L'irradiazione dopo ricostruzione con tessuti autologhi/con retto addominale (TRAM) dà minori complicanze.

RT dopo chirurgia conservativa

Il trattamento radiante dopo chirurgia conservativa sull'intera mammella residua (WBI: whole breast irradiation) trova indicazione al fine di ridurre l'incidenza della recidiva mammaria di circa il 75%, rispetto alla sola chirurgia.

La recidiva intramammaria a 5 anni non dovrebbe superare l'8%.

Un approccio conservativo senza radioterapia deve a tutt'oggi essere considerato del tutto eccezionale. Le pazienti che non eseguono chemioterapia adiuvante dovrebbero iniziare la radioterapia entro le 20 settimane, soprattutto nei casi ad alto rischio di recidiva quali, ad esempio, donne giovani con margini positivi. L'importanza dei fattori clinici e biologici deve essere considerata nella pianificazione del trattamento. Quelle che eseguono chemioterapia adiuvante dovrebbero iniziare la radioterapia entro 4 settimane dall'ultimo ciclo.

Una notevole riduzione dell'incidenza delle recidive locali è stata evidenziata utilizzando il **boost** (o sovradosaggio) **sul letto tumorale**, con un vantaggio maggiore nelle donne più giovani, di età ≤ 40 anni. La considerazione che la maggior parte delle recidive si manifesti in corrispondenza o in vicinanza del letto operatorio, che il sovradosaggio di fatto non aggravi la tossicità al trattamento, e che se correttamente eseguito abbia un modesto impatto sul risultato estetico, giustifica il largo ricorso a questo trattamento nella pratica quotidiana.

Il volume-bersaglio del boost è valutato in rapporto alla mammografia preoperatoria, al tipo di terapia chirurgica impiegata e all'estensione dell'asportazione (quadrantectomia, ampia escissione o tumorectomia). Importante inoltre la presenza di clip metalliche posizionate in corso di intervento dal chirurgo a delimitare il letto tumorale, il tipo istologico e la situazione microscopica dei margini.

Il boost può essere somministrato mediante irradiazione esterna, con fotoni o elettroni, come più frequentemente avviene; con la brachiterapia o con la IORT (boost anticipato). Il boost mediante irradiazione esterna può essere erogato contemporaneamente all'irradiazione giornaliera somministrata all'intera mammella (boost concomitante).

I dati attualmente disponibili indicano che non vi sono differenze in termini di controllo locale, sopravvivenza libera da malattia e di morbidità in funzione della tecnica di somministrazione del sovradosaggio. Risultati estetici lievemente inferiori sono stati osservati nelle pazienti sottoposte a brachiterapia.

La radioterapia è controindicata in gravidanza e se la paziente è incapace a mantenere la posizione del trattamento. Sono controindicazioni relative alcune malattie del collagene (lupus, sclerodermia, dermatomiosite), un volume mammario eccessivo e la pregressa irradiazione degli stessi volumi.

Recentemente sono stati introdotti schemi con un numero minore di frazioni rispetto a quelle convenzionali (6 settimane), allo scopo di ridurre il tempo complessivo della radioterapia senza ridurne l'efficacia biologica, e controllando la tossicità cutanea. Attualmente la **RT ipofrazionata** può essere considerato una valida alternativa al *frazionamento convenzionale* in termini di efficacia, tolleranza e risultati cosmetici, in sottogruppi di pazienti candidabili alla irradiazione mammaria postoperatoria dopo chirurgia conservativa, cui questi schemi devono essere riservati.

Nell'ambito della radioterapia dopo chirurgia conservativa sono al momento in studio alternative alla whole breast irradiation (WBI) con tecniche di **accelerated partial breast irradiation (APBI)**.

La radioterapia parziale della mammella non rappresenta ad oggi uno standard terapeutico e dovrebbe essere preferibilmente impiegata in studi clinici controllati, in attesa di un'adeguata definizione di sottogruppi di pazienti passibili di APBI; attualmente esistono raccomandazioni delle Società Scientifiche radioterapiche europee (GEC-ESTRO) e americane (ASTRO), le quali, benché non basate su evidenze di livello A, hanno definito i criteri di inclusione al di fuori di trial clinici.

Per l'irradiazione parziale possono essere utilizzate diverse tecniche: la brachiterapia interstiziale o endocavitaria con Mammosite®, la RT intraoperatoria (IORT) con elettroni o fotoni di bassa energia, la RT a fasci esterni. Tutte le tecniche risultano valide purché adeguatamente selezionate. Deve essere considerata la sede della neoplasia, il volume mammario nella sua interezza e il rapporto tra volume ghiandolare e volume del tumore. L'esperienza e le disponibilità tecniche del singolo centro orientano la scelta del trattamento.

MALATTIA METASTATICA

Solo circa 7% dei carcinomi mammari è metastatico alla diagnosi; nei rimanenti casi la malattia metastatica viene diagnosticata in pazienti precedentemente già trattate per carcinoma mammario.

Valutazione iniziale

- Esame obiettivo + esami ematochimici (marcatori tumorali basali; valore clinico non provato ma possibile utilità per monitorare la risposta al trattamento soprattutto se malattia non misurabile).
- Esami radiologici: TC torace (bassa sensibilità RX): eco addome (preferenziale) - scintigrafia ossea con conferma Rx in sedi critiche. PET/TC indicata solo se reperti dubbi: sono limitate le evidenze dell'utilità della PET/TC per la definizione della strategia terapeutica (può essere utile per confermare l'unicità della lesione se ipotizzabile strategia terapeutica multidisciplinare in caso di malattia oligometastatica). Pazienti con malattia HER2 + hanno 20% probabilità M1 cerebrali (non supportata però da evidenze cliniche l'utilità di RM cerebrale in ogni caso per ricerca lesioni occulte in pazienti asintomatiche. Da valutare in relazione alla situazione clinica).
- Biopsia della lesione metastatica in caso di recidiva. Utilità della biopsia: riportata variazione dello stato dei recettori ormonali nel 30% ed HER 2 nel 6% dei casi (segnalate variazioni della condotta terapeutica nel 15% dei casi). Per giudicare l'opportunità di una biopsia devono essere tenuti in considerazione:
 - o storia naturale della malattia (intervallo di tempo e tipo di presentazione compatibili con biologia tumore primitivo);
 - o biologia del tumore primitivo e risposta ai trattamenti effettuati;
 - o sede della metastasi (facilità di accesso);
 - o condizioni cliniche della paziente.

Obiettivi del trattamento

- Ottenere risposte obiettive.
- Controllare sintomi.
- Prolungare sopravvivenza (OS: PFS + SPP).
- Migliorare o mantenere la qualità di vita.
- Ottenere la guarigione (in casi selezionati).

Principi generali

- La terapia sistemica della malattia metastatica può prolungare la sopravvivenza e migliorare la qualità della vita ma nella quasi totalità dei casi non porta a guarigione (eccetto rari casi prima segnalati malattia oligometastatica in pazienti selezionate), di conseguenza devono essere privilegiati i trattamenti associati ai minori livelli di tossicità;
- la presa in carico della paziente deve coinvolgere fino dall'inizio il team multidisciplinare (oncologo medico, radioterapista, chirurgo, radiologo, medico nucleare, palliativista, psiconcologo);

- gli obiettivi realistici del trattamento devono essere discussi con la paziente e con i suoi caregivers fino dall'inizio;
- l'uso della terapia endocrina, quando possibile, è preferibile all'impiego della chemioterapia;
- nelle pazienti ormonosensibili la terapia ormonale è in grado di ottenere sopravvivenze analoghe a quelle ottenibili con la chemioterapia (seppure in presenza di minori risposte obiettive) e deve sempre essere considerata la prima scelta in assenza di malattia aggressiva;
- prima di abbandonare la terapia ormonale dovrebbero essere eseguite almeno 3 linee di trattamento nel caso in cui si siano documentate risposte nei trattamenti precedenti;
- nei tumori HER2 positivi il trattamento anti HER2 deve essere considerato la prima scelta, per lo più in associazione a chemioterapia. Nei tumori con espressione dei recettori ormonali e in presenza di malattia non aggressiva una combinazione di un agente anti HER 2 (lapatinib o trastuzumab) con terapia ormonale ;
- nei tumori triple negative la chemioterapia è attualmente l'unica opzione;
- per la maggior parte delle pazienti, i risultati in termini di sopravvivenza derivati dall'uso di un singolo agente citotossico risultano essere equivalenti a quelli ottenibili con la chemioterapia di combinazione;
- la scelta tra le due opzioni (agente singolo o terapia di combinazione) deve essere fatta in relazione alla necessità di una risposta rapida. Per le pazienti in cui la malattia non è life-threatening o pesantemente sintomatica, il trattamento monochemioterapico è il trattamento preferibile.
- Il numero di linee di trattamento deve essere valutato in relazione alla situazione clinica della singola paziente
- il fallimento di 3 linee di chemioterapia senza evidenze intermedie di risposta clinica dovrebbe indurre a considerare l'avvio di best supportive care (per mancanza di risposta si intende l'assenza di qualsiasi beneficio anche marginale. La progressione dopo una risposta non è considerato fallimento della terapia)
- la pratica clinica standard sarebbe quella di continuare il trattamento fino a progressione della malattia. In realtà spesso il trattamento viene interrotto prima della comparsa di progressione della malattia per la presenza di effetti collaterali
- I dati che depongono per un vantaggio in termini di PFS con la continuazione del trattamento sono molto limitati e vista la mancanza di vantaggio dimostrabile in termini di OS, l'uso di schemi di terapia più brevi deve essere valutato anche in relazione al possibile effetto detrimentalmente sulla QoL di schemi prolungati
- nella malattia HR positiva HER2 negativa il trattamento endocrino è la scelta preferenziale indipendentemente dal sito metastatico, a meno che non sia necessaria una risposta rapida (metastasi viscerali limitate non costituiscono una controindicazione alla terapia endocrina
- terapia endocrina e chemioterapia non possono essere somministrate contemporaneamente

mente

- in relazione alla bassa tossicità, la terapia endocrina di mantenimento dovrebbe essere considerata
- nella malattia HER positiva devono sempre essere impiegati agenti anti HER 2 salvo che non esistano specifiche controindicazioni

Elementi che condizionano la decisione terapeutica

- Valutazione malattia (aggressività, carico di malattia, valutazione dei parametri biologici (istologia, stato recettoriale stato HER2, Ki-67);
- valutazione delle terapie precedenti e responsività ad esse;
- valutazione della paziente (funzionalità d'organo, età, PS, comorbidità, motivazione);
- preferenze della paziente.

Nella definizione di malattia *indolente* e malattia *aggressiva* rimane fondamentale il giudizio clinico; si può fare comunque riferimento ai seguenti parametri (linee guida AIOM 2013):

- (a) malattia indolente o carattere endocrinosensibilità:** lungo intervallo libero da malattia, precedente risposta ad ormonoterapia, età >35 anni, presenza di localizzazioni ossee e/o tessuti molli, basso carico tumorale, elevata espressione recettori ormonali, basso Ki-67;
- (b) malattia aggressiva o carattere di endocrinoresistenza:** breve intervallo libero da malattia dopo chirurgia, grave sintomatologia, assenza di risposta a precedente trattamento ormonale, bassa espressione recettoriale, Ki 67 elevato, importante coinvolgimento viscerale (>30% di coinvolgimento d'organo).

Indicazioni alla chirurgia

- Mastectomia;
 - o bonifica di lesione ulcerata della mammella;
 - o terapia di elezione in casi selezionati (recente studio che dimostrerebbe vantaggio sopravvivenza se i margini sono negativi e se M1 sono ossee);
 - o In ogni caso chirurgia del tumore primitivo solo casi selezionatissimi e ovviamente nel caso in cui il sito metastatico non comporti imminente rischio di vita;
- metastasi vertebrali con compressione spinale;
- metastasi viscerale singola (fegato - polmone – oligometastatic disease);
- fratture patologiche;
- versamenti pleurici o pericardici.

Indicazioni alla radioterapia

- Tumore primitivo sintomatico non operabile;
- metastasi ossee dolorose o litiche a rischio di frattura;
- metastasi cerebrali sintomatiche;
- compressione midollare metastatica;
- consolidamento dopo intervento per decompressione vertebrale;
- consolidamento dopo fissazione di fratture patologiche;

- sindrome mediastinica.

Indicazioni alla terapia radiometabolica palliativa

Il trattamento dei pazienti con dolore da metastasi scheletriche deve essere multidisciplinare, dato che può includere (in sequenza o, talora, in associazione fra alcune delle opzioni terapeutiche) radioterapia, chirurgia, chemioterapia, trattamento ormonale, analgesia, bisfosfonati, e terapia radiometabolica. L'analgesia con antiinfiammatori non steroidei (ma poi con progressiva introduzione di farmaci più potenti, fino agli oppioidi) rappresenta di solito il primo approccio terapeutico, mentre la chirurgia e la radioterapia possono essere impiegate in casi di malattia metastatica localizzata. In pazienti con interessamento metastatico a carico di segmenti multipli dello scheletro, i radiofarmaci osteotropi rappresentano invece un'importante strategia per la palliazione del dolore. In virtù del loro meccanismo di localizzazione (del tutto analogo a quello dei corrispondenti radiofarmaci diagnostici, come il ^{99m}Tc -MDP), i radiofarmaci osteotropi (^{153}Sm -EDTMP, ^{186}Re -HEDP, ^{89}Sr -cloruro e, più recentemente, $^{223}\text{RaCl}_2$, che sta per entrare in commercio anche in Italia) trovano impiego ottimale nella palliazione del dolore da metastasi di tipo osteoblastico, caratterizzate da aumentata attività osteoblastica e sclerosi causate da reazione ossea alla lesione metastatica (come tipicamente osservato nelle metastasi da carcinoma prostatico). Un quadro misto di tipo osteoblastico/osteolitico è comunque comunemente osservato nella maggior parte delle lesioni metastatiche da altre neoplasie (come, ad esempio, il carcinoma mammario). (*Vedi Allegato 8*).

Localizzazioni ossee

La loro presenza deve essere sempre considerata al momento della pianificazione dell'iter terapeutico perché devono comunque avere un trattamento specifico.

- Trattamento con difosfonati (pamidronato, zelodronato) o con denosumab, un anticorpo monoclonale umano diretto contro RANK, mediatore della funzione osteoclastica. Nessuno di questi farmaci ha dimostrato di determinare vantaggi in termini di OS.

Obiettivo: Prevenzione degli eventi scheletrici: SREs (fratture, dolore che richieda RT, compressione spinale, ipercalcemia) Indicazione: metastasi ossee litiche, aspettativa di vita >6 mesi, creatinina sierica <3mg/dle.

- Conferma delle lesioni mediante RX, TC, RM.
- Valutazione iniziale di calcemia, creatinina, fosforo e magnesio e controlli ad ogni somministrazione.
- Supplemento di Calcio (1200/1500 mg/die) e Vitamina D (400-800UI).
- Rischio ONJ: prima del trattamento è necessaria una valutazione stomatologica e devono essere evitati interventi a livello del cavo orale durante la somministrazione (fattori di rischio aggiuntivi sono la chemioterapia e il trattamento con corticosteroidi).
- I trials clinici supportano l'uso dei difosfonati fino a 2 anni (non supportato da trials confirmatori ulteriore durata).
- Recenti dati indicherebbero non inferiorità nel trattamento ogni 3 mesi vs ogni mese dopo la somministrazione mensile di 1 anno.

- Radioterapia per lesioni dolorose o rischio di frattura e/o complicazioni neurologiche.
- Chirurgia palliativa per prevenire o stabilizzare fratture patologiche, rimuovere masse a livello dei tessuti molli o ridurre compressioni che determinino difetti neurologici.

Non tutte le sedi ossee sono sintomatiche e non tutte sono a rischio di evento avverso-

Il trattamento con difosfonati deve essere preso in considerazione:

- in caso di dimostrazione di metastasi ossee litiche o miste che necessitano di trattamento per la riduzione del rischio di eventi scheletrici avversi;
- in caso di ipercalcemia.

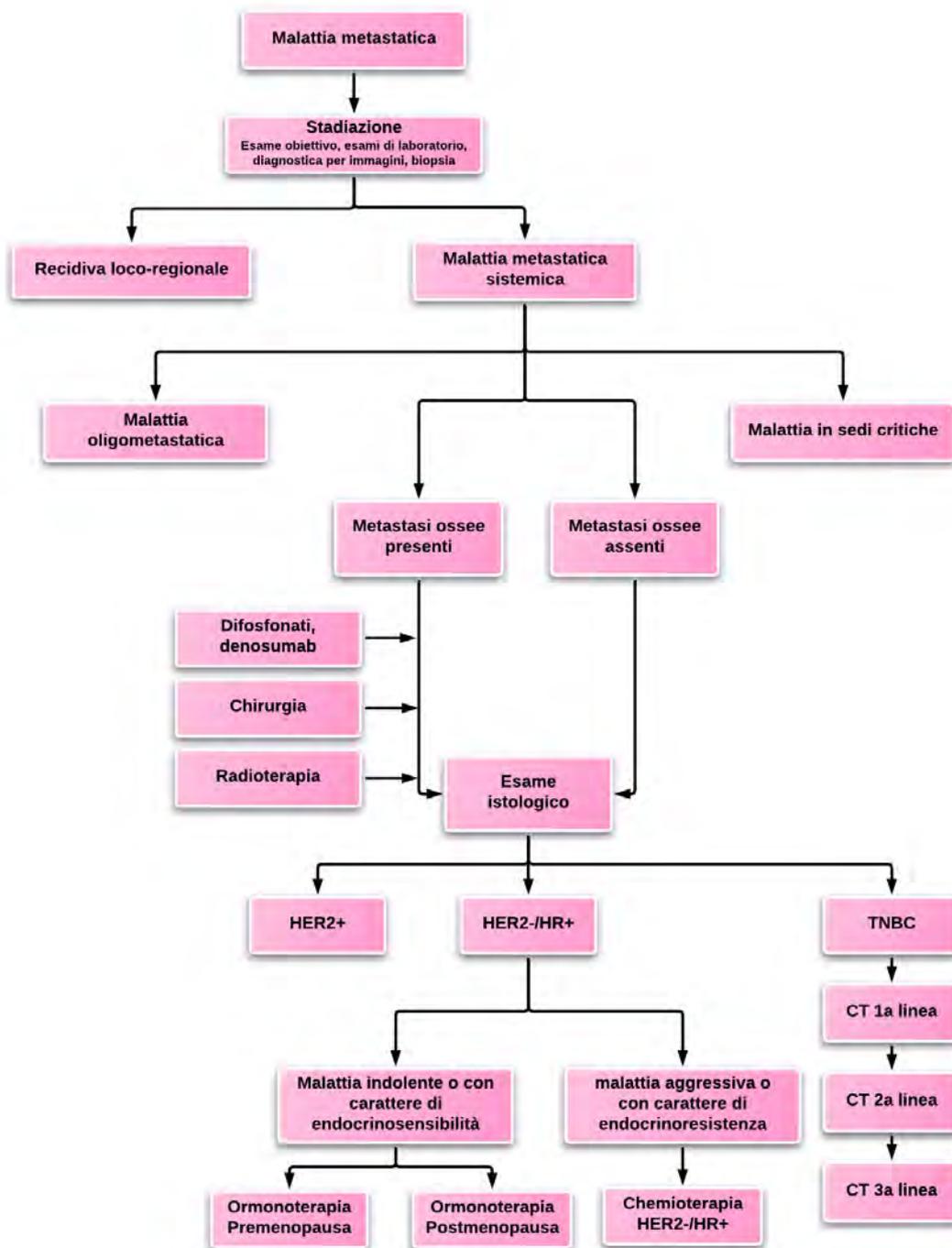


Figura 17 Gestione della paziente con malattia metastatica

Recidiva locoregionale

Recidiva locale: parete toracica dopo mastectomia o mammella dopo quadrantectomia

Recidiva regionale: linfonodi ascellari, sovraclaveari, mammari interni

La recidiva locoregionale, se possibile, dovrebbe essere trattata con intento curativo e quindi, se fattibile, dovrebbe essere effettuata escissione completa della lesione.

Se era stata effettuata una chirurgia conservativa dovrà essere effettuata mastectomia

Se la zona non era stata irradiata è opportuna RT, se precedente RT possono essere re-irradiate alcune zone limitate (considerando l'intervallo dalla precedente RT, gli effetti tardivi da RT e il rischio di recidiva)

Per lesioni non operabili valutare se possibile terapia sistemica primaria (riduzione volume per possibilità intervento)

Trattamento «adiuvante» post-escissione locale se malattia ER/PGR + e trattamento anti HER2 se HER2 + specialmente se non precedente terapia antiHER2

Discussa l'utilità di chemio pseudo adjuvante: metanalisi 2002 Cochrane non conferma: Studio CALOR IBSG27-02, NSABP B-37 BIG 01: vantaggio

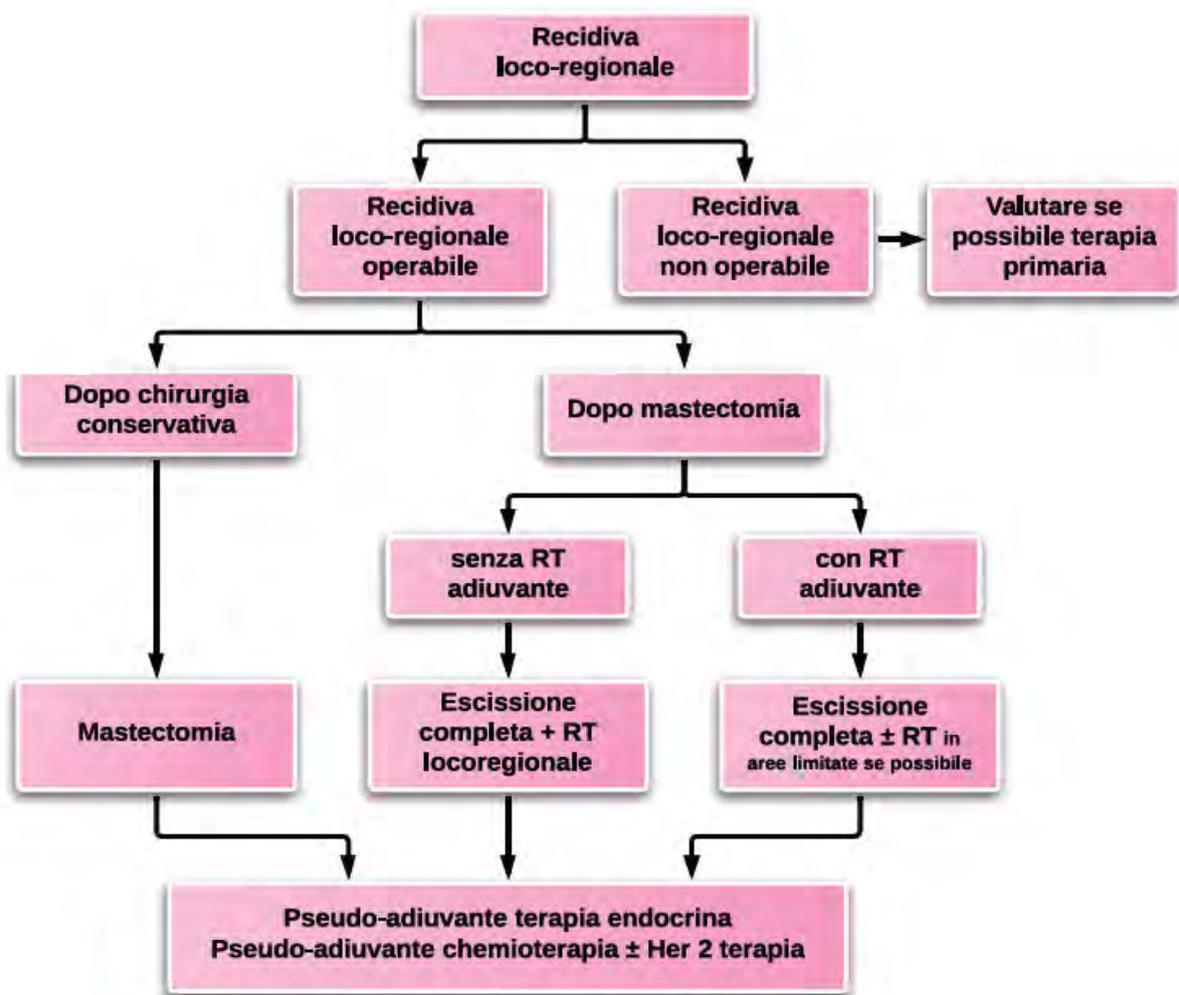


Figura 18 Gestione della paziente con recidiva locale

Malattia oligometastatica

ESO-MBC task force consensus Pagani et al: J Nat Cancer Inst 2010;102,:456-463

Rari casi in cui la malattia è potenzialmente guaribile e può essere opportuna strategia aggressiva multidisciplinare per pazienti selezionate (con le seguenti caratteristiche):

- unica sede metastatica;
- età giovane;
- performance status eccellente, assenza di comorbidità;
- non precedente chemioterapia adiuvante.

In casi selezionati è possibile anche chirurgia delle metastasi.

Malattia in sedi critiche

Metastasi ossee a rischio di frattura o di complicanze neurologiche (chirurgia ± radioterapia).

Metastasi cerebrali (WBRT se lesioni diffuse, radiochirurgia stereotassica se lesioni di basso numero o unica, chirurgia per sede singola)

Chirurgia per prevenire o stabilizzare fratture patologiche, rimuovere masse a livello dei tessuti molli o ridurre compressioni che possono determinare danni neurologici, controllo di lesioni locali sanguinanti.

Per indicazioni terapeutiche della malattia metastatica Vedi Allegato 9 ed Allegato 10.

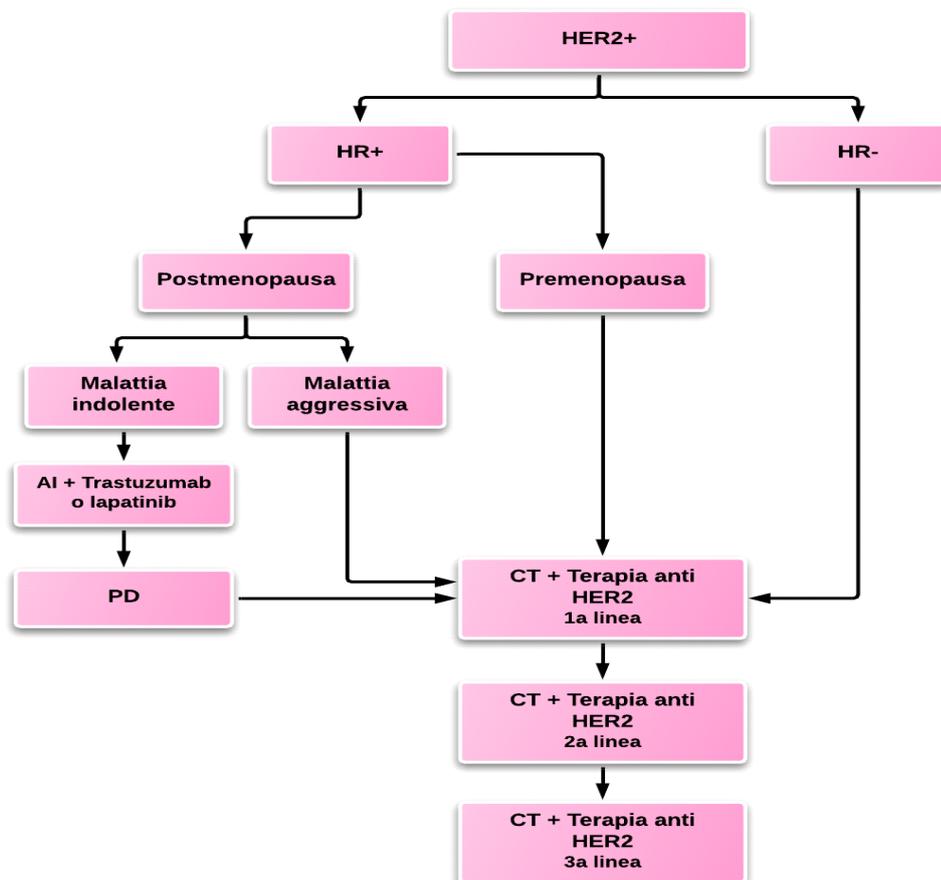


Figura 19: Algoritmo di trattamento della malattia metastatica HER2 positiva

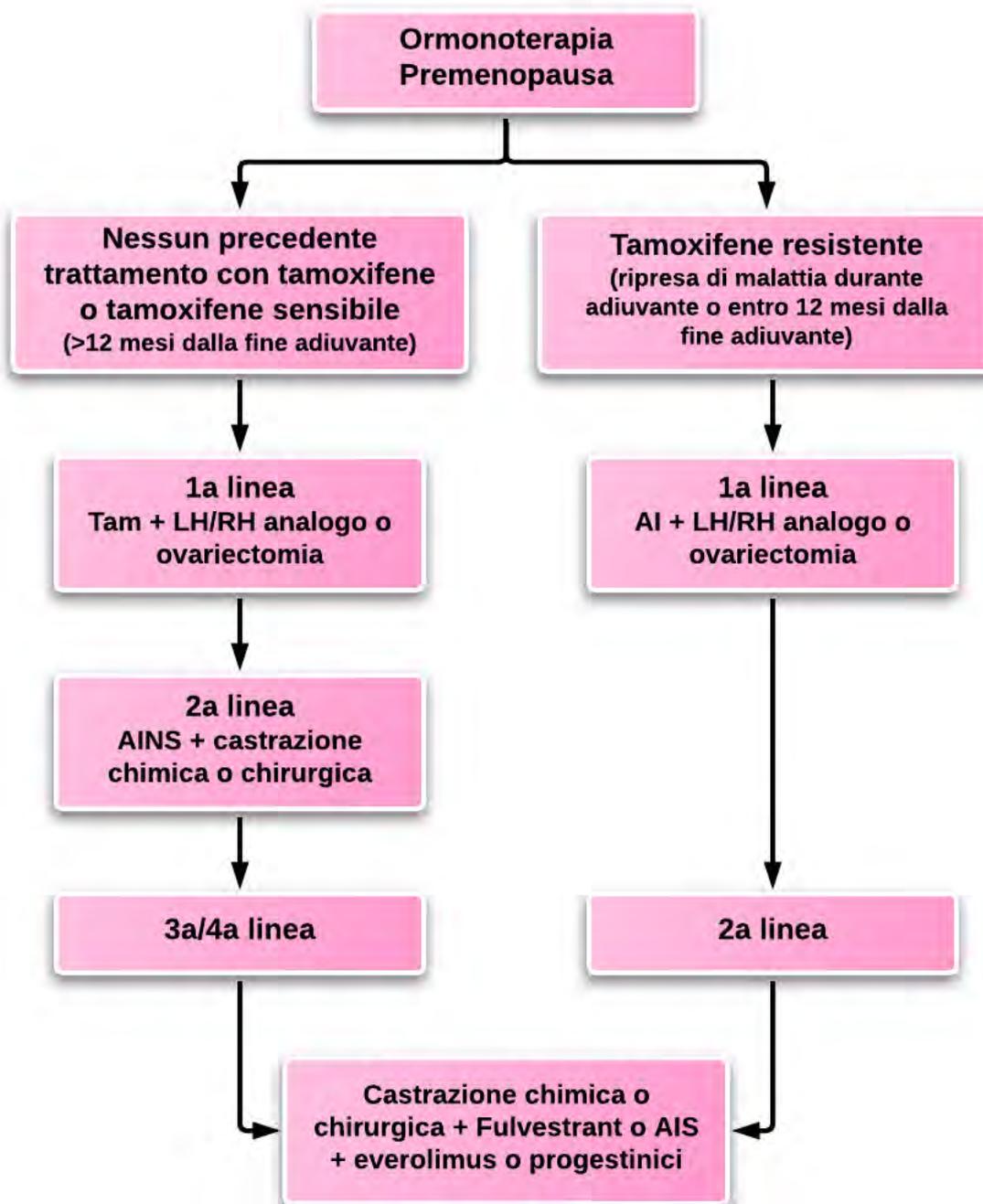


Figura 20: Algoritmo di trattamento della malattia metastatica HER2 negativa, recettori ormonali positivi: premenopausa

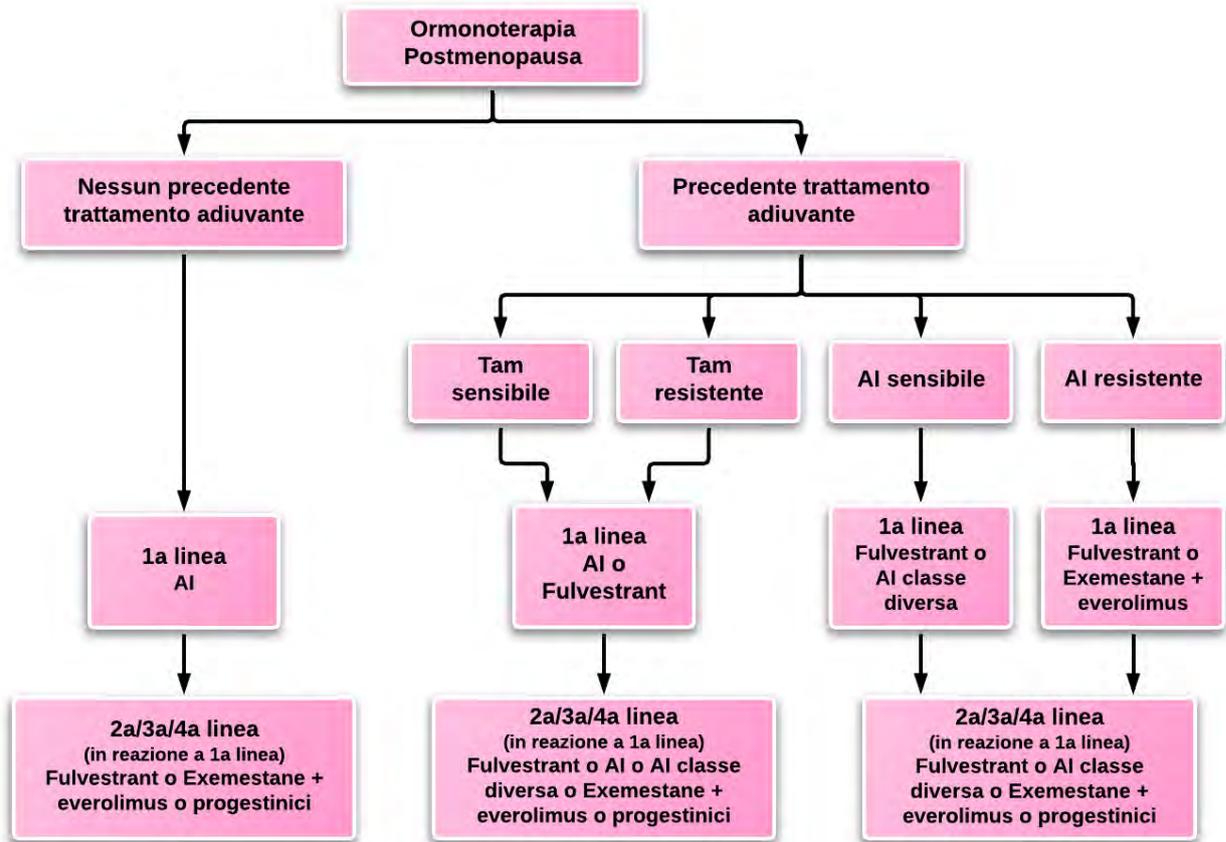


Figura 21: Algoritmo di trattamento della malattia metastatica HER2 negativa, recettori ormonali positivi: premenopausa

STADIAZIONE - RISTADIAZIONE

Esami di stadiazione

Esame obiettivo, emocromo e profilo biochimico completo (comprensivo di funzionalità epatica + fosfatasi alcalina).

Counselling genetico se paziente a rischio per carcinoma mammario ereditario.

Counselling preservazione fertilità se premenopausa.

STADIO I e II A-B: (T1 N1; T2 N0; T2 N1; T3 N0)

- non raccomandata stadiazione con esami strumentali in assenza di segni/sintomi

Stadio III (A: T1 N2 T2N2 T3 N1 T3 N2; B: T4: N0-1-2; C: ogni T con N3) o segni clinici o di laboratorio sospetti

- raccomandata stadiazione strumentale

- o TC torace, ecografia addome, scintigrafia ossea;
- o FDG PET/TAC non indicata come esame di routine. Può essere utilizzata come approfondimento in tutte le situazioni in cui gli esami di stadiazione standard risultino equivoci o sospetti:

Follow up

L'obiettivi del follow up dopo trattamento radicale:

- riconoscimento precoce delle recidive suscettibili potenzialmente di trattamento radicale;
- monitoraggio e gestione degli effetti collaterali delle terapie;
- sorveglianza per il rischio aumentato di secondi tumori;
- controllo e motivazione della donna alla continuazione del trattamento ormonale;
- supporto psicosociale e informativo per il completo reinserimento nella vita normale e per il sostegno della paziente per il miglioramento della qualità della vita dopo il carcinoma mammario.

I cardini di un corretto follow up indicati da tutte le linee guida (AIOM, ESMO, ASCO NCCN 2014) sono:

- accurata visita medica e dettagliata raccolta anamnestica semestrale per i primi 5 anni e poi annuale
- mammografia (+eventuale ecografia) annuale (la prima dopo 6 mesi circa dal completamento del trattamento postchirurgico)
- RM mammaria annuale nelle donne portatrici di mutazione BRCA1/2
- Esame ginecologico basale e annuale se utero presente in donne in terapia con tamoxifene e rapida valutazione in presenza di sanguinamento vaginale anomalo (per indicazioni sorveglianza ginecologica *Vedi Allegato 11*)
- MOC al basale nelle donne in trattamento con farmaci inibitori dell'aromatasi o con menopausa precoce indotta dal trattamento. Monitoraggio regolare (12-18mesi). N.B: attualmente MOC non PRESCRIVIBILE CON ESENZIONE 048 (*Vedi Allegato 12*)
- Controllo cardiologico semestrale per i primi tre anni e poi annuale fino al 5° anno per le pazienti trattate con trastuzumab
- Educazione ad un corretto stile di vita (stimolo al mantenimento di uno stile di vita attivo e con peso corporeo ideale -BMI 20-25)
- Supporto con inserimento nella rete di solidarietà per il miglioramento della qualità della vita (*Vedi Allegato 13*).

Non ci sono indicazioni cliniche che supportino l'uso di esami ematici, markers tumorali, indagini radiologiche (RX torace, ecografia addominale, TC, RM, PET) in pazienti asintomatiche: la loro esecuzione non migliora i risultati del successivo trattamento e non migliora la sopravvivenza e pertanto sono da considerare non appropriati.

Ruolo della Medicina Nucleare nella stadiazione – ristadiatione:

Scintigrafia ossea per le pazienti con stadio patologico III e/o con sintomi/segni sospetti per la presenza di localizzazioni secondarie.

PET-CT Mammella:

- nei carcinomi localmente avanzati può essere indicata la PET/TC;
- ristadiatione in presenza di metastasi unica potenzialmente operabile;
- ristadiatione in pazienti con sospetto biochimico e/o imaging dubbi o negativi.

La FDG PET/TC può essere utilizzata come approfondimento in tutte le situazioni in cui

gli esami di stadiazione standard risultino equivoci e sospetti.

Ruolo della Medicina Nucleare nel Follow-up

1. In fase di follow-up, la PET con [18F]FDG non è tipicamente raccomandata come esame routinario di sorveglianza, se non nel sospetto di recidiva loco-regionale o a distanza (ad esempio, verifica di un sospetto clinico derivante da un aumento dei marcatori tumorali o da reperti dubbi dell'imaging radiologico convenzionale).
2. La [18F]FDG- PET costituisce una delle metodiche di imaging più utili nell'individuazione di recidiva locale in pazienti nelle quali è stata effettuata una ricostruzione mammaria, e per evidenziare la recidiva a livello della parete toracica o della regione del plesso brachiale; infine, l'esame PET è particolarmente utile per rilevare metastasi linfonodali e a distanza.
3. Un interessante e importante ambito di applicazione clinica della PET con [18F]FDG è la valutazione della risposta al trattamento chemioterapico neoadiuvante.

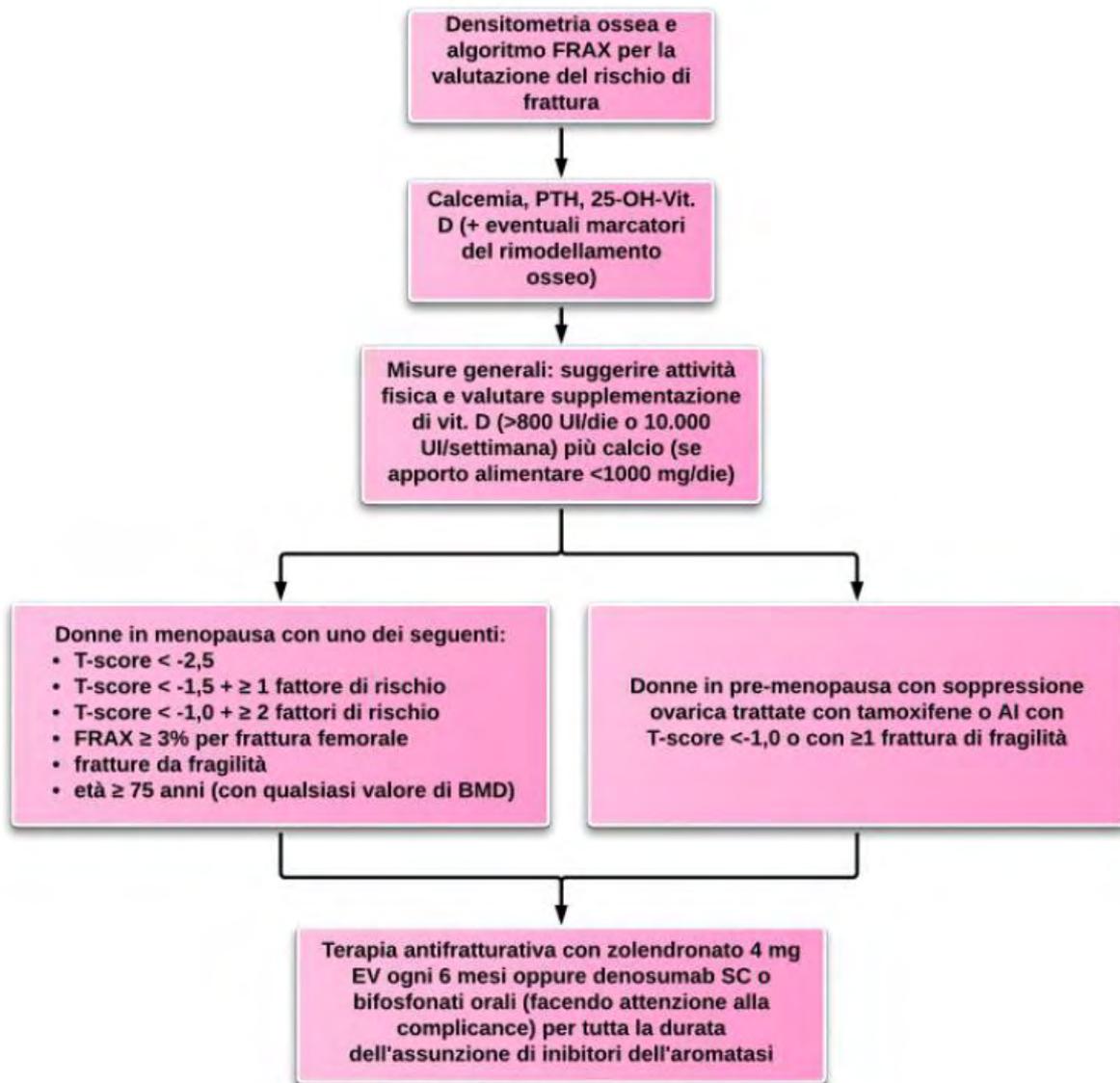


Figura 22 Gestione della prevenzione delle fratture ossee

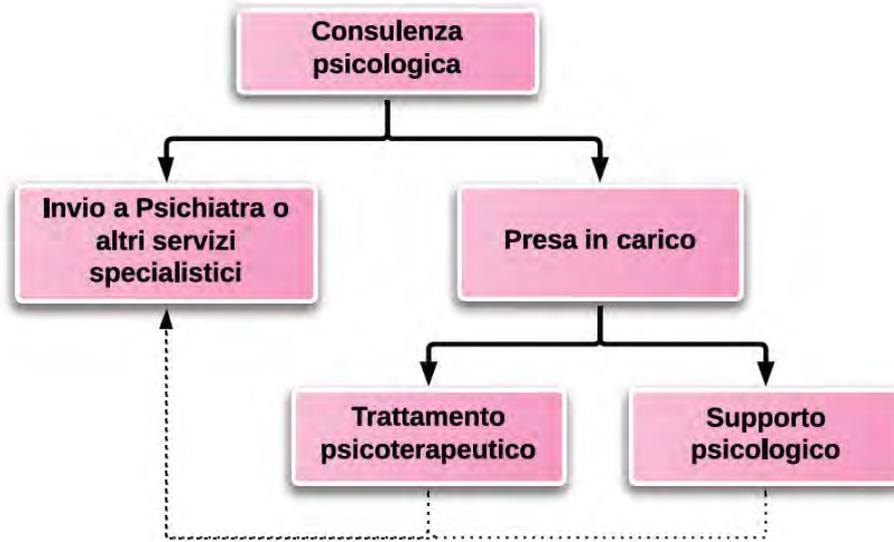


Figura 23 Gestione psicologica

CONSULENZA PSICOLOGICA

La scoperta della malattia, l'iter diagnostico-terapeutico, il convivere con gli esiti della patologia e delle cure si accompagna a intensi vissuti emotivi che sollecitano la capacità di resilienza delle pazienti. In considerazione di questi fattori diventa centrale, e parte integrante del trattamento, offrire uno spazio di ascolto e supporto che consenta alle pazienti, di mobilitare le proprie risorse interne per affrontare la malattia nelle sue diverse fasi. Il fine ultimo dell'intervento psicologico è infatti salvaguardare il benessere psicologico e la qualità di vita della singola donna, contrastare il distress secondario alla patologia e facilitare la relazione terapeutica con l'equipe curante.

Finalità dell'intervento psicologico nelle pazienti con carcinoma mammario

- Individuare segni e sintomi di un disagio emotivo/psicologico;
- valutare i principali fattori d'adattamento al cancro in considerazione anche delle caratteristiche personologiche della singola paziente;
- supportare la paziente, offrendo uno spazio di ascolto e riflessione, in modo da consentirle di esprimere i propri vissuti relativi alle diverse fasi della malattia;
- promuovere la partecipazione consapevole alle cure e ai trattamenti riabilitativi;
- rafforzare le capacità di resilienza della paziente favorendo l'adozione di strategie di coping funzionali al mantenimento del benessere psicofisico;
- facilitare l'accettazione e la gestione delle problematiche (momentanee e/o definitive) connesse alla patologia e/o agli esiti delle cure;
- sostenere e facilitare la paziente nel processo di accettazione e ridefinizione della propria nuova immagine corporea anche in riferimento a tematiche inerenti la sessualità

e/o la gravidanza;

- facilitare la ripresa di una progettualità esistenziale.

Modalità di attivazione dell'intervento psicologico nel PTDA

In tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico è possibile richiedere il supporto psicologico;

materiali informativi sono disponibili nei diversi ambulatori ove accedono le donne.

Gli interventi psicologici possono essere attivati, se necessario, a partire dall'informazione dell'esito degli accertamenti alla paziente.

La richiesta può essere espressa:

- direttamente dalla persona interessata: per specifici bisogni e/o condivisione dell'esperienza;
- da personale del Gruppo Multidisciplinare della Breast Unit qualora emergano segni/sintomi indicativi di un potenziale disagio psicologico: tali segni vengono rilevati principalmente dai medici durante le visite e/o in base ai punteggi al Termometro del distress, strumento di screening autosomministrato (se attivato tale monitoraggio).

Si è evidenziato che le problematiche psicologiche delle pazienti possono riguardare: l'accettazione della terapia e l'adattamento ad eventuali suoi effetti secondari diretti, la sintomatologia algica, la progressione di malattia, per cui il medico, principalmente l'oncologo, prescrive una consulenza psicologica.

Ulteriori problematiche psicologiche della paziente possono riguardare: gli esiti chirurgici e funzionali post-intervento e/o sulle problematiche psicologiche proprie della fase del recupero/reinserimento (relazionale e socio-lavorativo) per cui il medico fisiatra prescrive la consulenza psicologica. Un ulteriore momento critico, in cui è utile richiedere una consulenza psicologica, quando vi è la definizione e l'avvio di un programma di palliazione ed in fase di malattia avanzata.

La consulenza psicologica si estende anche ai famigliari con le stesse modalità di richiesta. Per caratteristiche interventi psicologici (*Vedi Allegato 14*).

Strategia di prevenzione e trattamento delle donne ad alto rischio

- Mastectomia profilattica
- Salpingo-ovariectomia profilattica
- Protocolli di sorveglianza (*Vedi Allegato 16*)
- Chemioprevenzione
 - o Tamoxifene
 - o Raloxifene
 - o Retinoidi
 - o Inibitori dell'aromatasi
- Azioni per il miglioramento della qualità della vita (*Vedi Allegato 13*).

Elementi essenziali per effettuare chirurgia profilattica (mammaria e/o ginecologica)

- Consulenza genetica ed esecuzione preliminare del test genetico (*Vedi Allegato 15*)
- Consulenza multidisciplinare (genetista, oncologo, chirurgo, radiologo, chirurgo plastico, ginecologo)
- Consulenza psicologica sia nella fase decisionale che successiva all'intervento.
- Formulazione di un consenso che contenga una chiara ed esaustiva informazione
 - o sulle complicazioni associate alla ricostruzione plastica mammaria,
 - o sugli effetti ormonali dell'annessiectomia (HRT successiva)
 - o sull'accettabilità e l'impatto psicologico possibile di entrambi gli interventi

DATA MANAGER

Figura inclusa nel core team del Gruppo Multidisciplinare e fondamentale per il suo funzionamento, è quella del Data Manager (DM), responsabile della gestione informatizzata nel database SQTM (scheda computerizzata sulla qualità del trattamento del carcinoma mammario) dei dati relativi a tutte le tappe del percorso diagnostico-terapeutico (diagnosi, trattamenti, follow up) delle pazienti prese in carico.

La completezza e la correttezza dei dati inseriti è essenziale per il monitoraggio dell'attività dell'Unità Senologica.

Sintesi delle principali funzioni del DM:

- inserisce in tempo reale nel database gestionale informatico (SQTM) i dati relativi al percorso diagnostico terapeutico e al follow up delle pazienti;
- analizza periodicamente i dati inseriti per verificare aderenza agli indicatori minimi standard e comunica/aggiorna gli altri membri del gruppo sulla qualità del lavoro (possibilità di introduzione correttivi in caso di scostamenti);
- effettua data transfer periodici per partecipare alle survey nazionali GISMA (confronto con le altre Unità Senologiche nazionali);
- redige gli audit annuali sull'attività dell'Unità Senologica.

PRINCIPALI INDICATORI DI QUALITÀ PER IL TRATTAMENTO DEL CARCINOMA MAMMARIO

Indicatori EUSOMA obbligatori per la certificazione della Breast Unit

Indicator	Mandatory	Minimum Standard	Target
1 Preoperative diagnosis (proportion of B5/C5) in cancers	M	80 %	90 %
2 Proportion of invasive cancer cases with primary surgery, for which the following prognostic/predictive parameters have been recorded: Histological type, Grading, ER & PR, Pathological stage (T and N), Size in mm for the invasive component.	M	90%	98%
3 Proportion of non-invasive cancer cases for which the following prognostic/predictive parameters have been recorded: Dominant Histologic pattern, Grading	M	80 %	98%
4 Proportion of patients with invasive cancer and axillary clearance performed with at least 10 lymph nodes examined	M	85%	98%
5 Proportion of patients (invasive cancer Mo) who received postoperative radiotherapy after surgical resection of the primary tumour and appropriate axillary staging/ surgery in the framework of BCT.	M	90 %	95 %
6 Proportion of patients with invasive breast cancer not greater than 3 cm (total size, including DCIS component) who underwent BCT.	M	70 %	80 %
7 Proportion of patients with non invasive breast cancer not greater than 2 cm who underwent BCT	M	70 %	80 %
8 Proportion of patients with DCIS who do not undergo axillary clearance	M	93 %	98%
9 Proportion of patients with endocrine sensitive invasive carcinoma who received hormonotherapy, out of the total number of patients with this diagnosis	M	80 %	90 %
10 Proportion of patients with ER-(T >1cm or Node+) invasive carcinoma, who received adjuvant chemotherapy out of the total number of patient with the same diagnosis	M	80%	90%
11 Proportion of patients (invasive cancers) who received a single (breast) operation for the primary tumour (excluding reconstruction)	M	80%	90%
12 Proportion of patients (DCIS only) who received just one operation	M	70%	90%
13 Proportion of invasive breast cancer patients with pNo who do not undergo axillary clearance	M	80%	90%
14 Specificity of diagnostic procedures (B/M ratio)	M	1:2	1:4

For the complete description of each of the above indicators, please refer to the Eusoma document on "Quality Indicators in Breast Cancer Care" available at <http://www.eusoma.org/Engx/Guidelines/Other/OtherMT.aspx?cont=MT>

Tempi di attesa

(Dal documento Indicatori di qualità per la cura del carcinoma mammario nelle Breast Unit in Italia: una proposta congiunta GISMa-Senonetwork, 2013)

Indicatore	Livello di evidenza	Standard minimo	Standard ottimale
Inizio trattamento entro 30 giorni dalla indicazione terapeutica	IV	≥75%	≥90%
Inizio trattamento entro 42 giorni dal primo esame diagnostico	IV	≥75%	≥90%
Inizio trattamento entro 60 giorni dalla mammografia di screening	IV	≥75%	≥90%
Ulteriori indicatori		Standard minimo	Standard ottimale
Inizio trattamento chemioterapico, se previsto, entro 45 giorni dall'intervento chirurgico		≥80%	≥90%
Inizio trattamento radioterapico entro 20 settimane dall'intervento conservativo nei casi in cui non si effettui una chemioterapia adiuvante (secondo indicazioni e criteri guida AIRO 2013)		≥80%	≥90%

Allegato 1 – Scheda anamnestica, Scheda Rilevazione degli Stili di Vita e Scheda Radiologica

Unità Senologica Provincia di Trieste

SCHEDA ANAMNESTICA

Data: 20..... **Compilata dalla paziente - Intervistatore** : sign/dott/prof.....

Struttura : Radiologia Cattinara – Maggiore –Salus - Sanatorio /Chirurgia /Unità Mobile Screening / Anatomia Patologica/ Oncologia / Ginecologia / Reparto Medico di degenza / Medico di Base / Chirurgia Plastica / Centro Tumori ASS 1 / Burlo/ Studio esterno / Altro

Cognome: **Nome**:

Data di nascita: **Luogo di nascita**: (Prov) **Da quanti anni abita a Trieste?** anni /da sempre

Residenza: Comune di (Prov:.....) **Telefono**: fisso

Altro telefono: cell: **Azienda Sanitaria di provenienza**: ASS n. 1 ASS 2 Altra ASS ... Fuori regione

Altezza in cm: **Peso in kg**: **Gruppo sanguigno**: A, B, O, AB Rh: + / - **Razza**: Bianca/ altra etnia (.....)

Misura di reggiseno: I II III IV V VI VII VIII (è la misura del sotto seno) **Misura della coppa**: A, B, C, D, E (è la misura del seno)

A quale età ha avuto la prima mestruazione:, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, Anni

Ha assunto contraccettivi orali: Si in passato/ Si attualmente / MAI **A quale età la prima assunzione**: anni

Durata complessiva di assunzione: (n° anni) : **L'assunzione è stata sospesa da**: ... mesi anni

Quale contraccettivo ha assunto (nomi commerciali di più frequente utilizzo indicare anche più di uno): *Diane/ Minulet / Ginoden/ Yasmin / Fedra / Mercilon / Securgin / Arianna / Harmonet / Kipling / Loette / Miranova / Egogyn /Yasminelle / Belara / Lybella / Milvane / Triminulet / Lucile / Gracial/ Dueva / Cerazette / Levonelle /Evra (cerotto) / Nuvaring (anello) / Klaria (biologico); Spirale medicata / Altro ...*

Ha mai fatto terapie per problemi di sterilità: MAI / è in programma un trattamento nei prossimi mesi / SI

A che tipo di terapie si è sottoposta : FIVET/ ICSI / altro **Quanti cicli di stimolazione ha fatto** : 0; 1; 2; 3; >

Gravidanza in corso: No / SI / programmata **Settimana di gravidanza**: (solo per donne in gravidanza specificare la settimana)

Numero di figli: 0/ 1/ 2 / 3 / 4 / 5 / 6 **Età al primo parto**:

Periodo complessivo di allattamento: No /Si (< 6 m; > 6;>12) **Parti gemellari**: SI/ No/ non noto

Gravidanze abortive: Nessuna / n. Aborti spontanei o IVG prima della 12 settimana / n. Aborti dopo la 12 settimana

Qual è la data dell'ultima mestruazione: giorno e mese(solo per donne non in menopausa)

Menopausa: SI spontanea / Isterectomia con asportazione ovaie / Menopausa farmacologica temporanea / In perimenopausa

Età di insorgenza della menopausa o intervento di isterectomia: anni

Terapia ormonale sostitutiva: Mai/ Si in passato / Si attualmente

Durata di assunzione Terapia ormonale: anni (specificare quanti anni) **Sospensione**: da 1 / 2 / 3 / 4 / 5 > 5 anni >10

Nome del farmaco per terapia ormonale: *Livial, Armonil, Climara, Dermestril, Dermestril Septem, Epiestrol, Esclima, Estraderm, Amsa, Estroclim, Menorest, Femseven 50, System, Activelle, Colprone, Dufaston, Kliogest, Farlutal, Lutenyl, Provera,, Primolut-Nor, Prometrium, Climen, Pausene, Femostom, Filena, Nuvelle, Premelle, Prempak, altra terapia; derivati naturali della soja*

Ha problemi di Diabete: No / SI / ? / assume antidiabetici orali **Se assume insulina da quando ?** : in anni

Assume alcolici: No sono da sempre astemia / Saltuariamente / Si ma in maniera moderata / Eccedo spesso

Che tipo di bevanda preferisce ? : Solo Vino / Solo Birra / Vino o birra / Solo aperitivi poco alcolici / Solo superalcolici / Misto

Ha mai fumato ?: MAI / Si attualmente/ Si in passato / fumo passivo **In media quante sigarette al giorno** : < 5 / <10 / < 20 / > 20

Esposizione al fumo in anni: (< 5; < 10; <15; <20; < 25; > 25) **Sospensione in anni**: <1; <5; < 10; >10

Ha mai subito traumi alla mammella ? : No / Si / non ricordo / Forse ma lieve **Quando è successo ?** anno e mese

Quale mammella ha subito il tramuma ? : DX / SN / entrambe

Gira pagina

Unità Senologica Provincia di Trieste

Ha mai fatto Mammografie in passato : No MAI ; SI 1 anno fa ; SI: 2 anni fa ; SI 3 anni fa ; SI circa 5 anni fa ; SI circa 10 anni fa

Data della precedente mammografia : anno mese: **Esito dell'esame:** Negativo / Benigno / Dubbio / Sospetto

Ha mai fatto Ecografie al seno in passato : NO MAI ; SI 1 anno fa ; SI 2anni fa ; SI 3 anni fa ; SI circa 5 anni fa ; SI 10 anni fa

Data della precedente ecografia : anno Mese **Esito dell'esame:** Negativo / Benigno / Dubbio/ Sospetto

Per quale motivo ha chiesto di fare questo controllo al seno : controllo spontaneo per prevenzione / dolore mammario / secrezione ematica -sierosa dal capezzolo / nodulo al seno trovato con l'autopalpazione / nodulo al seno individuato dal curante / controllo per storia familiare di carcinoma al seno / controlli periodici dopo un intervento per tumore al seno / Adesione chiamata con la lettera alla mammografia del Programma di Screening regionale / controllo richiesto dal ginecologo prima di FIVET/ altri i motivi

Se è presente un nodulo o un sintomo in quale mammella è presente : Destra / Sinistra / disturbo bilaterale / Non ho alcun sintomo

Quale esame al seno le è stato prescritto : Solo la mammografia / Solo l'ecografia / Entrambe / La mammografia ed eventualmente l'ecografia/ la Risonanza Magnetica / solo visita senologica / altro tipo di esame

Ha mai aderito al programma di screening mammografico ?: Questa del 20__ è la mia prima mammografia di screening / SI ho già fatto la mammografia sul camper nel 20__ / Ho ricevuto la lettera di invito ma non ho potuto andare / Ho meno di 50 anni e non ho mai fatto alcun controllo prima / Ho più di 70 anni e non ho mai ricevuto la lettera / Non sono residente in Regione FVG / Faccio i controlli per conto mio/ Sono stata operata al seno e da allora seguo le indicazioni dell'oncologo / Non ho mai ricevuto alcuna lettera e comunque non sono interessata ai programmi di prevenzione / Altre motivazioni.....

MAMMELLA DESTRA		MAMMELLA SINISTRA	
Precedente biopsia o agoaspirato al seno: Nessuna Solo agoaspirato / Solo agobiopsia esame del secreto del capezzolo		Precedenei biopsia o agoaspirato al seno: Nessuna Solo agoaspirato / Solo agobiopsia esame del secreto del capezzolo	
Se interventi chirurgici al seno o agobiopsie o agoaspirati specificare : Anno: Esito: Benigno / Maligno / Non so Tipo intervento: Nodulesctomia Quadrantectomia Mastectomia Agobiopsia/agoaspirato		Se interventi chirurgici al seno o agobiopsie o agoaspirati specificare: Anno: Esito: Benigno / Maligno / Non so Tipo intervento: Nodulesctomia Quadrantectomia Mastectomia Agobiopsia/agoaspirato	
Si è mai sottoposta ad interventi di chirurgia plastica al seno?: MAI / Si in passato / No ma ho in programmata per il mese di.....			
Che tipo di intervento di Chirurgia plastica al seno ha eseguito/ o ha in programma?: Mastoplastica riduttiva / protesi estetica / protesi oncologica / ricostruzione con lembo / mastopessi / altro tipo			
Data dell' intervento di chirurgia plastica: mese:Anno:		Mammella interessata: DX/ SN/ Destra +Sinistra	
Malattie precedenti per le quali è tuttora in cura o esegue controlli : Nessun malattia rilevante, sono in buona/discreta salute			
Soffro di : Ipertensione arteriosa / Diabete / Cardiopatia / Colesterolo alto / Trigliceridi alti / Glaucoma / Malattie autoimmuni / Flebiti / Trombosi / Osteoporosi / Neoplasie maligne (specificare la sede) / Altre patologie importanti (neurologiche, urologiche, respiratorie /digestive / ortopediche / endocrine / altre,.....)			
Ci sono stati in famiglia casi di tumori alla mammella, all'ovaio, all'utero o alla prostata: No / Si / Non so; (specificare chi):			
1° familiare: Mamma /Sorella/ Papà / Zia materna - paterna /Cugina materna-paterna/ Nonna materna /paterna / Prozia/ altri parenti		Sede della neoplasia del familiare colpito : seno / ovaio / utero / prostata / altre sedi Età alla quale si è ammalato	
2° familiare: Mamma /Sorella/ Papà / Zia materna-paterna /Cugina materna – paterna/ Nonna materna /paterna / Prozia / altri parenti		Sede della neoplasia del familiare colpito : seno / ovaio/ utero / prostata / altre sedi Età alla quale si è ammalato	

Dichiarazione di consenso

Io sottoscritta,
informata sui diritti e sui limiti concernenti il trattamento dei dati personali, ai sensi del Testo unico "Codice in materia di protezione dei dati personali" D.Lgs. n.196 del 27/6/2003, esprimo il mio consenso affinché i dati da me forniti siano acquisiti, registrati, conservati ed elaborati a fini diagnostici, terapeutici, di prevenzione e di ricerca – in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi.

Firma _____

Scheda rilevazione sugli STILI DI VITA

Compilata dalla paziente / Intervistatore _____

CRA _____ Medico Curante _____

Comune di Residenza: Via.....N°

Sede abituale in cui vive: Centro Città / Periferia / campagna-altopiano Carsico / Zona Industriale / Sul mare

Sede abituale in cui lavora: Centro Città / Periferia / Campagna-altopiano Carsico / Zona Industriale / Sul mare

ABITUDINI ALIMENTARI:

Pasti principali: entrambi a casa / pranzo fuori / cena fuori / entrambi fuori / Salto il pranzo

Consumo di oli e grassi: uso solo olio extravergine d'oliva

Consumo altri oli - grassi (spesso si intende 4 volte/settimana; saltuario:1 volta/settimana):

olio extravergine d'oliva (spesso o saltuario) /burro (spesso o saltuario) / margarina (spesso o saltuario)
strutto (spesso o saltuario/ altri olii vegetali indicare quali..... (spesso o saltuario)

Consumo verdura: ogni giorno (indicare quante porzioni/die): 1 porzione/ 2-5 porzioni/ >5porzioni
saltuariamente/ mai

Consumo di crucifere: (cavolfiore, cavolo cappuccio, cavolo verza, cavolo nero, rosso, riccio, cavolini di
Bruxelles, broccoli, cime di rapa, ravanella e rucola): n. ... volte alla settimana o n.... volte al mese

Consumo di Carne Rossa (manzo, cavallo, maiale, ovino): mai / saltuariamente /1volta / 2 volte / 3
volte / più di 3 volte settimana

Consumo di Carne Bianca (pollame, coniglio, oca, anatra, tacchino): mai / saltuariamente /1volta / 2
volte / 3 volte / più di 3 volte settimana

Consumo salumi e insaccati : Mai / saltuariamente /1volta / 2 volte / 3 volte / più di 3 volte settimana

Consuma Uova : Mai / meno di 4 al mese / 1 alla settimana / 2 alla settimana / 3 alla settimana / 6 alla
settimana

Consumo latte: Mai / Sì (quanto alla settimana? ½ litro / 1litro / 1 ½ litro / 2 litri / più di 2 litri)

Consumo latticini e formaggi : Mai / saltuariamente /1volta / 2 volte / 3 volte / più di 3 volte settimana

Consumo yogurt: Mai / saltuariamente /1volta / 2 volte / 3 volte / più di 3 volte settimana

Consumo di Pesce: Mai/saltuariamente / 1 volta settimana / 2 volte alla settimana / 3 volte alla
settimana / più di 3 volte alla settimana

Tipo di pesce più frequentemente consumato (1 sola scelta): pesce azzurro fresco/ pesce bianco
fresco (branzino,orata) /pesce rosso fresco (tonno, pesce spada)/pesce congelato /pesce in scatola
(tonno)

Consumo di frutta: ogni giorno (indicare quante porzioni/die): 1 porzione/ 2-5 porzioni/ >5porzioni
saltuariamente/ mai

Tipo di frutta più frequentemente consumata (1 sola scelta): frutta di stagione / frutta non di stagione
/ frutta esotica o tropicale (incluso ananas e banana).

Frutta secca (noci, nocciole,mandorle, pinoli, datteri, arachidi):

mai/ ogni giorno/n° _____ volte settimana/ n° _____ volte al mese

Assume integratori alimentari? NO/ Sì (indicare quali _____)

Consumo dolci (biscotti, torte, brioche, cioccolata..): Mai/ ogni giorno/ saltuariamente / 1 volta
settimana / 2 volte alla settimana / 3 volte alla settimana / più di 3 volte alla settimana

PDTA della donna con carcinoma mammario - Allegati

Tipo di Zucchero utilizzato preferenzialmente(1 sola scelta): bianco raffinato/ zucchero di canna /miele / fruttosio/non uso lo zucchero **N° cucchiaini al giorno:** 1 / 2 / più di 2 / più di 4
Consumo cibi biologici : MAI / ogni giorno / 1 volta settimana / 2 volte settimana / 3 volte settimana
Controllo etichette dei cibi : Mai/ sempre/ spesso / raramente

Pratica regolarmente attività fisica/sport?: NO; SI (**Se sì, di che tipo escluso camminare**):
corsa/ palestra/ piscina/ bicicletta / tennis / ballo / sci / sport nautici / arti marziali / sport di squadra / altro (specificare.....)

Per quanti giorni alla settimana:; **Per quanti mesi all'anno?**tutto l'anno; / 9 mesi / 6 mesi / 3 mesi / solo in vacanza / altro.....

Per quanto tempo, ogni volta che la pratica?: meno di 1ora/ 1 ora/ da 1 a 2 ore/più di 2 ore

Quanto tempo trascorre camminando al giorno (escluso il tempo in casa)?
Meno di 30 min/ 30 a 60 min/ più di 1 ora/ più di Ore

Ha un lavoro : manuale pesante / manuale leggero / sedentario / vario

Bevande:

Consumo di acqua: acqua di rubinetto / acqua minerale (indicare marca.....):

Quantità al giorno: <1 litro/ 1-1,5 litri / >1,5 litri

Consumo bibite con zucchero: (Succhi di frutta ,Cola, Aranciata, ...):

Mai / saltuariamente /1volta / 2 volte / 3 volte / più di 3 volte settimana

Consumo bibite senza zucchero: (Centrifugati o spremute di frutta Succhi di Frutta non Zuccherati...)

Mai / saltuariamente /1volta / 2 volte / 3 volte / più di 3 volte settimana

Quante tazzine di caffè al giorno beve? : mai / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6

Se beve caffè solo saltuariamente indicare: n° tazzine alla settimana

Beve THE?: NO/ o n. Tazze al giorno / o n. tazze alla settimana

Se beve THE verde indicare: tazze al giorno/ o n° tazze alla settimana

Abitudine al Fumo

Se ha fumato in passato o fuma attualmente a che età ha iniziato a fumare?anni

Da quanti anni ha questo peso: 1 / 2 / 3 / 5 / 7 /10anni/ >10

Rispetto al passato è: Dimagrito / Ingrassato / Stazionario

Misura del Girovita: (XS36-38/S 40/42/M 44-46/L 48/50/XL 52-54/ XXL 56-58/ XXXL60-62)

Dichiarazione di consenso

Io Sottoscritto/a,
informata sui diritti e sui limiti concernenti il trattamento dei dati personali, ai sensi del Testo unico "Codice in materia di protezione dei dati personali" D.Lgs. n.196 del 27/6/2003, **esprimo il mio consenso** affinché i dati da me forniti siano acquisiti, registrati, conservati ed elaborati a fini diagnostici, terapeutici, di prevenzione e di ricerca – in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi.

Firma:.....

Gruppo Senologico Triestino

Scheda di rilevazione radiologica

Tra parentesi quadre viene indicato per alcuni dati il formato di memorizzazione (testo, data, numero intero, numero reale, ecc.) e il numero di caratteri o di cifre accettati.

Per altri dati, invece, vengono elencati in corsivo tutti e soli i valori accettabili durante la fase di raccolta.

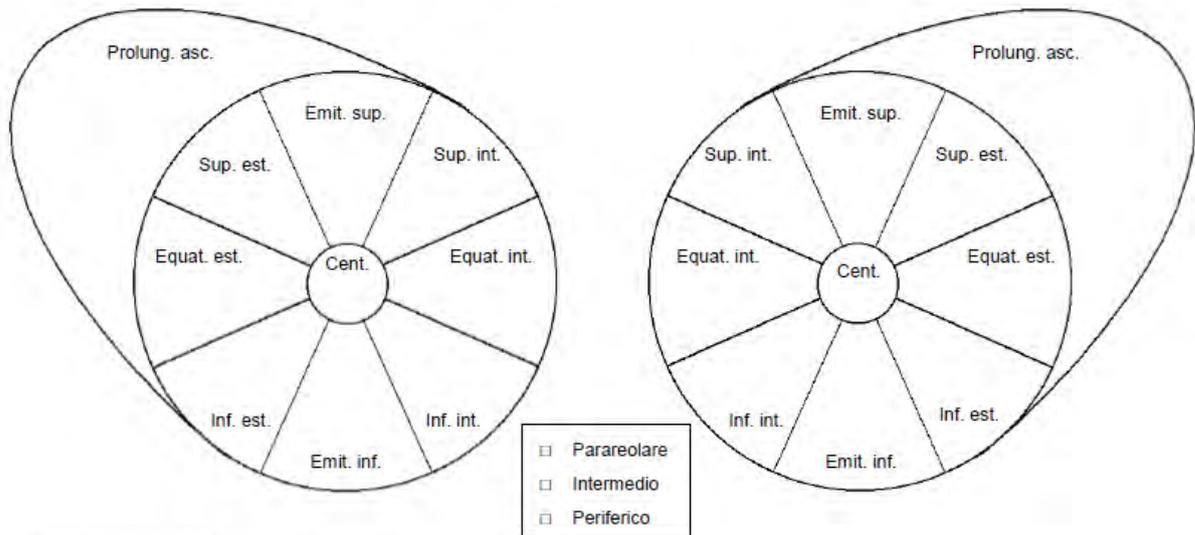
Data di compilazione

Data [gg/mm/aaaa]

Dati anagrafici della paziente

- Cognome [Testo, 27]
- Nome [Testo, 27]
- Data di nascita [gg/mm/aaaa]

Posizione della lesione oggetto di approfondimento



Ore [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]

Distanza dal capezzolo [Reale, 3]

Distanza dalla superficie cutanea [Reale, 3]

Valutazione clinica della lesione oggetto di approfondimento

Data dell'esame [gg/mm/aaaa]

Giudizio clinico [CLx, CL0, CL1, CL2, CL3, CL4, CL5]

Presenza di secrezione [Non presente, Secrezione sierosa monorifiziale, Secrezione sierosa pluriorifiziale, Secrezione lattescente monorifiziale, Secrezione lattescente pluriorifiziale, Secrezione ematica monorifiziale, Secrezione ematica pluriorifiziale]

Presenza di alterazione cutanea [Non nota, Assenza, Cute a buccia di arancia, Arrossamento, Retrazione cutanea, Ulcerazione]

Capezzolo [Non noto, Introflesso fisso, Lesione crostosa, AGGIUNGERE ALTRE VOCI]

Dimensioni della lesione in centimetri [Reale, 2]

Medico esaminatore o struttura di provenienza

Evidenza di ulteriore lesione significativa (RICHIEDE LA COMPILAZIONE DI UN'APPOSITA SCHEDA) [Si, No]

Valutazione mammografica della lesione

Data dell'esame [gg/mm/aaaa]

Tipo di lesione [*Solo opacità, Solo microcalcificazioni, Distorsione mammaria, Asimmetria di densità, Opacità con microcalcificazioni, Distorsione con microcalcificazioni*]

Giudizio mammografico della lesione [Rx, R0, R1, R2, R3, R4, R5]

Background di densità della mammella [BiRADSx, BiRADS1, BiRADS2, BiRADS3, BiRADS4]

Dimensioni della lesione in millimetri:

- I dimensione [Intero, 2]
- II dimensione [Intero, 2]
- III dimensione [Intero, 2]

Medico esaminatore o struttura di provenienza

Evidenza di ulteriore lesione significativa (RICHIESTE LA COMPILAZIONE DI UN'APPOSITA SCHEDA) [Sì, No]

Valutazione duttogalattografica della lesione

Data dell'esame [gg/mm/aaaa]

Esame duttogalattografia [*Non eseguito, Positivo, Negativo*]

Medico esaminatore o struttura di provenienza

Valutazione ecografica della lesione

Data dell'esame [gg/mm/aaaa]

Tipo di lesione [*Lesione solida, Lesione liquida, Lesione solido-liquida, Solo microcalcificazioni, Microcalcificazioni associate a lesioni focali, Sovvertimento della struttura, Area di assorbimento*]

Giudizio ecografico della lesione [Ex, E0, E1, E2, E3, E4, E5]

Dimensioni della lesione in millimetri:

- I dimensione [Intero, 2]
- II dimensione [Intero, 2]
- III dimensione [Intero, 2]

Medico esaminatore o struttura di provenienza

Evidenza di ulteriore lesione significativa (RICHIESTE LA COMPILAZIONE DI UN'APPOSITA SCHEDA) [Sì, No]

Evidenza di altri reperti non significativi (es. cisti) [Sì, No]

Valutazione in risonanza magnetica della lesione

Data dell'esame [gg/mm/aaaa]

Giudizio in risonanza magnetica della lesione [RMNx, RMN0, RMN1, RMN2, RMN3, RMN4, RMN5]

Dimensioni della lesione in millimetri:

- I dimensione [Intero, 2]
- II dimensione [Intero, 2]
- III dimensione [Intero, 2]

Medico esaminatore o struttura di provenienza

Evidenza di ulteriore lesione significativa (RICHIESTE LA COMPILAZIONE DI UN'APPOSITA SCHEDA) [Sì, No]

Allegato 2 – Lesioni non palpabili: R.O.L.L. Radioguided Occult Lesion Localization

- Ha il vantaggio di ottenere una precisa localizzazione per-operatoria e un'exeresi con la lesione al centro del pezzo chirurgico.
- La sonda per la chirurgia radioguidata è la stessa per l'identificazione del linfonodo sentinella

Indicazioni

È una tecnica principalmente indicata per le lesioni unifocali, al pari della soluzione di carbone sterile, ossia nei cluster di microcalcificazioni, nelle singole distorsioni od opacità.

Non è indicata nei casi di lesioni diffuse o multicentriche con interessamento di un ampio settore ghiandolare o nelle microcalcificazioni in prossimità della cute, in cui è preferibile ricorrere alla marcatura cutanea.

Procedura in Medicina Nucleare

- Il radioisotopo utilizzato è il ^{99m}Tc (tecnezio)
- Vengono usati macroaggregati di albumina umana coniugati con ^{99}Tc , ossia particelle più grosse e meno mobili rispetto a quelle iniettate per localizzare il linfonodo sentinella.

Radiofarmaci utilizzati per la chirurgia radioguidata in patologia mammaria

I macroaggregati di albumina umana (MAA) vengono iniettati sotto guida stereotassica mammografica in sede di microcalcificazioni sospette o sotto guida ecografica, all'interno della lesione, nel caso di noduli.

Dose Attività: 10-37 MBq iniezione intralesionale percutanea ecoguidata

Sotto guida ecografica, s'impiega un comune ago per iniezione da 21G, la cui corretta posizione viene facilmente individuata con l'ecografia per l'ecogenicità dell'ago e per la variazione di ecogenicità del nodo, dopo iniezione di liquido.

- La centratura stereotassica implica un'ulteriore verifica mammografica previa introduzione di una minima quantità di soluzione radio-opaca idrosolubile.
- Subito dopo l'iniezione, si procede all'acquisizione scintigrafica di immagini statiche, in proiezione anteriore e lat (dx o sin), per verificare:
 - l'adeguatezza dell'inoculo, che deve essere puntiforme,
 - la presenza o meno di contaminazioni del tramite di penetrazione dell'ago o della cute, evenienza che, seppur raramente, si può verificare nel caso di lesioni, che presentano un'elevata pressione, per cui vi è un parziale stravasamento del liquido iniettato con possibile contaminazione anche della cute, quest'ultima è comunque facilmente eliminabile con un accurato lavaggio con acqua.

Punti a favore della metodica

La metodica è indubbiamente molto affidabile perché consente di ottenere, diversamente dal metodo del colorante, una precisa localizzazione della lesione indipendentemente dal punto di inoculo; evita i problemi della dislocazione del repere metallico e consente un monitoraggio per-operatorio ottimale che si traduce in una resezione estremamente mirata (in oltre il 97% dei casi la lesione risulta centrale).

Punti a sfavore della metodica:

L'unico svantaggio è costituito dall'accurata programmazione necessaria per coordinare medici nucleari, radiologi e chirurghi.

Allegato 3 – Linfoscintigrafia per ricerca del linfonodo sentinella

I livelli di evidenza presenti nel testo sono tratti da AIOM, Linee-guida per neoplasia della mammella (www.aiom.it/lineeguida).

Sentinel Lymph Node Biopsy for Patients with Early-Stage Breast Cancer: American of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update 2014; JCO. ASCO GUIDELINE UPDATE

The EANM and SNMMI practice guideline for lymphoscintigraphy and sentinel node localization in breast cancer. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2013

Indicazioni

- Carcinoma infiltrante, N0 clinico e strumentale (Ecografia±FNAC o NCB) T1, T2 (LdE II, GdR A)
- T3, T4 solo dopo previa discussione multidisciplinare (LdE V, GdR C)
- Tumori multicentrici; N.B. il tasso di positività linfonodale nei multicentrici è più elevato rispetto a tumori unicentrici di analoghe dimensioni (LdE III, GdR A)
- Prima della chemioterapia neoadiuvante se N0 dopo previa discussione multidisciplinare (LdE VI, GdR B)
- Pregressa chirurgia mammaria o ascellare: Nei casi con pregresso intervento mammario di biopsia o tumorectomia, la BLS può essere utilizzata:
 - nei casi con pregresso intervento mammario maggiore (quadrantectomie, mastoplastiche riduttive etc.) solo nel caso la sede del pregresso intervento non sia interposta tra il tumore e l'ascella;
 - in casi di pregressa chirurgia dell'ascella è consigliata BLS è consigliata la linfa-adenectomia ascellare.
 - Carcinoma duttale in situ: Forme ad alto rischio per grado, dimensioni e palpabilità e comunque per tutti i casi in cui è programmata la mastectomia (LdE III, GdR A)

Controindicazioni: Carcinoma infiammatorio (LdE VI, GdR)

Preparazione del paziente: Nessuna.

Radiofarmaci e dosi

- Particelle colloidali di albumina umana marcate con ^{99m}Tc o altri microcolloidi di dimensioni comprese fra 20 e 80 nanometri.
- Volume da iniettare: 0,2-0,4 cc.; Siringa con ago 23-25G.
- Attività radiofarmaco: 0.2-1.0 mCi in un volume di 0.2-0.4 ml, seguito da 0.2 ml di soluzione fisiologica o aria.
- Nel caso di pazienti obese si consiglia di aumentare la dose.

L'inoculo deve essere eseguito da 2 a 24 ore prima dell'intervento.

All'atto dell'intervento bisogna calcolare di avere disponibile un'attività totale di circa 3.7 MBq circa

Sede

- via intra/subdermica sulla proiezione cutanea del tumore palpabile;
- via subareolare nei tumori palpabili in stretta prossimità dell'ascella, nei tumori multicentrici/multifocali e nelle lesioni non palpabili.

Acquisizione

La linfoscintigrafia va eseguita il giorno precedente l'intervento chirurgico o il giorno stesso almeno 2-3 ore prima. Acquisizioni scintigrafiche dopo almeno 15 min dall'inoculo e se necessario dopo 2-4 ore.

In caso di mancata visualizzazione, se necessario, fino a 18-24 ore.

Proiezione obliqua anteriore 45°, laterale, proiezione anteriore.

Durata di ogni acquisizione 3-5 minuti

È necessaria l'acquisizione SPECT/TC in pazienti obese, BLS mammaria interna o comunque in caso di linfonodo sentinella non visualizzato nell'imaging planare

Marcatura: La proiezione cutanea del linfonodo sentinella viene indicata sulla cute utilizzando una penna radioattiva e un comune pennarello indelebile.

Allegato 4 – Riabilitazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, ha definito la Riabilitazione come *l'insieme di interventi che mirano allo sviluppo di una persona al suo più alto potenziale sotto il profilo fisico, psicologico, sociale, occupazionale ed educativo, in relazione al suo deficit fisiologico o anatomico e all'ambiente.*

In Oncologia, l'introduzione di strategie terapeutiche innovative ha determinato un incremento della percentuale di guarigione e un miglioramento della qualità della vita; la riabilitazione nel paziente oncologico ha l'obiettivo di limitare la disabilità funzionale, cognitiva e psicologica, che può conseguire al tumore o alle terapie ad esso correlate.

La presa in carico riabilitativa delle donne operate per patologia tumorale al seno rappresenta un elemento del percorso di cura, che ha l'obiettivo di creare le condizioni per una migliore qualità della vita della paziente attraverso la riduzione dei tempi di convalescenza, delle possibili complicanze e delle limitazioni funzionali che potrebbero determinare disabilità.

Nella presa in carico del paziente oncologico devono essere coinvolte svariate figure sanitarie in una gestione multidisciplinare e multiprofessionale che consenta un intervento globale che valorizzi una visione multifattoriale. Per ogni paziente deve essere costruito un progetto riabilitativo individuale in cui vengono definiti gli obiettivi e le caratteristiche dell'intervento; tale progetto deve accompagnare la paziente lungo tutto il percorso terapeutico.

Si possono distinguere le seguenti fasi:

Fase preoperatoria

Prevede una visita fisiatrica con valutazione posturale e dell'arto superiore in caso di limitazioni funzionali dovute a patologie pregresse e/o concomitanti che possano limitare i successivi interventi terapeutici ed il trattamento delle stesse.

Fase postoperatoria

Comprende:

- il periodo relativo alla degenza ospedaliera (fase acuta):
 - per le donne operate presso AOOTS la visita fisiatrica viene eseguita in regime di prolungamento di ricovero attraverso prenotazione telefonica, presso segreteria della S. C. Medicina Riabilitativa, da parte dei reparti per acuti ove la paziente è ricoverata. Il trattamento riabilitativo eseguito in regime ambulatoriale viene protratto fino al raggiungimento degli obiettivi definiti.
 - Le pazienti operate in sedi diverse dall'AOOTS si possono rivolgere al Servizio Territoriale dell'ASS1 presso il Distretto 4.
- il periodo relativo ai primi 40 - 60 giorni successivi alla dimissione ospedaliera (fase post-acuta):
 - per le donne operate presso AOOTS la visita fisiatrica viene eseguita in regime ambulatoriale attraverso prenotazione telefonica presso la segreteria della S. C. Medicina Riabilitativa. Il trattamento riabilitativo eseguito in regime ambulatoriale viene protratto fino a raggiungimento degli obiettivi definiti.
 - Le pazienti operate in sedi diverse dall'AOOTS si possono rivolgere al Servizio Territoriale dell'ASS1 presso il Distretto 4.

La visita fisiatrica e l'eventuale trattamento riabilitativo post-operatorio devono essere effettuati il più precocemente possibile e devono essere attivati soprattutto in caso di:

- quadrantectomia con linfadenectomia
- mastectomia con o senza linfadenectomia
- dissezione ascellare
- ricostruzione immediata o differita

Le complicanze più frequenti nella fase post operatoria sono: il dolore, la riduzione della mobilità articolare (ROM) del cingolo scapolo-omerale, le alterazioni posturali, le lesioni nervose periferiche, le fibro-linfosclerosi, le linfoangiti e linfoedema, il senso di oppressione toracica, le aderenze/fibrosi capsulari peri-protesiche, le aderenze peri e cicatriziali.

La visita fisiatrica comprende:

- R.O.M attivo e passivo del complesso articolare di spalla
- test muscolari dei muscoli potenzialmente compromessi
- valutazione di deficit a carico del sistema nervoso periferico, con particolare attenzione alle sensibilità dell'arto superiore e della zona toracica interessata
- misurazione antropometrica degli arti superiori e valutazione delle caratteristiche dell'edema
- valutazione del dolore con scala analogico-visiva (V.A.S)

- valutazione delle cicatrici
- valutazione posturale
- valutazione funzionale globale
- valutazione del distress (Termometro del Distress: valori >5 indicherebbero la necessità di valutazione da parte di uno psicologo)

Obiettivi del trattamento riabilitativo: per la diversità dei quadri che la persona può presentare, non è possibile pianificare un progetto riabilitativo standardizzato; questo dovrà essere modulato a seconda dello stato clinico, delle complicanze, delle disabilità, delle aspettative e della motivazione della paziente stessa (Progetto Riabilitativo Individuale).

In generale gli obiettivi del trattamento sono:

- rilevazione dei bisogni/problemi di salute compresi gli aspetti psicologici
- adeguata informazione della paziente
- controllo della sintomatologia dolorosa
- facilitazione all'espansione dell'emitorace interessato
- prevenzione e trattamento degli atteggiamenti posturali viziati
- prevenzione e trattamento delle aderenze cicatriziali
- prevenzione e trattamento delle retrazioni mio-cutanee, mio-tendinee e mio-fasciali
- recupero dell'escursione articolare dei cingoli scapolo-omerale e scapolo-toracico
- prevenzione e trattamento del linfedema
- educazione alla auto-prevenzione delle complicanze tardive con particolare riferimento al linfedema.

Modalità operative:

- ascoltare e dialogare con la paziente, informando e spiegando quelle che sono le normali risposte dell'organismo, le possibili complicanze e le attenzioni da avere nei confronti dell'arto operato e della cicatrice chirurgica;
- istruzione della paziente su attività di automobilizzazione ed autotrattamento per una corretta gestione del linfedema, della cute e dell'arto superiore; insegnamento di esercizi da eseguire a domicilio;
- fornitura di un opuscolo informativo contenente norme igienico-comportamentali, esercizi da eseguire a domicilio ed indicazioni sulle procedure da attivare per l'eventuale richiesta di riconoscimento di Invalidità Civile;
- esercizio terapeutico per la funzione respiratoria;
- mobilizzazione, esercizi in rilasciamento per agire sulla componente muscolare, fasciale, cutanea e linfatica, trattamento dell'Axillary Web Syndrome (AWS);
- esercizi per l'arto superiore;
- manovre di scollamento della zona operata e, alla rimozione dei punti, trattamento della cicatrice per evitare le aderenze e la fibrosi post-operatoria;
- trattamento dei tessuti periprotetici;
- prescrizione del bracciale elastocompressivo al termine del Trattamento Decongestionante Complesso per mantenere i risultati raggiunti, collaudo e monitoraggio (per le persone con riconoscimento di Invalidità Civile l'80% delle spesa è a carico del SSR).

Fase degli esiti tardivi

Questa fase inizia indicativamente dopo 60 giorni dall'intervento chirurgico e non dovrebbe essere mai sottovalutata in quanto molte complicanze in seguito ad intervento per ca. del seno possono comparire a distanza di tempo dall'intervento o protrarsi per tempi prolungati.

Il trattamento delle complicanze viene garantito dal Servizio Territoriale dell'ASS1 presso il Distretto 4 nell'ambulatorio dedicato alle donne operate al seno. Per ridurre i tempi d'attesa della visita fisiatrica, sono state riservate 4 visite a settimana prenotabili in CUP; la creazione di un sistema d'accoglimento flessibile permette comunque l'accesso al servizio anche nell'arco di due giorni per i casi più urgenti previo contatto telefonico (segreteria SSD Riabilitazione).

Le complicanze più frequenti nella fase degli esiti tardivi sono: il dolore della parete toracica e/o dell'arto superiore, legati ad un'anomala organizzazione delle cicatrici con formazione di neurinomi del nervo intercostobrachiale; la capsulite adesiva della spalla e altre problematiche articolari; sofferenze del plesso brachiale; esiti posturali; episodi più o meno recidivanti di erisipela; linfangiti e il linfedema. A questi si aggiungono in alcuni casi disturbi psicologici e psichiatrici che se non riconosciuti e non trattati possono limitare la qualità della vita ed il trattamento riabilitativo.

L'esito cronico più invalidante è rappresentato dall'*edema linfatico*. L'ampia variabilità dell'incidenza riscontrata in letteratura, dal 7 all'82%, è dovuta ai diversi criteri di misurazione, classificazione e raccolta

dati; la misurazione centimetrica con la stessa scheda di rilevazione in tutto il percorso riabilitativo dovrebbe ridurre gli errori di misurazione.

L'edema lieve è molle, recede con il riposo notturno e insorge generalmente a breve distanza dall'intervento chirurgico o radioterapico, presenta una differenza di diametro con l'arto contro-laterale sano di 1-3 cm. La cute mantiene l'elasticità e non si evidenziano lesioni trofiche; la fovea è positiva ma rientra subito. La paziente non riferisce episodi precedenti di linfangiti.

L'edema moderato è duro-elastico, non recede con il riposo notturno, presenta una differenza di diametro con l'arto controlaterale sano di 3-5 cm. La cute perde elasticità, la fovea è positiva e stabile. La paziente può riferire episodi di linfangite. Ci può essere alterata funzionalità dell'arto.

L'edema grave è duro, non recede con il riposo notturno e presenta una differenza di diametro con l'arto controlaterale sano maggiore di 5 cm. La cute ha perso elasticità, la fovea è profonda e stabile. La funzionalità dell'arto è modificata con limitazione dei movimenti in rapporto all'aumento di peso dell'arto ed alla fibrosi.

L'edema gravissimo con interessamento del plesso brachiale vede la presenza di un linfedema gravissimo e di un danno importante a livello del sistema nervoso periferico che può arrivare alla paresi dell'arto, spesso indicativo di localizzazioni metastatiche, richiede un intervento fortemente integrato tra tutta l'équipe che ha in cura la paziente.

L'approccio terapeutico-riabilitativo al linfedema combina diverse modalità operative definite **Trattamento Decongestionante Complesso**:

- linfodrenaggio manuale (LDM)
- terapia meccanica pressoria sequenziale a basse pressioni;
- terapia elasto-compressiva (bendaggio e guaina contenitiva personalizzata);
- educazione preventiva finalizzata alla cura dell'arto ed al corretto posizionamento insegnando posture ed esercizi drenanti
- prescrizione di ausili di supporto per l'arto paretico/plegico (quando vi è interessamento del plesso brachiale)
- programma di rivalutazione a distanza (follow-up).

La valutazione della paziente dovrà sempre prevedere un approccio diagnostico multidisciplinare per escludere eventuali riprese di malattia

Trattamento delle sequele

Obiettivi della presa in carico riabilitativa:

- monitorare la capacità funzionale delle persone
- promuovere abitudini motorie, posturali e modelli respiratori che permettano un maggior risparmio energetico, una migliore gestione delle proprie capacità, la prevenzione di danni da ipomobilità, un maggior controllo sui disagi possibili e sullo stress
- controllo della sintomatologia dolorosa
- prevenzione e trattamento del linfedema

Trattamento riabilitativo:

- Trattamenti mirati al controllo del dolore
- Educazione/rieducazione degli equilibri posturali e dello schema corporeo statico e dinamico
- Monitorizzazione dell'insorgenza o dell'aggravarsi del linfedema ed, in caso di positività, Trattamento Decongestionante Complesso

Fase delle cure palliative

Obiettivi della presa in carico riabilitativa:

- raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per la persona affetta da malattia avanzata e per i suoi familiari
- mantenere il più possibile l'autonomia desiderata
- cercare il progressivo adattamento alla modificazione dello stato di salute
- controllo della sintomatologia dolorosa

Modalità operative:

La presa in carico riabilitativa deve avvenire attraverso un progetto riabilitativo individuale concordato nell'ambito delle attività dell'équipe terapeutica e riadattato e condiviso con la persona interessata, con i familiari e con gli altri operatori del team al fine di garantire omogeneità e coerenza dei comportamenti in un contesto di trasparenza e rispetto di tutti i soggetti coinvolti. Fondamentale è che lo scambio di informazioni all'interno del team sia continuo ed efficace in modo da riadattare l'intervento e modulare il progetto in base alle modificazioni delle condizioni cliniche del paziente

Allegato 5 – Ricostruzione mammaria

A tutte le pazienti sottoposte ad intervento oncologico sulla mammella dovrebbe essere garantita una ricostruzione mammaria adeguata. Una corretta integrazione fra chirurgo oncologo e chirurgo plastico consente l'esecuzione di interventi integrati che oltre alla radicalità oncologica mirano ad ottenere un buon risultato estetico, stabile nel tempo.

Lo scopo finale è la programmazione di un intervento personalizzato per ogni paziente, che deve attuarsi già a partire dal disegno pre-operatorio e dal tipo di incisioni da praticare.

La ricostruzione mammaria può essere immediata o differita.

Ricostruzione immediata: contestuale all'intervento chirurgico demolitivo

Ricostruzione differita: a distanza di tempo dall'intervento chirurgico demolitivi

Prima visita

Tutte le pazienti candidate a chirurgia mammaria ricostruttiva vengono valutate presso un ambulatorio dedicato (Ambulatorio Centro Mammella).

Durante la visita vengono valutati le caratteristiche del tumore (tipo, sede e dimensione) e della mammella (forma, volume, coppa, ptosi), le terapie adiuvanti previste (ove possibile), le caratteristiche fisiche e le condizioni generali della paziente, le eventuali comorbidità, i pregressi trattamenti medici e/o chirurgici, le aspettative e i desideri della paziente, al fine di illustrare e successivamente programmare l'iter terapeutico/ricostruttivo più adeguato.

Il punto di partenza della scelta ricostruttiva sono le dimensioni della mammella da ricostruire: mammella piccola o medio-piccola (coppa A/B) e mammella medio-grande o grande (coppa C/D o più).

La ricostruzione post chirurgia conservativa

Le opzioni ricostruttive post chirurgia conservativa comprendono il rimodellamento dei tessuti residui, le tecniche di mastoplastica riduttiva (volume displacement) e l'utilizzo del tessuto autologo (volume replacement).

Ognuna di queste tecniche ha delle precise indicazioni in rapporto alle dimensioni della mammella, alle dimensioni e alla localizzazione del tumore e in rapporto al timing ricostruttivo rispetto alla radioterapia.

Nella ricostruzione immediata, tenendo presente il rapporto dimensionale mammella/carcinoma, ove questo sia sfavorevole (coppa A/B), è consigliabile procedere alla mastectomia e ricostruzione immediata, in quanto il tessuto rimanente è insufficiente per l'utilizzo di tecniche di rimodellamento.

Nella ricostruzione immediata di mammelle di dimensioni maggiori (coppa C/D), ove sia favorevole il rapporto mammella/carcinoma, sono invece utili le tecniche di volume displacement.

Nella ricostruzione differita, è sconsigliabile invece il rimodellamento dei tessuti radiotrattati, visto l'aumento di oltre il 50% del rischio di complicanze (deiscenza della ferita, liponecrosi, necrosi cutanea, necrosi del complesso areola-capezzolo) e l'insoddisfacente risultato estetico, soggetto a peggioramento a lungo termine.

In mammelle piccole o medio-piccole (coppa A/B) è quindi consigliabile l'asportazione della ghiandola residua e la ricostruzione totale della mammella con tessuto autologo.

In mammelle medio-grandi o grandi (coppa C/D) è possibile invece l'utilizzo di tessuto autologo (Latissimus Dorsi muscolo-cutaneo e TAP i più usati), in grado di fornire un buon apporto vascolare e di ripristinare forma e volume della mammella (volume replacement).

Spesso la maggior parte delle pazienti sottoposte a chirurgia conservativa, deve comunque essere sottoposta ad adeguamento della mammella controlaterale (68%), che può essere contestuale alla demolizione o essere eseguito in un tempo chirurgico successivo.

La ricostruzione post mastectomia

Ricostruzione immediata vs ricostruzione differita

La ricostruzione immediata, contestuale alla mastectomia, offre sia vantaggi estetici (conservazione del solco sottomammario e dell'involucro cutaneo), sia psicologici (preservazione dell'immagine corporea, della femminilità e della sessualità), senza ostacolare il decorso della malattia e il follow-up oncologico.

Il differimento dell'intervento ricostruttivo viene consigliato solo in caso di pazienti in condizioni generali scadenti con elevato rischio operatorio e di complicanze e in pazienti con carcinoma in stadio avanzato, per permettere quanto prima l'inizio delle terapie adiuvanti.

Un discorso a parte riguarda l'eventualità del trattamento radioterapico adiuvante: sebbene in alcuni casi esso sia preventivabile (metastasi linfonodali, invasione della parete toracica), spesso la necessità della radioterapia è ignota fino al risultato dell'esame istologico.

Ben noti sono inoltre gli effetti avversi della radioterapia sul risultato estetico della ricostruzione, sia essa protesica o autologa.

L'orientamento a riguardo consiste nel differire l'intervento ricostruttivo in pazienti sicuramente

candidate a radioterapia.

In caso di forte dubbio (fondamentale in questo caso la discussione multidisciplinare) una valida opzione può essere invece la cosiddetta ricostruzione differita-immediata (43-47), che consiste nel posizionamento di un espansore al momento della mastectomia, allo scopo di conservare i lembi cutanei, differendo la scelta della tecnica ricostruttiva definitiva dopo il risultato dell'esame istologico.

Una volta deciso, secondo le indicazioni di cui sopra e la volontà della paziente, il timing ricostruttivo, si procede alla scelta della tecnica ricostruttiva più adeguata (49-51).

Tecniche ricostruttive

Nelle pazienti sottoposte a mastectomia le mammelle possono essere ricostruite mediante materiale protesico, autologo o con una combinazione dei due.

Generalmente la ricostruzione protesica avviene in due tempi chirurgici mediante il posizionamento di un espansore sottomuscolare, che viene successivamente espanso ambulatorialmente fino a permettere il posizionamento di una protesi definitiva con una seconda procedura chirurgica, a distanza di 6 mesi circa.

In casi selezionati, la ricostruzione protesica può essere effettuata in un unico tempo chirurgico mediante il posizionamento immediato di una protesi definitiva o di una protesi a doppia camera parzialmente estendibile (protesi-espansore) contestualmente alla demolizione.

Può essere necessario l'utilizzo di sostituti dermici a rinforzo del polo inferiore della mammella qualora le dimensioni dell'impianto non ne permettano il completo posizionamento sottomuscolare.

La candidata ideale alla ricostruzione con protesi è una mammella piccola e non ptosica (coppa A/B), con cute e muscolo residui sufficienti a coprire completamente l'impianto, per prevenire l'estrusione dello stesso in caso di complicanze come la necrosi dei lembi cutanei.

In caso di mammelle di dimensioni maggiori (coppa C/D) la ricostruzione avviene quasi obbligatoriamente in due tempi chirurgici, prevedendo l'adeguamento della mammella controlaterale.

In presenza di ptosi mammaria ed eccesso cutaneo, una valida opzione può essere invece l'utilizzo della cosiddetta skin-reducing mastectomy associata all'utilizzo di protesi mammarie, in uno o due tempi chirurgici.

La tecnica prevede di utilizzare nella mastectomia le incisioni della mastoplastica riduttiva a T invertita; la ricostruzione può avvenire in un tempo unico o in due tempi, posizionando inizialmente un espansore mammario. Necessario l'adeguamento della mammella controlaterale.

Tenendo presente quanto sopra, l'utilizzo di materiale protesico trova nella ricostruzione bilaterale maggiore indicazione, potendo garantire più facilmente la simmetria tra le due mammelle senza cicatrici aggiuntive.

I vantaggi della ricostruzione protesica sono il ridotto tempo operatorio e l'assenza di cicatrici a livello della sede donatrice.

È adeguata anche alle pazienti anziane o affette da comorbidità che, al di là del risultato estetico desiderano la ricostruzione e alle pazienti che rifiutano il prelievo di tessuti da altri distretti corporei o non dispongono di siti donatori utilizzabili.

Ulteriore candidata a questo tipo di ricostruzione può essere anche la paziente giovane con elevato rischio di carcinoma controlaterale.

Gli svantaggi sono, oltre alle possibili complicanze a breve termine (infezione, ematoma, sieroma ed estrusione dell'impianto) e a lungo termine (contrattura capsulare, rottura, infezione, necessità di sostituzione dell'impianto) la lunghezza dell'iter ricostruttivo (gonfiaggi sequenziali e due tempi chirurgici) e il risultato estetico *innaturale* che richiede spesso interventi di adeguamento a livello del seno controlaterale.

Controindicazione assoluta all'utilizzo degli impianti protesici è la radioterapia.

Il trattamento radioterapico adiuvante comporta un significativo aumento di complicanze nella ricostruzione protesica, quali contrattura capsulare, dolore e dislocazione dell'impianto, risultato estetico insoddisfacente con tendenza a peggiorare nel tempo.

La ricostruzione mediante tessuto autologo prevede il prelievo di tessuti della paziente stessa da sedi donatrici come addome (SIEA, DIEAP, TRAM peduncolato, TRAM libero, lembo di Rubens), dorso (Latissimus Dorsi, TAP), glutei (S-GAP, I-GAP) e coscia (TUG, ALT).

Il trasferimento di tessuto autologo può avvenire da sedi vicine alla mammella da ricostruire (lembi peduncolati) o da sedi a distanza (lembi liberi trasferiti con tecnica microchirurgica)

Il lembo peduncolato maggiormente usato allo scopo è il lembo muscolare o muscolo-cutaneo Latissimus Dorsi. Tra i lembi liberi, sono invece i lembi addominali SIEA e DIEAP.

Tale metodo è indicato in tutte le pazienti che desiderino una ricostruzione definitiva in un solo intervento e senza ricorrere a materiale protesico.

Ulteriori indicazioni sono inoltre la pregressa radioterapia e le ampie demolizioni oncologiche, in cui non

vi siano cute e/o muscolo sufficienti alla copertura di un eventuale espansore mammario.

Nelle pazienti con mammelle di dimensioni piccole o medio-piccole, la prima scelta è generalmente il lembo muscolo cutaneo peduncolato Latissimus Dorsi, in grado di fornire una quantità di tessuto adeguata e ottimi risultati in mammelle di dimensioni ridotte.

La tecnica chirurgica relativamente semplice e rapida, la scarsa incidenza di complicanze eccetto il sieroma del dorso e la bassa morbilità del sito donatore, ne fanno un'ottima opzione ricostruttiva.

Controindicazione all'utilizzo di questo lembo in pazienti con precedente toracotomia laterale e sezione del muscolo stesso, eventuali danni al peduncolo toraco-dorsale e sport o attività che richiedano l'utilizzo del Latissimus Dorsi.

Nelle mammelle di dimensioni maggiori (coppa C/D) si può associare l'utilizzo del lembo Latissimus Dorsi peduncolato agli impianti protesici.

Tale tecnica è riservata alle pazienti che rifiutino o non siano candidate a ricostruzione microchirurgica mediante l'utilizzo di lembi addominali, né alla sola ricostruzione protesica (es. ampie demolizioni cutanee o pregressa radioterapia)

Nel caso di mammelle di dimensioni medio-grandi o grandi, la prima scelta ricade sui lembi addominali SIEA e DIEAP.

Il lembo libero DIEAP è diventato negli ultimi anni il gold standard nella ricostruzione autologa della mammella, offrendo la possibilità di ricreare una mammella quanto più simile alla controlaterale in termini di forma, volume e tessitura, a fronte di una bassa morbilità del sito donatore.

Esso si basa infatti su una o più perforanti dell'arteria epigastrica inferiore profonda, permettendo quindi il risparmio del muscolo retto dell'addome, rispetto al lembo TRAM peduncolato o libero. Migliore ancora, è il lembo SIAE, il cui allestimento non richiede la sezione della fascia e del muscolo retto dell'addome, sebbene non sempre utilizzabile in quanto l'arteria epigastrica inferiore superficiale non è sempre presente e di calibro adeguato a supportare la vascolarizzazione del lembo.

Gli svantaggi legati all'utilizzo di questi lembi, quali i lunghi tempi operatori e una discreta incidenza di complicanze (percentuale di successo 95-98% in letteratura), sono oggi in gran parte ridotti grazie allo sviluppo di tecniche di imaging (AngioTC Multislice) che permettono di pianificare pre-operatoriamente l'intervento.

Richiedono inoltre esperienza microchirurgica, un'adeguata gestione e un attento monitoraggio post-operatorio, requisiti presenti solo in centri altamente specializzati.

Le controindicazioni sono l'insufficiente quantità di tessuto addominale o la presenza di cicatrici del sito donatore che ne possano mettere a rischio la vascolarizzazione del lembo.

Vanno inoltre tenute in considerazione le condizioni generali della paziente, eventuali fattori di rischio microvascolare e comorbidità, essendo richiesto un discreto stato di salute per affrontare un intervento comunque complesso ed evitare complicanze post-operatorie.

Nella ricostruzione bilaterale autologa i lembi addominali SIEA o DIEAP sono la prima scelta, sebbene in pazienti magre talora questi lembi non siano utilizzabili.

A questo proposito, in mammelle di dimensioni medio-grandi o grandi, una valida opzione può essere la skin reducing mastectomy per ridurre l'eccesso cutaneo, utilizzando per il ripristino volumetrico del seno il tessuto autologo invece delle protesi.

Ulteriori sedi donatrici utilizzabili per la ricostruzione autologa, sia monolaterale che bilaterale, ove il tessuto addominale non sia disponibile, sono la coscia e il gluteo, tenendo conto del fatto che non è sempre possibile ricreare il volume di partenza originale, dipendendo dalla quantità di tessuto disponibile a livello della sede donatrice prescelta.

Il lembo TUG (Transverse Upper Gracilis Flap), utilizza il muscolo gracile e la porzione superiore della cute mediale della coscia, basata sull'arteria circonflessa femorale mediale.

I lembi glutei, quali S-GAP, basato sulle perforanti dell'arteria glutea superiore o I-GAP, sulle perforanti dell'arteria glutea inferiore utilizzano la regione glutea.

Sono generalmente poco utilizzati e riservati a casi selezionati.

Il vantaggio principale dei tessuti autologhi è che permettono di fornire alla mammella ricostruita un aspetto più naturale e duraturo nel tempo in un unico tempo chirurgico (55-60).

Gli svantaggi della ricostruzione autologa sono invece il tempo operatorio più lungo, le cicatrici a livello del sito donatore e le possibili complicanze sia a carico del lembo, sia a carico della sede donatrice.

Tali rischi tendono ad aumentare in pazienti anziane, obese e in tutte le situazioni associate a compromissione del microcircolo, quali fumo o diabete.

Procedure aggiuntive

L'adeguamento della mammella controlaterale ove necessario, può essere eseguito sia contestualmente alla ricostruzione, sia in un secondo tempo, a stabilizzazione avvenuta.

Tra le procedure addizionali, tra cui eventuali rimodellamenti e correzioni, l'innesto di tessuto adiposo o lipofilling è quello di maggior interesse negli ultimi anni.

Questa tecnica, pur necessitando di ulteriori approfondimenti, sembra dare ottimi risultati nella correzione di difetti di contorno residui e migliorare qualità della cute e delle cicatrici, anche dopo radioterapia.

Lo svantaggio principale di questa tecnica è la necessità di ripetute applicazioni a causa del riassorbimento di buona parte del lipoinfiltrato e la possibilità di formazione di aree di liponecrosi, cisti oleose e microcalcificazioni benigne che vanno valutate radiologicamente.

La ricostruzione del complesso areola-capezzolo è il passaggio finale della ricostruzione mammaria, e contribuisce ad ottimizzarne il risultato finale. Una delle tecniche più utilizzate è una modificazione dello star flap, il cosiddetto arrow flap per la ricostruzione del capezzolo e successivamente il tatto dell'areola, entrambe in anestesia locale e solo alla fine dell'iter ricostruttivo.

Allegato 6 – Schemi chemioterapia primaria

Vari schemi di terapia sono stati studiati: non è definito il gold standard ma si suggeriscono gli stessi schemi utilizzati per la terapia adiuvante. Vengono impiegati regimi contenenti antracicline e taxani somministrati in sequenza per 6-8 cicli (attualmente si ritiene che la sequenza migliore sia costituita dalla somministrazione di taxano seguito da uno schema contenente antracicline). Questi schemi sono associati ad una maggiore percentuale di pCR e di interventi conservativi.

Il trattamento del carcinoma mammario con stato di HER2 positivo (3+ di iperespressione del recettore all'immunohistochimica o amplificazione genica) prevede l'associazione di chemioterapia e terapia biologica con trastuzumab. Il regime da preferire consiste nella sequenza taxani-antracicline con il trastuzumab somministrato in concomitanza con i taxani.

Studi recenti hanno valutato il ruolo di altri farmaci anti-HER2 (lapatinib e pertuzumab) associati a trastuzumab nel trattamento primario del carcinoma HER2-positivo. Vi è evidenza che la combinazione di chemioterapia con due agenti anti-HER2 (doppio blocco) produca i tassi di pCR più elevati (doppio blocco non ancora autorizzato in Italia)

Trattamento adiuvante dopo chemioterapia primaria o neoadiuvante e successiva chirurgia.

Non vi è necessità di un ulteriore trattamento chemioterapico adiuvante se è stata effettuata una precedente chemioterapia preoperatoria completa per 6-8 cicli

La terapia endocrina adiuvante è indicata in presenza di espressione dei recettori ormonali su campione biotico pre-trattamento neoadiuvante

Il trattamento con trastuzumab adiuvante è indicato per un anno dopo la chirurgia se non era stato somministrato nel piano di trattamento preoperatorio o neoadiuvante; nel caso in cui trastuzumab sia fosse stato somministrato durante il trattamento preoperatorio esso va somministrato in monoterapia per completare un anno totale di trattamento (compreso il tempo di somministrazione in concomitanza con la chemioterapia eseguita prima della chirurgia)

-La radioterapia deve essere effettuata dopo la chirurgia sulla base delle caratteristiche cliniche iniziali del tumore (cT e cN) e delle informazioni acquisite dopo l'intervento chirurgico (ypT e ypN)

TERAPIA ENDOCRINA PRIMARIA:

Caratteristiche delle pazienti

- stato postmenopausale
- tumore in cui sia presente elevata espressione dei recettori ormonali per estrogeni e/o progesterone

Possibile opzione se

- Tumori di grandi dimensioni non suscettibili di chirurgia conservativa
- tumori non operabili
- controindicazioni alla chirurgia e/o alla chemioterapia (età e/o condizioni generali)

Farmaci impiegati:

- inibitori dell'aromatasi (letrozolo, anastrozolo, exemestane)

Durata del trattamento

- Non definito uno standard. Gli studi disponibili suggeriscono una durata di 3-4 -6 mesi, monitorando regolarmente la risposta clinica e proseguendo con l'approccio chirurgico nel momento in cui intercarrano segni di progressione

Nelle pazienti premenopausali la terapia endocrina primaria rimane a tutt'oggi oggetto di ricerca.

Allegato 7 – Schemi terapia adiuvante

A) CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE

- L'impiego della chemioterapia è quindi raccomandato per la maggior parte dei tumori tripli negativi, her 2 positivi e Luminali B.
- Il beneficio della chemioterapia è più evidente per tumori HR negativi
- Il regimi più frequentemente utilizzati includono antracicline e taxani, con impiego preferibilmente sequenziale piuttosto che concomitante. In alcune condizioni può ancora essere impiegato anche lo schema CMF (pazienti ccon rifiuto assoluto di alopecia)
- L'aggiunta dei taxani alle antraci cline aumenta l'efficacia della chemioterapia indipendentemente dall'età e dallo stato linfonodale
- In generale i regimi di chemioterapia che includono antraci cline e taxani riducono il rischio di ripresa di malattia di circa 1/3
- I regimi contenenti taxani e non antracicline possono essere utilizzati in alternativa agli schemi contenenti antraci cline (evitato il rischio di danno cardiaco da antraci cline)
- La chemioterapia viene somministrata di solito per 12-24 settimane (4-8 cicli) come previsto dallo schema scelto in base al rischio individuale
- Il trattamento chemioterapico dovrebbe iniziare entro 45 giorni dall'effettuazione dell'intervento chirurgico
- Non ci sono indicazioni per l'impiego di chemioterapia ad alte dosi con supporto di cellule staminali
- Nella malattia Her 2 positiva viene impiegato l'anticorpo monoclonale Trastuzumab in associazione alla chemioterapia contenente taxani e successivamente in ionoterapia (durata della somministrazione ogni 3 settimane per 1 anno)
- In relazione alla cardiotossicità è controindicata l'associazione di trastuzumab a chemioterapia contenente antraci cline
- Trastuzumab può essere somministrato in concomitanza a radioterapia e terapia ormonale
- La paziente candidata a ricevere trastuzumab non deve presentare deficit di funzionalità di pompa cardiaca (frazione di eiezione ventricolare sinistra (FEVS) inferiore <50%) e/o storia di cardiopatia ischemica. È necessaria valutazione all'inizio del trattamento e monitoraggio trimestrale in corso di trattamento e alla fine dello stesso e in corso di follow up fino al 5° anno (Ecocardiogramma-preferibile- o MUGA)

CMF classico: Ciclofosfamide 100 mg/mq die per os giorni 1-14; Metotrexate 40 mg/mq giorni 1-8; 5Fluorouracile 600 mg/mq giorni 1-8 ogni 28 giorni

CMF e.v: Ciclofosfamide 600 mg/mq Metotrexate 40 mg/mq giorni; 5Fluorouracile 600 mg/mq giorni 1-8 ogni 28 giorni

F(A)EC 5Fluorouracile 90 mg/mq; (Adriamicina 60 mg/mq) Epirubicina 90 mg/mq, Ciclofosfamide 600 mg/mq ogni 21 giorni

TC Docetaxel 75 mg/mq + ciclofosfamide 600 mg/mq ogni 21 giorni

(A) EC → paclitaxel settimanale (Adriamicina 60 mg/mq) Epirubicina 90 mg/mq + Ciclofosfamide 600 mg/mq ogni 21 giorni per 4 cicli; Paclitaxel 80 mg/mq settimanale per 12 settimane

(A) EC → docetaxel (Adriamicina 60 mg/mq) Epirubicina 90 mg/mq + Ciclofosfamide 600 mg/mq ogni 21 giorni per 4 cicli; Docetaxel 100 mg/mq ogni 21 giorni per 4 cicli

Se terapia biologica con trastuzumab, il farmaco biologico viene somministrato in associazione al trattamento (non in concomitanza con antraci cline); In questo caso può essere anche impiegato lo schema:

TCH (Docetaxel 75 mg/mq + CarboplatinoAUC 5) per 6 cicli + Trastuzumab

Trastuzumab può essere somministrato in regime settimanale: 4 mg/kg dose di attacco seguito da 2 mg/kg settimanali o trisettimanale: 8 mg/kg dose di attacco seguito da 6 mg/kg settimanali

B) ENDOCRINOTERAPIA ADIUVANTE

Indicata per le pazienti che presentano espressione dei recettori ormonali (presenza di almeno ER \geq 1% oppure PgR \geq 1%, indipendentemente dal fatto che ci sia indicazione anche a chemioterapia e/o a terapia biologica)

La durata della terapia ormonale deve essere di almeno 5 anni. (Dati recenti indicano che potrebbe essere di beneficio il prolungamento del trattamento fino a 10 anni)

Se è prevista anche chemioterapia adiuvante, la terapia endocrina adiuvante deve iniziare al termine del trattamento chemioterapico (non indicata l'associazione di chemioterapia e terapia endocrina)

La scelta del trattamento è determinata in primo luogo dallo stato menopausale o premenopausale della paziente. Altri fattori di minore importanza possono comunque influenzare la decisione

Premenopausa

- Tamoxifene 20 mg al giorno per 5 anni è stato lo standard di trattamento fino ad oggi. Attualmente si ritiene che possa essere vantaggioso proporre alle pazienti la continuazione del trattamento ormonale con Tamoxifene fino al 10° anno.
- Non è ben definito quale sia il valore della soppressione ovarica con LH-RH analogo, per un periodo di tempo di 2-5 anni, sebbene frequentemente nella pratica clinica venga associata al trattamento con Tamoxifene (attesi risultati di studio in corso per definire il ruolo del blocco totale vs solo Tamoxifene)
- I farmaci inibitori dell'aromatasi non sono in grado di sopprimere la steroidogenesi ovarica: di conseguenza per pazienti con controindicazioni all'uso del tamoxifene, in premenopausa è possibile utilizzare farmaci inibitori dell'aromatasi solo se in combinazione con LH-RH analogo. In alternativa può essere usato il solo LH-RH analogo..
- È essenziale considerare che l'amenorrea che si sviluppa durante chemioterapia non può essere considerata di per sé stato postmenopausale: può persistere infatti una produzione ovarica di estrogeni nonostante l'assenza di mestruazioni. In questo caso, se è previsto trattamento con AI, è necessario valutare prima dell'inizio del trattamento i livelli di FSH, LH ed estradiolo e monitorizzare tali livelli in corso di trattamento
- Per pazienti sottoposte a terapia con tamoxifene per 5 anni, in cui si sia instaurato stato menopausale in corso di trattamento, è possibile l'utilizzo di terapia extended con AI per altri 5 anni, per un totale di 10 anni di terapia endocrina, (previa verifica stato menopausale)

Postmenopausa

- I farmaci inibitori dell'enzima aromatasi sia non steroidei (anastrozolo e letrozolo) che steroidei (exemestane) sono i farmaci di prima scelta
- Il tamoxifene può essere utilizzato per pazienti che presentano controindicazioni al trattamento con AI.
- Non esistono dati a supporto dell'utilizzo degli AI per periodi di durata superiore ai 5 anni
- È possibile utilizzare tamoxifene per 2-3 anni e successivo switch ad AI per ulteriori 2-3 anni
- AI possono essere usati per 5 anni dopo 5 anni di tamoxifene (extendend adjuvant)

Allegato 8 – Terapia Medico Nucleare

Meccanismo azione

Effetti radiobiologici su cellule tumorali e su cellule del sistema immunitario e flogistico (linfociti attivati-macrofagi).

Riduzione locale citochine, interleuchine, prostaglandine

Indicazioni

Metastasi osteosclerotiche o miste

L'indicazione clinica principale per l'utilizzo di radiofarmaci osteotropi a scopo palliativo comprende il trattamento di algie dovute a metastasi ossee osteoblastiche o miste. Prima di effettuare la terapia è importante un'attenta selezione dei pazienti che tenga conto del loro profilo ematologico, del grado di interessamento midollare da parte della malattia metastatica, di eventuali recenti altre terapie mielosoppressive, e dell'aspettativa di vita. Il requisito fondamentale che consente di prevedere il raggiungimento di beneficio clinico da parte della terapia con farmaci osteotropi è naturalmente che la scintigrafia diagnostica con ^{99m}Tc -bifosfonati dimostri la presenza di lesioni scheletriche ipercaptanti, e che le aree di netta ipercaptazione corrispondano alle zone in cui è presente dolore; questa condizione garantisce che il radiofarmaco terapeutico si concentri effettivamente nelle aree scheletriche dove origina il problema dolore.

Controindicazioni

Assolute

- Gravidanza e allattamento;
- ipersensibilità ai componenti del radiofarmaco;
- rischio imminente di frattura patologica o compressione midollare;
- insufficienza renale acuta o cronica ($\text{GFR} < 30 \text{ mL/min}$) che determinerebbe aumento di mielotossicità per rallentata escrezione renale del radiofarmaco;
- breve aspettativa di vita (< 1 mese), dato che c'è in genere una certa latenza (anche fino a 2-3 settimane) fra la somministrazione del radiofarmaco e l'inizio del beneficio clinico (palliazione del dolore), in caso di aspettativa di vita inferiore a 4 settimane si ritiene ragionevole ricorrere a misure terapeutiche con effetto immediato;
- ridotta riserva midollare o rapido deterioramento della crasi ematica (piastrine $< 60\,000/\mu\text{L}$; leucociti $< 2500/\mu\text{L}$);
- rischio di coagulazione intravascolare disseminata.

Relative:

- La presenza di interessamento midollare esteso (che si traduce dal punto di vista scintigrafico nel quadro cosiddetto di superscan) non presenta di per sé una controindicazione al trattamento, a condizione che il quadro ematologico si mantenga al di sopra delle soglie sopra citate o che la sostituzione midollare non sia tale da far presumere una grave mielotossicità;
- riserva midollare ridotta solo modestamente (piastrine fra 60000 e 100000/ μL); la decisione se trattare o non trattare il paziente è presa dopo attenta considerazione dei parametri complessivi e dei benefici attesi (nel caso di trattamento, in alcuni centri si segue il principio di somministrare metà dell'attività terapeutica standard);
- coesistenza di metastasi parenchimali predominanti.

Allegato 9 – Algoritmo per il trattamento della malattia metastatica Her2 positiva

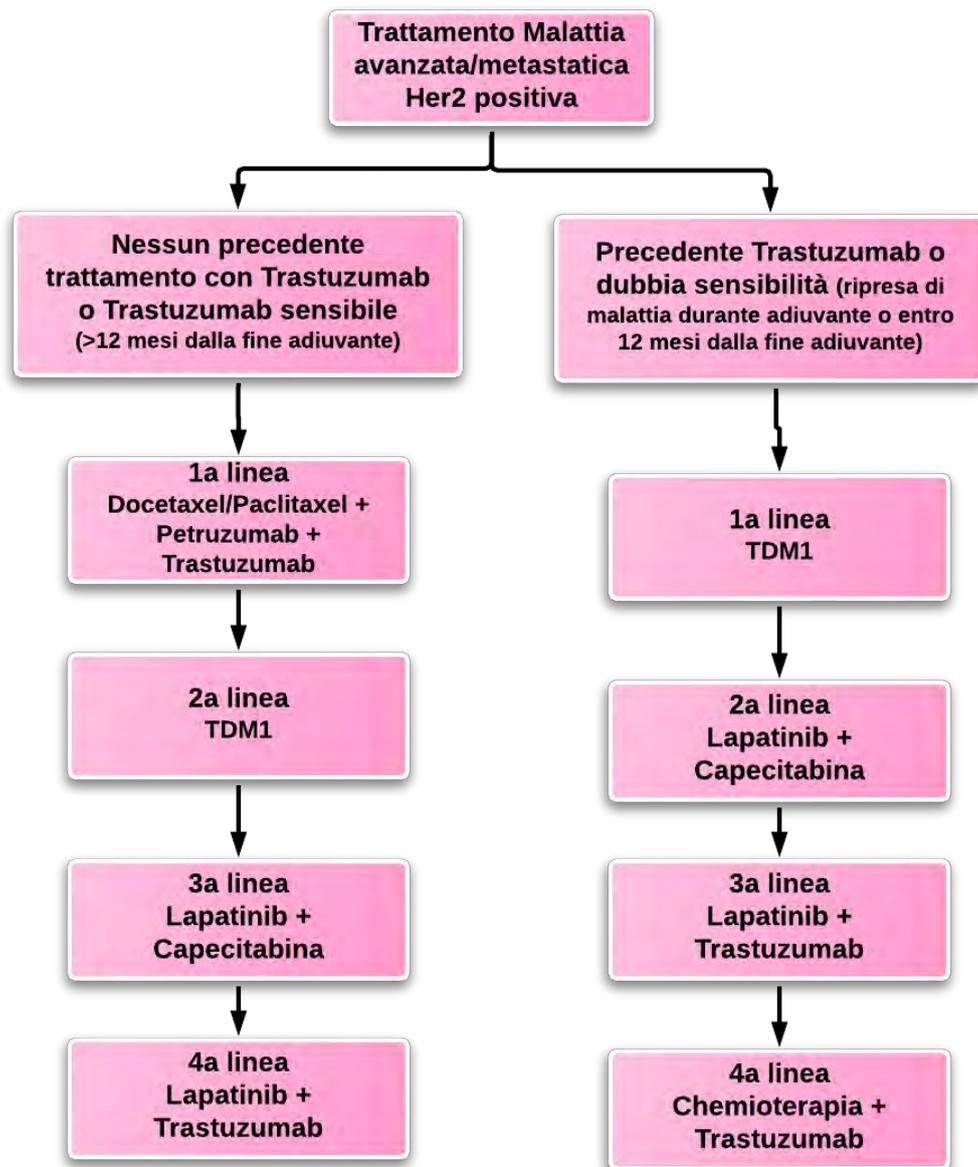


Figura 24: Algoritmo per il trattamento della malattia metastatica Her2 positiva

Allegato 10 – Schemi terapia della malattia metastatica

Terapia ormonale

Postmenopausa:

- AI non steroidei (letrozolo e anastrozolo); AI steroidei (Exemestane);
- ER modulatori sierici: (tamoxifene, toremifene)
- ER down regolatori (fulvestrant)
- Everolimus + exemestane
- Progestinici (megestrol acetato)

Premenopausa:

- LH-RH agonisti o ovariectomia chirurgica + tamoxifene
- Per le linee successive sono appropriati AI e fulvestrant (terapia per la paziente in postmenopausa) con mantenimento della soppressione ovarica (LH-RH analoghi o chirurgia)

È necessario considerare che:

- la maggior parte delle donne sia in premenopausa che in postmenopausa con carcinoma mammario ormono-reattivo traggono beneficio dall'uso sequenziale dei vari regimi ormonali alla progressione della malattia.
- la possibilità di risposta alla terapia endocrina continua a ridursi progressivamente per ogni linea di terapia nonostante continuino ad essere presenti risposta e beneficio clinico con ragionevole durata fino alla 4° linea di terapia
- la scelta della sequenza deve tener conto dei trattamenti precedenti e delle preferenze della paziente. dopo la seconda linea di chemioterapia esistono scarse evidenze scientifiche che assistano nella selezione della sequenza terapeutica più appropriata.

I farmaci inibitori delle aromatasi (AI) hanno dimostrato una superiorità, seppure modesta, nei confronti del Tamoxifene e sono quindi da preferire il 1° linea (sia nelle pazienti sensibili che resistenti al TAM)

Il Fulvestrant ha dimostrato di essere efficace come l'anastrozolo in pazienti in progressione dopo tamoxifene

Nelle pazienti che hanno recidivato o in cui la malattia è progredita in corso di trattamento con AINS, si è dimostrata vantaggiosa la combinazione di exemestane + everolimus

Non c'è attualmente indicazione all'uso combinato di diversi farmaci ormonali in associazione

In caso di progressione durante una linea ormonale, il passaggio ad endocrinoterapia successiva o chemioterapia deve essere valutato caso per caso in relazione alla precedente risposta e alla durata della risposta nelle linee precedenti (vedi schema allegato)

Farmaci chemioterapici

Agenti singoli

- Antracicline (Doxorubicina, epirubicina, doxorubicina liposomiale pegilata);
- taxani (paclitaxel, docetaxel, nab-paclitaxel – registrato dopo fallimento 1° linea);
- antimetaboliti (capecitabina e vinorelbina);
- inibitori dei microtubuli non taxani (vinorelbina ed eribulina –registrato dopo fallimento 2° linea).

Schemi di combinazione:

- FAC/FEC;
- AC/EC,
- CMF,
- Docetaxel/capecitabina;
- Paclitaxel/gemcitabina;

- Carboplatino/gemcitabina;
- Paclitaxel/bevacizumab

Come per la terapia endocrina, anche per la chemioterapia sono osservate risposte sequenziali, seppure in numero inferiore e di minore durata con l'avanzare delle linee di trattamento. La mancanza di risposta sequenziale a 3 linee di terapia sono indicazione a solo terapia palliativa (per mancanza di risposta si intende l'assenza di qualsiasi beneficio anche marginale. La progressione dopo una risposta non è considerato fallimento della terapia)

ECOG PS ≥ 3 è considerato indicazione a solo terapia di supporto.

Allegato 11 – Indicazioni per sorveglianza ginecologica in donne con precedente carcinoma mammario

(American College of Obstetricians and Gynecologist ACOG Guidelines marzo 2012)

**In pazienti trattate per carcinoma mammario è consigliato controllo ginecologico annuale.
Problemi da valutare:**

- osteoporosi, valutazione del rischio, difosfonati e raloxifene;
- counselling sui cambiamenti dello stile di vita per ridurre il rischio di perdita ossea e fratture osteoporotiche;
- controllo dei sintomi vasomotori con SSRIs e SNRIs (inibitori selettivi del reuptake della serotonina e della norepinefrina), gabapentin e clonidina. SSRI e SSNRI si sono dimostrati sicuri nel ridurre hot flash nelle pazienti con carcinoma mammario. Viene usata la venlafaxina (E-fexor 75mg);
- uso di metodi non ormonali per il trattamento dell'atrofia vaginale;
- biopsia endometriale ed ecografia trans vaginale (non indicata di routine per pazienti in postmenopausa che assumono tamoxifene in assenza di sanguinamento). Nelle donne che assumono tamoxifene l'uso di ecografia trans vaginale è associata con una quota molto elevata di falsi positivi perché il tamoxifene induce un aumento di volume dell'epitelio ghiandolare che determina un aumento dello spessore endometriale e irregolarità degli echi: questi elementi non correlano con istologia maligna. Lo spessore endometriale non dovrebbe essere utilizzato come criterio di intervento in queste pazienti perché determina procedure diagnostiche invasive non necessarie;
- opzioni contraccettive: metodi di barriera, dispositivi endouterini, sterilizzazione;
- counselling per fertilità ed infertilità, incluse le opzioni per la preservazione della fertilità. La gravidanza dopo carcinoma della mammella non aumenta il rischio di ripresa della malattia.

Allegato 12 – Prevenzione delle fratture indotte dalle terapie anti-ormonali: Esame MOC-DEXA

Effetto collaterale dell'utilizzo di farmaci inibitori dell'aromatasi (anastrozolo, letrozolo, exemestane) nelle donne in menopausa è la riduzione della massa ossea, che è rapida e rilevante, fino al punto da provocare fratture da fragilità (nell'11% delle pazienti trattate), che impongono in ogni caso l'esecuzione di una serie di esami diagnostici al fine di escludere che non si tratti di metastasi ossee.

Le fratture che si sviluppano sono più frequentemente fratture vertebrali e fratture di polso (ma avvengono anche in altri siti scheletrici).

Tutte le linee guida e opinioni di esperti concordano sulla necessità di somministrare farmaci antifratturativi per tutta la durata del trattamento con inibitori dell'aromatasi.

Il recentissimo position paper dell'ESCEO (Società Europea dell'Osteoporosi ed Osteoartrosi), sulla linea delle linee guida della società di oncologia americana (ASCO) riassume ed integra tutte le evidenze prodotte finora e **raccomanda l'uso di zoledronato 4 mg e.v. ogni 6 mesi, lasciando tuttavia aperta la possibilità di un trattamento con un farmaco somministrabile per via orale o sottocutanea, sulla base di valutazioni della compliance del paziente alla terapia.**

Tra le donne con diagnosi di tumore mammario in terapia con inibitori dell'aromatasi, oltre a raccomandare esercizio fisico, supplementazione con vitamina D pari a 10.000 UI a settimana (e con calcio solo se l'apporto alimentare non raggiunge 1000 mg/die), sono sicuramente da avviare a trattamento con farmaci antifratturativi:

- le donne a partire dai 75 anni di età (con qualsiasi valore di T-score);
- le donne in post-menopausa con pregressa frattura da fragilità (in qualsiasi sito scheletrico);
- le donne in post-menopausa con BMD misurata alla DXA vertebrale espresso da un T-score inferiore a -2.5 oppure con T-score inferiore a -1.5 ma con almeno 1 fattore di rischio clinico

Per questi motivi può risultare utile eseguire una densitometria ossea vertebrale e femorale con **Dual Energy X-Ray Absorptionmetry (DEXA)** prima di iniziare il trattamento anti-ormonale e usare **l'algoritmo FRAX per la valutazione dei fattori di rischio clinici.**

La possibilità di eseguire esami densitometrici (DEXA) non è garantita nell'ambito delle esenzioni previste per la patologia neoplastica della mammella.

Altrettanto utile è dosare i livelli ematici di calcio, PTH e 25-OH-Vitamin D (eventualmente anche i markers biochimici di osteoformazione o riassorbimento nel caso di risultati dubbi).

Allegato 13 - Ruolo delle associazioni di volontariato nel percorso integrato di cura della paziente con carcinoma mammario

Le pazienti con diagnosi di carcinoma mammario possono necessitare di ricevere informazioni:

- di tipo sociale (sulle normative, sui diritti, sulle agevolazioni, ecc...) e sugli enti deputati a erogare prestazioni e servizi sociali;
- sui servizi fruibili e le attività coordinate dalle associazioni di volontariato presenti nelle diverse strutture;
- su come meglio adeguare i propri stili di vita in un'ottica preventiva, di cura e di mantenimento di una buona qualità di vita.

A fornire tali informazioni partecipano le associazioni di volontariato che collaborano con le diverse strutture coinvolte nel PDTA e che operano negli ospedali, sul territorio, a domicilio e negli Hospice.

Il gruppo multidisciplinare senologico di Trieste da molti anni mantiene con le Associazioni di volontariato attive in campo oncologico una fattiva collaborazione.

È fondamentale che le attività a favore delle pazienti da parte delle Associazioni di Volontariato siano preventivamente condivise con il gruppo multidisciplinari della Breast Unit sempre nel pieno rispetto dei criteri di eticità.

Allo stato attuale la collaborazione è particolarmente stretta con la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (L.I.L.T.) di Trieste, sezione dell'Ente Pubblico di notevole rilievo che opera sotto l'alto patronato del Presidente della Repubblica e con il controllo del Ministero della Salute. La LILT di Trieste, che ha un punto di ascolto presso la S.C. Centro Sociale Oncologico (C.S.O.), si prende carico delle necessità della paziente al momento della definizione della proposta terapeutica oncologica offrendo una serie di interventi integrati con il Gruppo Multidisciplinare della Breast Unit per collaborare al miglioramento della qualità della vita delle pazienti e dei loro familiari.

Un'ulteriore collaborazione è realizzata con l'Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici (A.I.M.aC.), la quale è presente presso la S.C. di Oncologia Medica, con i volontari del servizio civile per orientare, erogare informazioni e se del caso, in accordo con lo psicologo, offrire supporto psicologico ai pazienti e famigliari.

Sono state citate la LILT e l'AIMaC, in virtù della stretta collaborazione che origina progetti attivi e consolidati da anni; le due Associazioni sono federate con la F.A.V.O. (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) come lo sono altre non riportate, di cui alcune a livello provinciale collaborano da anni con gli ospedali, con i servizi territoriali e con gli Hospice.

Allegato 14 – Gli interventi psicologici

Qualora venga svolta la consulenza psicologica e lo psicologo incontri la paziente gli interventi erogati sono principalmente:

- Colloquio di supporto: lo psicologo offre uno spazio emotivo, attua un breve counselling psicologico e se utile attua i raccordi con i servizi dedicati a risponde a specifici bisogni, le associazioni di volontariato; lo psicologo cerca di garantire che il paziente sia supportato in tutti i momento del percorso e con tutte le risorse disponibili
- L'assessment: è la valutazione che permette allo psicologo, attraverso il colloquio clinico ed ulteriori strumenti di valutazione (questionari, scale e test), di identificare la necessità psicologiche/psicoterapeutiche, l'adeguatezza della presa in carico nonché pianificare l'intervento più adeguato per ogni singola paziente. I principali interventi sono:
- Cicli di colloqui di supporto psicologico: è indicato nei casi in cui vi sia l'esigenza prioritaria di sostenere e rafforzare l'equilibrio emotivo/psicologico della paziente in momenti a forte impatto emozionale; l'intervento mira a ristabilire i meccanismi psicologici adattativi per fronteggiare il distress secondario alla patologia; facilita l'adattamento alla malattia.
- Psicoterapia focale: è indicata nei casi in cui la paziente abbia sufficienti risorse psicologiche per affrontare in maniera approfondita una problematica specifica e circoscritta (focus) attinente alla patologia; mira a promuovere lo sviluppo e la crescita positivi della personalità; consente una elaborazione più approfondita della malattia.
- Invio a medico specialista psichiatra: nel caso in cui dall'assessment emergano segni/sintomi indicativi di un disagio psicologico/psichico che necessità di terapia farmacologica è compito del clinico informare l'equipe medica che valuterà l'opportunità di prescrivere adeguata terapia psicofarmacologica o di avvalersi di una consulenza psichiatrica; vi può essere una presa in carico condivisa con lo psichiatra.

Lo psicologo può realizzare interventi psicoeducazionali e/o formativi rivolti alle stesse donne, ai familiari ed agli stessi operatori del gruppo.

Dove si realizzano gli interventi dello psicologo

L'intervento dello psicologo non è mai urgente e si svolge a fianco del paziente durante il suo percorso. Per questo motivo, lo psicologo, realizza i propri interventi oltre che nell'ambulatorio di pertinenza anche in luoghi diversi quali la corsia dei diversi reparti ospedalieri, gli ambulatori dei trattamenti, l'hospice, fino al domicilio del paziente.

Per quanto riguarda specificatamente l'informazione/educazione lo psicologo:

- collabora con le associazioni ed enti nella realizzazione di progetti;
- indirizza alle associazioni di volontariato in base a bisogni rilevati ed i servizi offerti nel periodo;
- può indirizzare ai servizi sociali per specifici supporti necessari/utili alle donne ed ai loro familiari;
- può realizzare interventi psicoeducazionali e/o formativi rivolti alle stesse donne, ai familiari ed agli stessi operatori del gruppo.

Allegato 15 - Counselling genetico

- Valutazione dell'eleggibilità della persona per il test (il rischio di mutazione deve essere $\geq 10\%$ per la maggior parte dei programmi pubblici)
- Decisione del membro della famiglia maggiormente idoneo per il primo test
- Discussione dell'entità del rischio, dei benefici e dei limiti del test
- Esecuzione del test e comunicazione dei risultati
- Di solito passano 6-8 mesi prima della risposta (necessario precedere con metodi più rapidi - 4 settimane- se individuati casi in cui la scelta del test comporta modifiche della scelta terapeutica)
- Discussione dei risultati e loro significato
- Organizzazione dei protocolli di sorveglianza

Indicazioni all'esecuzione del test genetico

Attualmente, l'esecuzione dei test genetici per mutazioni di *BRCA1* e *BRCA2* è indicata in famiglie che presentano una delle seguenti caratteristiche:

- almeno due parenti di primo grado con tumore della mammella, insorto prima dei 50 anni;
- due o più parenti di primo grado di cui uno con tumore della mammella su entrambi i seni e uno con tumore della mammella, insorto prima dei 50 anni;
- due o più parenti di primo grado con tumore della mammella su entrambi i seni, insorto a qualsiasi età;
- tre o più parenti di primo grado con tumore della mammella, insorto a qualsiasi età;
- due parenti di primo grado, uno con tumore della mammella, insorto prima dei 50 anni e l'altro con tumore dell'ovaio, insorto a qualsiasi età;
- due parenti di primo grado con tumore dell'ovaio, insorto a qualsiasi età;
- casi di tumore maligno della mammella maschile;
- casi sporadici (senza apparente familiarità) di donne con tumore sia della mammella, sia dell'ovaio;
- casi sporadici (senza apparente familiarità) di donne con tumore della mammella, insorto prima dei 36 anni di età;
- casi sporadici (senza apparente familiarità) di donne con tumore della mammella triplo negativo, insorto prima dei 50 anni di età.

NB: La donna che per prima si sottopone al test deve essere affetta e non dovrebbe avere più di 60 anni alla diagnosi. Per le forme *in situ* sono da considerare solo le forme duttali e non le lobulari.

Allegato 16 - Protocolli di sorveglianza per donne a rischio genetico

- Training per autoesame a partire dai 18 anni.
- <25 La proposta del test genetico prima di questa età viene fatta solo se ci sia un caso <29 anni. Solo nel caso in cui sia stata accertata positività genetica si prevede visita + ecografia semestrale.
- 25-34 a visita + ecografia semestrale + RM annuale.
- 35-54 a visita + ecografia semestrale + mammografia annuale + RM annuale.
- 55-69 a visita + ecografia semestrale + mammografia annuale.
- 70-74 a (percorso screening) mammografia biennale.

Eco transvaginale ogni 6 mesi eco transvaginale e dosaggio Ca125 partendo dai 30 anni (o comunque 5-10 anni prima dell'età del membro + giovane) anche se ci sono dati limitati riguardo all'utilità di uno screening di questo tipo (in corso studi investigazionali).

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO (AREA GORIZIANA)

Gruppo di lavoro

Maria Teresa Padovan - Programmazione Controllo Gestione (ASS2) - Coordinatore

Susanna Agostini - Servizio Dietetico Aziendale (ASS2)

Gilberto Cattarini - Cardiologia Monfalcone (ASS2)

Dorita Chersevani - Specialista Convenzionato (ASS2)

Carlo Donada - Medicina Gorizia (ASS2)

Adriana Fasiolo - Medicina Generale (ASS2)

Fabio Fiammengo - Medicina Gorizia (ASS2)

Luisa Mattei - Cardiologia Gorizia (ASS2)

Gloria Moretto - Cardiologia Monfalcone (ASS2)

Annalisa Paron – Distretto (ASS2)

Carla Narduzzi – Distretto (ASS2)

Paola Trolese - Cardiologia Monfalcone (ASS2)

Alessandra Tuzzi – Distretto (ASS2)

Federica Zagolini - Pronto Soccorso Monfalcone (ASS2)

Ultima revisione

Ottobre 2014

PREMESSA

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta il primo DRG (127) di ricovero nei presidi ospedalieri dell'ASS2 (DRG 127). Nel corso del 2013 i ricoveri sono stati 535 (246 a Gorizia e 289 a Monfalcone), di cui 60 sono stati ricoveri ripetuti (da 2 a 4 nel corso dell'anno). Dei 535 ricoveri totali 180 sono stati accolti dalle due Cardiologie (70 a Gorizia e 110 a Monfalcone) mentre 356 sono stati accolti nelle Medicine (176 a Gorizia e 179 a Monfalcone).

Tutti i componenti del gruppo di lavoro hanno partecipato alla giornata di formazione a Trieste curata dall'ASS1 Triestina e vi è stato un iniziale confronto con i colleghi dell'Area Vasta Giuliano Isontina per valutare la attuale organizzazione.

Considerato che il contesto esistente in provincia di Trieste appariva sostanzialmente diverso da quello Isontino, per dotazione di risorse, strutture ed organizzazione si è ritenuto di dover istituire due gruppi di lavoro, uno per l'area triestina (AOUTs e ASS1) ed un Gruppo di lavoro aziendale di ASS2.

La prima fase dei lavori ha previsto un'analisi della situazione esistente in ASS2 al fine di evidenziare eventuali criticità e/o differenze organizzative tra i due Distretti Sanitari ed i due presidi ospedalieri. Nella seconda fase il gruppo ha descritto i percorsi ideali del paziente con SC sotto forma di Flow-chart, individuando le azioni di miglioramento e gli indicatori di misurazione.

Per quanto riguarda le Linee Guida di riferimento i componenti del gruppo di lavoro hanno espresso un consenso sul documento *Consensus Scompenso Cardiaco - ARS FVG 2008* e, per quanto non previsto o non aggiornato nel documento regionale, sono state prese come riferimento le LLGG *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012*.

SITUAZIONE ATTUALE

Dall'analisi dell'attuale organizzazione è emerso che in ASS2 il paziente con SC segue un percorso diagnostico terapeutico assistenziale non strutturato ed ufficializzato ma sostanzialmente allineato a quelli che sono i documenti di riferimento internazionali e locali. In alcune fasi il percorso è diverso tra Distretto Alto e Basso Isontino.

Il Gruppo di Lavoro Aziendale, per facilitare la schematizzazione, ha preso in esame diversi percorsi del paziente:

- pazienti al primo episodio di scompenso stadiati e rinviati a domicilio (*a basso rischio*)
- pazienti al primo episodio di scompenso ricoverati (non basso rischio)
- pazienti con recidiva di scompenso e ricoverati, aggravamento della malattia
eventi intercorrenti (cardiologici e non)

E' evidente che i percorsi possono interessare lo stesso paziente in tempi successivi e in tal caso saranno ricondotti ad un flusso unitario che riassume le diverse modalità di presentazione dei casi.

A. Pazienti al primo episodio di scompenso stadiati e rinviati a domicilio (a basso rischio)

Accesso del paziente al PS

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	NOTE/CRITICITA'
Ingresso nel PDTA	Accesso al PS	Medico di PS	
Valutazione	PS	Medico di PS	
Trattamento sintomatologico	PS/OBI	Medico di PS	Mancano protocolli interni di trattamento concordati tra gli specialisti
Richiesta consulenza cardiologica	PS/OBI	Medico PS	Mancano criteri formalizzati per la richiesta di consulenza cardiologica che non sempre viene richiesta
Consulenza Cardiologia (Inquadramento diagnostico, impostazione terapia farmacologia, indicazioni per follow-up)	PS	Cardiologo ospedaliero	
Dimissioni	PS	Medico di PS	Lettera di dimissione per MMG curante. Se non è stata fatta consulenza cardiologica di norma viene fatta richiesta di visita cardiologica classe B su ricetta SSR o viene consigliata visita cardiologica.
Presa in carico (conclusione iter diagnostico, follow-up)	MMG Ambulatorio Cardiologia	MMG Cardiologo	E' possibile che il paziente non venga segnalato dal PS e quindi non venga intercettato come caso di scompenso. Non è stato definito un protocollo per l'iter diagnostico.

Accesso del paziente al MMG

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	NOTE/CRITICITA'
Ingresso nel PDTA	Accesso al MMG	MMG	Accesso diretto o dopo un ricovero con diagnosi di scompenso nella lettera di dimissioni. Si ritiene necessaria segnalazione da parte del reparto alla Cardiologia con fax della lettera di dimissioni.
Valutazione	Ambulatorio MMG	MMG	Criteri di riferimento "Consenso regionale 2008"
Trattamento sintomatologico	Ambulatorio MMG	MMG	Criteri di riferimento "Consenso regionale 2008"
Richiesta Visita Cardiologica classe B	Ambulatorio MMG	MMG	Manca ambulatorio dedicato.
Visita Cardiologia B (Inquadramento diagnostico, impostazione terapia farmacologia, indicazioni per follow up)	Ambulatorio Cardiologo Ospedaliero o Territoriale	Cardiologo ospedaliero o Territoriale	Non sono definiti criteri, responsabilità e protocollo di Follow up.
Presa in carico (conclusione iter diagnostico, Follow-up)	MMG Ambulatorio cardiologia	MMG Cardiologo	Mancano modalità condivise di presa in carico tra Cardiologia e territorio.

B. Pazienti al primo episodio di scompenso ricoverati (non basso rischio)

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	NOTE/CRITICITA'
Ingresso nel PDTA	Accesso al PS	Medico PS	
Valutazione	PS	Medico PS	
Trattamento sintomatologico	PS/OBI	Medico PS	
Richiesta consulenza cardiologica	PS/OBI	Medico PS	Mancano criteri formalizzati per la richiesta di consulenza cardiologica che non sempre viene richiesta
Consulenza Cardiologia	PS	Cardiologo ospedaliero	
Richiesta di ricovero in Cardiologia o Medicina	PS	Cardiologo Ospedaliero	Mancano criteri formalizzati per invio del paziente in Cardiologia o Medicina
Ricovero in Cardiologia/Medicina (Inquadramento clinico/diagnostico, eventuale invio Hub, stratificazione prognostica, impostazione terapia, percorsi specialistici per comorbidità, inizio riabilitazione in acuto, educazione terapeutica e stili di vita)	Cardiologia Medicina	Cardiologo /Internista ospedaliero Infermiere Cardiologia/Medicina Fisioterapista Dietista	
Trasferimento Hub o altro reparto ospedaliero	Cardiologia Medicina	Cardiologo/ Internista ospedaliero	Criteri per invio Hub : pazienti ischemici acuti, grave valvulopatia, grave instabilità emodinamica. (Trasporto secondario urgente)
Dimissioni (Domicilio, casa di Riposo, RSA)	Cardiologia Medicina	Cardiologo/ Internista ospedaliero, ICA	Lettera di dimissione per MMG curante. ICA segnala i pazienti fragili con SC dimessi dalla Medicina alla Cardiologia ed al MMG ad attiva ADI
Presa in carico (conclusione iter diagnostico, follow-up) a seconda del setting di assistenza	Domicilio CdR RSA	MMG/ADI Cardiologo Medico RSA Palliativista SSC	Di volta in volta il cardiologo definisce un protocollo di Follow-up e la presa in carico/percorso a livello territoriale dei casi gravi (3° e 4° classe NYHA) e dei pazienti fragili multiproblematici. Nel DAI arruolamento dei pazienti più critici seguiti a domicilio con telefonate periodiche da parte della cardiologia ospedaliera, definizione di follow-up, programmazione di visite ambulatoriali, segnalazione al MMG

C. Pazienti al primo episodio di scompenso ricoverati (non basso rischio)

Rientrano nel flusso del caso B. con accesso al PS o con ricovero programmato da parte del Cardiologo o del MMG concordato dopo valutazione cardiologica

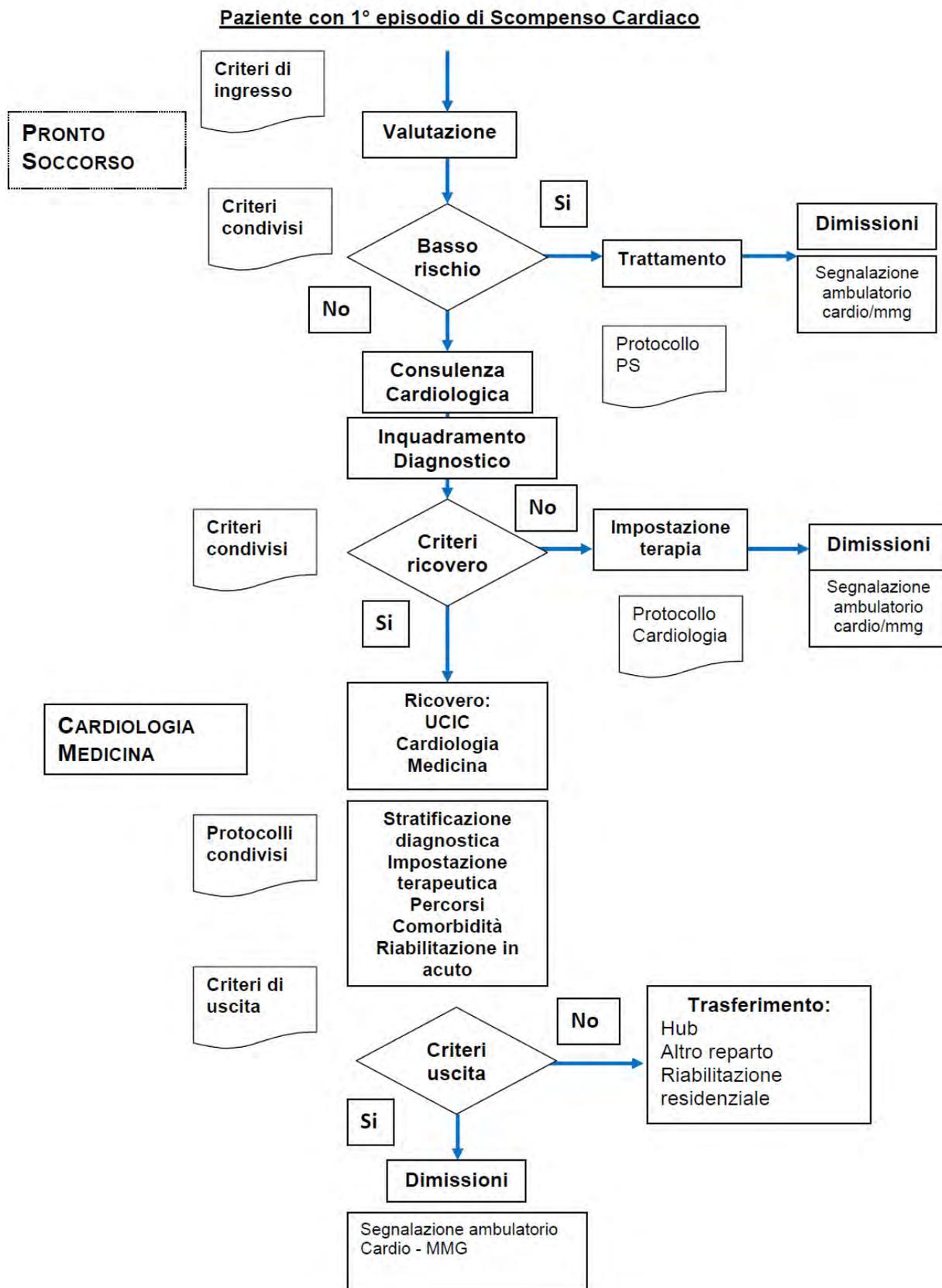


Figura 1: Flow chart del paziente al primo episodio di scompenso: accesso al Pronto Soccorso

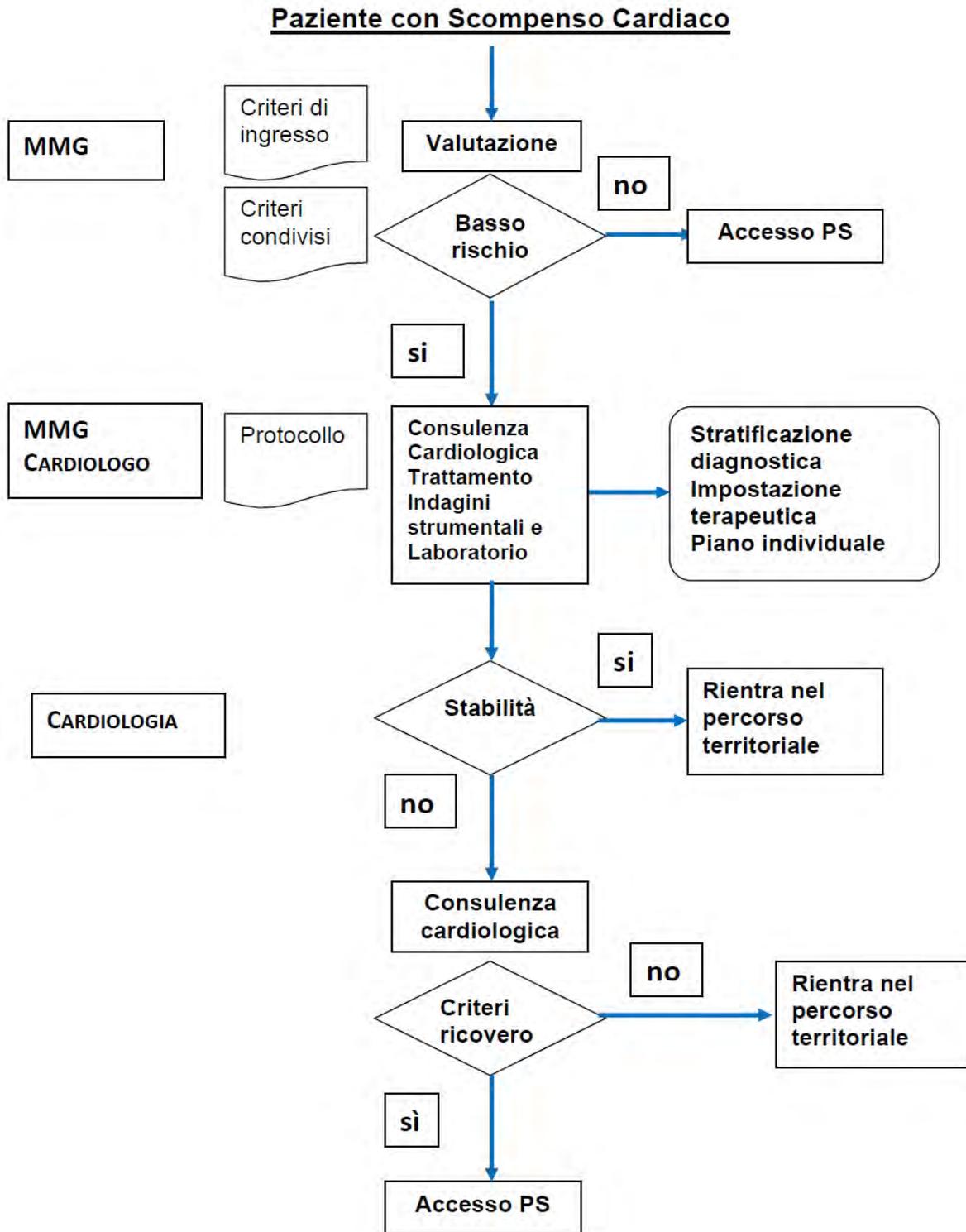


Figura 2: Flow chart del paziente con scompenso: accesso al MMG

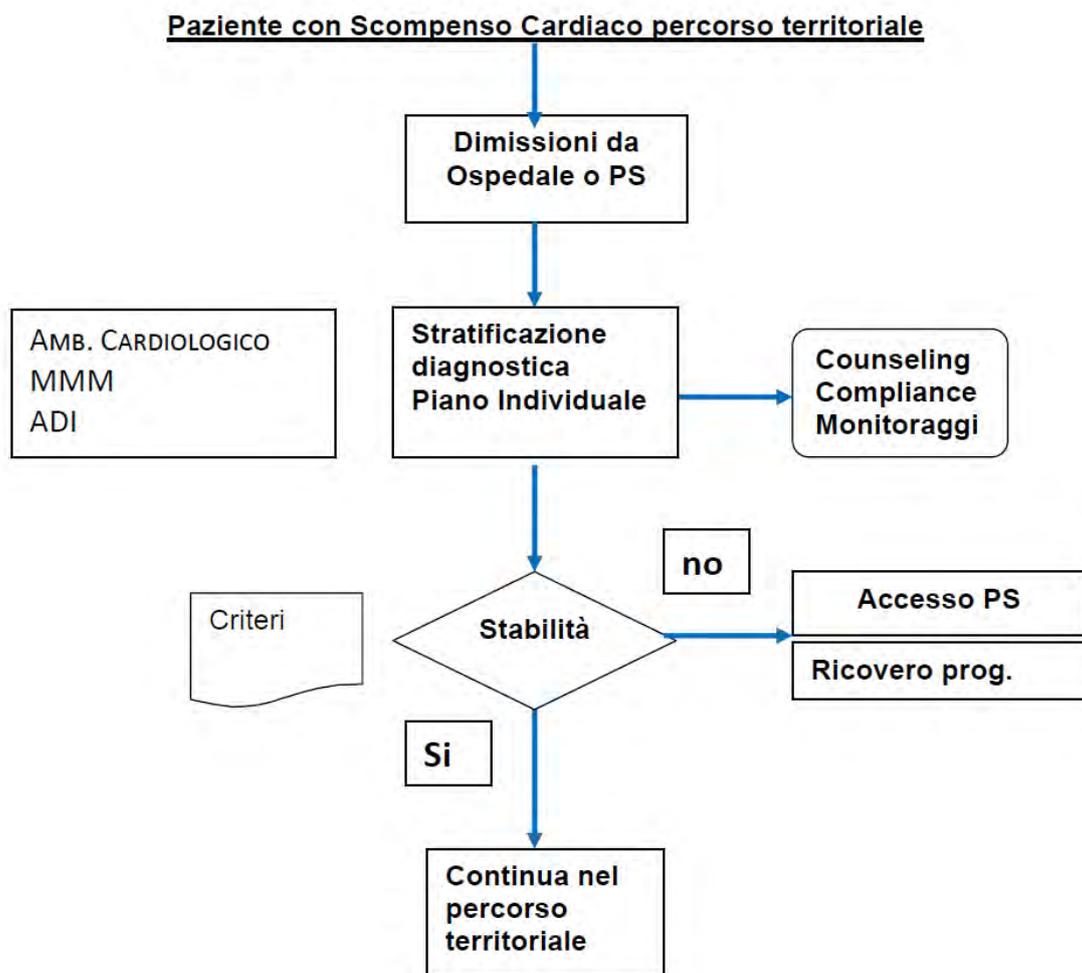


Figura 3: Flow chart del paziente con scompenso; percorso territoriale

D. Percorso territoriale

FASI (tempi)	LUOGHI	ATTORI	AZIONI
Ingresso nel PDTA	Dimissioni Ospedale o PS, invio MMG, Valutazione cardiologo	MMG, Cardiologo	Diagnosi e stratificazione prognostica
Piano Individuale	Ambul. Cardio 1° visita	Cardiologo, MMG	Impostazione/ottimizzazione terapia Elaborazione Piano Individuale
Registro SC 3°/4° classe	Ambul. Cardio	Cardiologo, infermiere	Inserimento in elenco per classe NHYA 3°/4° Richiamo attivo Cardio
Counseling	Ambul. Cardio, MMG, amb. dietistico	Cardiologo, MMG, infermiere, dietista, fisioterapista, ecc.	Counseling stili di vita, compliance terapeutica
Monitoraggio	Ambul. Cardio, MMG, domicilio	Cardiologo, Internista, MMG, ADI	Attività previste dal piano individuale
Consulenza specialistica	Amb. Cardio, domicilio, amb. dietistico	Cardiologo, internista, dietista	Consulenza telefonica, visite domiciliari, piano nutrizionale individualizzato
Assistenza domiciliare	Domicilio	MMG, ADI infermiere dedicato	Visite ed assistenza infermieristica domiciliare Percorsi facilitati
Cure palliative	Domicilio	Nucleo Cure Palliative	Palliazione

INDICATORI

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	PERIODICITÀ	STANDARD
Indicatori struttura	Presenza Ambulatorio dedicato: NO	Annuale	Presenza di almeno un ambulatorio dedicato allo SC per ciascun Distretto
Indicatori di processo	% pazienti in terapia con ACE-I: 76,4% ¹	Semestrale	80% FVG: 73,4%
	% pazienti in terapia con betabloccanti	Semestrale	> 50%
Indicatori di esito	Tasso std ricoveri evitabili per SC: 26,3/10.000	Semestrale	< valore medio regionale (29,3/10.000)
	% ricoveri ripetuti/totale ricoveri	Semestrale	< valore anno precedente

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

1. Protocollo terapeutico PS condiviso con cardiologi
2. Criteri per la richiesta di visita cardiologica in PS
3. Sistema informatico per la tracciabilità dei casi con codice ICD9CM al PS
4. Aggiornamento/Integrazione Protocolli diagnostici/terapeutici
5. Ambulatorio Cardio SC integrato con il territorio (MMG e Distretto)
6. Infermieri ospedalieri e distrettuali formati e dedicati

¹ Archivio SISR anno 2013: 922 casi SC (405 DAI e 517 DBI)

Allegato 1) Criteri di ingresso

vedi Consensus ARS FVG 2009 Tabella1) “Principali sintomi di SC riferiti dai pazienti” e Tabella 2) “Principali segni rilevabili in corso di SC.”

Tabella 1:

Principali sintomi di SC riferiti dai pazienti:	
Generali	
Stanchezza e facile affaticabilità, confusione mentale (specie anziani), disturbi addominali e inappetenza, variazione ponderale	
Respiratori	
Tosse secca notturna Dispnea Ortopnea Dispnea parossistica notturna	
Ritenzione idrica	
Gonfiore alle gambe, ai piedi e addominale, nicturia, oliguria	
Cardiaci	
Cardiopalmò, dolore anginoso associato	

Tabella 2:

Principali segni rilevabili in corso di SC		
Aspetto generale del paziente	Dispnea a riposo; ortopnea; pallore; cianosi; cachessia; segni di altre patologie (es. distiroidismo);	Nessun sintomo è presente obbligatoriamente (inclusa la dispnea)
Pressione arteriosa	Può essere normale, bassa o alta	
Frequenza e ritmo cardiaco	Può essere presente tachicardia compensatoria; una aritmia totale suggerisce la presenza di FA	Escludere anemia, febbre, ipertiroidismo. La riduzione della frequenza (in assenza di terapia con betabloccanti o di turbe severe della conduzione AV) è indicativa di risposta alla terapia
Distensione venosa giugulare	Il limite più alto dell'impulso venoso giugulare interno supera i 4 cm sopra l'angolo sternale	Se normale, ricercare il reflusso addomino-giugulare
Terzo e quarto tono cardiaco	Il 3° tono va ricercato all'itto della punta; in presenza di ipertrofia VS ci può essere anche un 4° tono	3° tono: bassa sensibilità, elevata specificità e notevole variabilità interosservatore; 4° tono: più indicativo di disfunzione diastolica
Reperti polmonari	Rantoli basali da stasi, sibili da broncoostruzione, versamento pleurico	Possono essere assenti anche nello SC severo o di difficile interpretazione in presenza di malattie respiratorie
Fegato da stasi	Epatomegalia talora dolente	È presente in caso di congestione epatica da scompenso destro
Ritenzione idrica	Edema bilaterale ai piedi, caviglie, pretibiale (anche con dermatite da stasi) e presacrale. Valutare se è presente anche ascite	La presenza di edema circoscritto a piedi e caviglie, soprattutto nei mesi estivi, in presenza di flebopatia o in trattamento con calcioantagonisti, se non associato ad altri segni di SC, è generalmente aspecifico.

Allegato 2) Criteri d'uscita

- Stabilizzazione emodinamica
- Impostazione terapia farmacologica
- Conclusione iter diagnostico in acuto
- Definizione Follow-up

Allegato 3) Criteri Scompenso cardiaco “a basso rischio”

Il paziente che giunge in PS con SC “a basso rischio” per il quale si prevede che un breve trattamento stabilizzi rapidamente il quadro emodinamico, può essere trattato con terapie direttamente in PS (diuretici ev, nitrati ev), essere sottoposto ad eventuale consulenza cardiologica per stratificazione del rischio (se primo episodio di scompenso) e, una volta stabilizzato, dimesso a domicilio con contemporanea segnalazione alla segreteria dell'ambulatorio cardiologico (inviare fax del verbale di PS).

Il paziente con SC a “basso rischio” si definisce in presenza di:

1. Parametri clinici: lenta insorgenza dei sintomi, assenza di dolore toracico in atto o sincope recente (< 48 ore), assenza di segni di infezione in atto, in presenza di lievi segni clinici di congestione polmonare o periferica in paziente con SCC noto; PA sistolica >90 e <200 mmHg, FC tra 50 e 100 bpm, assenza di ipoperfusione periferica
2. Parametri ECG: assenza di instabilità aritmica (FA non controllata, tachicardia sinusale >130 bpm, aritmie ventricolari frequenti o complesse) o assenza di instabilità ischemica (segni di ischemia in atto)
3. Parametri di laboratorio: assenza di disionie, anemia significativa, insufficienza renale acuta o riacutizzata; assenza di desaturazione O₂ importante, squilibri dell'equilibrio acido-base all'EGA

Allegato 4) Paziente con SC, indicazione clinica al RICOVERO OSPEDALIERO:

Ricovero immediato

- edema polmonare o distress respiratorio in posizione seduta
- desaturazione arteriosa in O₂ < 90%, in assenza di nota ipossiemia cronica
- frequenza cardiaca > 120 battiti/minuto, con l'eccezione di FA cronica
- aritmia (Fibrillazione/ Flutter atriale) de novo con compromissione emodinamica
- shock cardiogeno

Ricovero urgente

- presenza di segni e/o sintomi di congestione e/o ipoperfusione
- recente sviluppo di disfunzione epatica, distensione epatica severa, ascite sotto tensione, anasarca
- riscontro di importante ipo- o iperpotassiemia
- peggioramento acuto di comorbilità (patologie polmonari, insufficienza renale)

Ricovero programmato (DH):

- rapida riduzione della natriemia < 130 mEq/l
- incremento della creatininemia (almeno x 2 volte o in assoluto > 2.5 mg/dl)
- persistenza di segni e/o sintomi di congestione a riposo nonostante ripetute visite di controllo ed aggiustamento della terapia diuretica

INDICAZIONI AL RICOVERO IN CARDIOLOGIA:

Paziente con indicazione clinica al ricovero in cui vi sia:

- patologia ischemica acuta
- aritmia con compromissione emodinamica
- refrattarietà alla terapia e possibile indicazione a supporto avanzato
- valvulopatia severa con indicazione URGENTE a correzione chirurgica
- scompenso acuto in classe clinica avanzata

INDICAZIONI AL RICOVERO IN MEDICINA:

Paziente con indicazione clinica al ricovero in cui vi sia:

In caso di **ricovero ripetuto** per SC:

1. documentazione cardiologica (attuale o precedente) che indichi l'eziologia della cardiopatia ed escluda:
 - valvulopatie severe con indicazione chirurgica (eventuale esplicita menzione nella valutazione cardiologica di NON indicazione CCH)
 - SC refrattario con possibile indicazione a supporto avanzato (eventuale esplicita menzione nella valutazione cardiologica di NON indicazione a supporto avanzato per comorbidità/età/condizioni specifiche)

PROTOCOLLI MINIMAL CARE DIETISTI PDTA SCOMPENSO CARDIACO – TERRITORIO E OSPEDALE

Esistono evidenze che l'intervento nutrizionale è efficace nel produrre positive modificazioni del comportamento alimentare nei pazienti con patologia cardiologica, fornendo un contributo significativo nella prevenzione primaria e secondaria della malattia. Studi, linee guida nazionali ed internazionali (v. bibliografia), raccomandano che ad ogni paziente venga fornito un intervento nutrizionale appropriato, lasciando per lo più alle realtà locali l'organizzazione dell'erogazione delle attività. In particolare le "Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari - PNLG Istituto Superiore di Sanità, 2005 (attualmente in via di revisione) prevedono la presenza di 1 dietista a tempo pieno ogni 525 pazienti con intervento ambulatoriale o in DH e 0,5 unità dietista per aree degenziali da 12 posti letto. Si propongono i protocolli di assistenza nutrizionale da includere nel PDTA per lo scompenso cardiaco dell'ASS2 Isontina

Assistenza nutrizionale sul territorio

Nello scompenso cardiaco, nelle situazioni di presa in carico territoriale, ove il paziente non sia già in trattamento, gli interventi nutrizionali devono essere garantiti in relazione alla classe dello scompenso e alle comorbidità associate, a cominciare da raccomandazioni di carattere generale fino a piani dietetici individualizzati.

Obiettivo dell'intervento nutrizionale

Favorire la modifica del comportamento alimentare allo scopo di ridurre i fattori di rischio correlati alla nutrizione e gestire le eventuali patologie concomitanti.

Controllo/riduzione di:

- o peso corporeo e circonferenza vita
- o introito di NaCl, liquidi da tutte le fonti, alcool
- o valori pressori
- o assetto lipidico (colesterolo HDL e LDL, trigliceridi)
- o glicemia ed emoglobina glicata nel diabete
- o prevenzione/trattamento della malnutrizione (clinica o subclinica)

**CRITERI PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA DIETISTICA
PAZIENTI VISTI IN AMBULATORI CARDIOLOGICI O MMG**

TIPO DI PAZIENTE	PROVVEDIMENTI
PAZIENTE SCOMPENSATO:	Richiesta di consulenza dietistica con indicazione dell'esatta diagnosi clinica + comorbidità e orientamento rispettivamente a:
1. ASSENZA DI ULTERIORI CRITICITA' E/O COMORBIDITA'	1. Accesso a percorso educativo di gruppo/counseling
2. PRESENZA DI COMORBIDITA' E/O MALNUTRIZIONE	2. Intervento dietetico individualizzato *

* l'intervento dietetico individualizzato, non esclude che il paziente possa comunque avere accesso anche ad un percorso educativo di gruppo

INDICATORI

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	PERIODICITA'	STANDARD
Indicatore di processo	% pazienti scompensati visti negli ambulatori di cardiologia o medicina generale, inviati alla consulenza dietistica	Annuale	>50%
Indicatore di esito	% pazienti trattati con intervento del dietista che ha migliorato le proprie conoscenze sulla corretta alimentazione	Annuale	>70%
Indicatore di esito	% pazienti trattati con intervento del dietista che ha migliorato almeno un fattore di rischio	Annuale	>70%

Assistenza nutrizionale in ospedale

Un paziente ricoverato per scompenso può presentare una complessità clinica non solo legata al problema cardiaco, ma anche a comorbidità associate, talvolta influenzate dalla fragilità derivante dall'età avanzata. La letteratura ha dimostrato come queste persone hanno spesso anche problemi nutrizionali che possono sommarsi a quelli dovuti alla presenza delle alterazioni metaboliche più frequenti della patologia cardiovascolare. Si tratta quindi di pazienti ad alta complessità per i quali può essere necessario ricorrere a modificazioni anche sostanziali della assunzione alimentare fino alla nutrizione artificiale.

Obiettivo dell'intervento nutrizionale

- Individuare il rischio nutrizionale
- Prevenire e/o trattare la malnutrizione ospedaliera
- Avviare un percorso di modifica delle abitudini alimentari (gestibile successivamente anche a domicilio) volto a controllare/ridurre:
 - o peso corporeo e circonferenza vita
 - o introito di NaCl, liquidi da tutte le fonti, alcool
 - o valori pressori
 - o assetto lipidico (colesterolo HDL e LDL, trigliceridi)
 - o glicemia ed emoglobina glicata nel diabete
 - o prevenzione/trattamento della malnutrizione (clinica o subclinica)

CRITERI PER LA RICHIESTA DI CONSULENZA DIETISTICA

PAZIENTI RICOVERATI

TIPO DI PAZIENTE	PROVVEDIMENTI
<p>PAZIENTE SCOMPENSATO. ASSENZA DI ULTERIORI CRITICITA' E/O COMORBIDITA'</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Usare (se opportuno) una delle diete standardizzate (dietetico ospedaliero) a disposizione delle SOS – es.: iposodica, ipocalorica <u>entro 24 ore dal ricovero</u> ✓ Richiesta di consulenza dietistica per avvio percorso educativo e predisposizione di dieta per domicilio – <u>entro 48-72 ore dal ricovero</u>
<p>PAZIENTE SCOMPENSATO. PRESENZA DI COMORBIDITA' E/O ANCHE SOLO DI UNO DEI SEGUENTI ELEMENTI:</p> <ul style="list-style-type: none"> → indice di massa corporeo <20 (medio rischio nutrizionale), calcolabile come segue: <ul style="list-style-type: none"> - kg:m:m oppure con una misurazione accertata della circonferenza del braccio inferiore a 23,5 cm¹ → perdita involontaria di peso negli ultimi 3-6 mesi (una perdita tra il 5 e il 10% = medio rischio nutrizionale; se > al 10% = alto rischio nutrizionale); → probabile impossibilità ad alimentarsi adeguatamente per i successivi 5 giorni. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Richiesta di consulenza dietistica – <u>entro 24-48 ore dal ricovero</u> <p>Verrà garantito intervento nutrizionale individualizzato e, se nel caso l'avvio del percorso educativo e la predisposizione di dieta per domicilio</p>

¹ MUST Explanatory booklet – www.bapen.org.uk

PDTA del paziente con Scompenso cardiaco (Area goriziana) - allegati

INDICATORI – SCOMPENSO OSPEDALE

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	PERIODICITA'	STANDARD
Indicatore di processo	% pazienti scompensati ricoverati, senza comorbidità/malnutrizione, trattati con dieta standardizzata del dietetico ospedaliero.	Annuale	>80%
Indicatore di processo	% pazienti scompensati ricoverati, con comorbidità/malnutrizione, per i quali è stata richiesta la consulenza del dietista.	Annuale	>80%
Indicatore di processo	% cartelle cliniche in cui è documentato l'intervento del dietista	Annuale	100%
Indicatore di esito	% pazienti trattati con intervento del dietista che non ha perso peso durante la degenza	Annuale	>80%

Referente Aziendale del Servizio di Dietetica
Susanna Agostini – tel. 0481/592312

Susanna Agostini

BIBLIOGRAFIA

1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012 – Eur Heart J. (2012) 33, 1787-1847 <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/33/14/1787.full.pdf>
2. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Secondary Prevention Strategies for Acute Coronary Syndrome. Rev Esp Cardiol. 2014 Jul 23; pii: S0300-8932(14)00312-1.
3. Marloes Lammers, Lucy Kok. Cost-benefit analysis of dietary treatment Amsterdam. English summary. 16 October 2012 - Commissioned by The Dutch Association of Dietitian - http://www.vdd.de/fileadmin/downloads/VDD_Downloads_Richtlinien/English_summary.pdf
4. National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand (Chronic Heart Failure Guidelines Expert Writing Panel). Guidelines for the prevention, detection and management of chronic heart failure in Australia. Updated October 2011. http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/Chronic_Heart_Failure_Guidelines_2011.pdf.
6. Dietary advice for coronary heart disease. Staff information guide on diet recommendations. NHS Scotland. October 2013 - <http://www.nhsgoldeniubilee.co.uk/files/4713/4978/2557/G.JHD008.pdf>
7. Perk J, De Backer G, Gohlke H, et al. European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2012 Jul;33(13):1635-701.
8. American Dietetic Association. Disorders of lipid metabolism. Evidence-based nutrition practice guideline. Chicago (IL): American Dietetic Association 2011. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=32479&search=Nutritional+supplement>.
9. Griffo R, Ambrosetti M, Furgi G, et al. Gruppo Italiano di Cardiologia Riabilitativa e Preventiva. Standards and outcome measures in cardiovascular rehabilitation. Position paper GICR/IACPR. Monaldi Arch Chest Dis. 2012;78(4):166-92.
10. European Heart Network (EHN). Diet, Physical Activity and Cardiovascular Disease Prevention in Europe. 2011. <http://www.ehnheart.org/publications/publications/publication/521-diet-physical-activity-and-cardiovascular-disease-prevention.html>.
11. da Vico L, Biffi B, Masini ML, Fattirolli F. Percorso di assistenza nutrizionale in riabilitazione cardiologica. Monaldi Arch Chest Dis 2007; 68:103-109.
12. National Collaborating Centre for Primary Care (UK). Post Myocardial Infarction: Secondary prevention in primary and secondary care for patients following a myocardial infarction. London: Royal College of General Practitioners (UK); 2013 November <http://www.nice.org.uk/guidance/cg172/resources/guidance-mi-secondary-prevention-pdf>.
13. Linee guida nazionali su cardiologia riabilitativa e prevenzione secondaria delle malattie cardiovascolari - PNLG Istituto Superiore di Sanità, 2005; 64-66. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cardiologia_riabilitativa.pdf.
14. Van Horn L, McCain M, Kris-Etherton PM, et al. The evidence for dietary prevention and treatment of cardiovascular disease. J Am Diet Assoc. 2008 Feb;108(2):287-331. Review.
15. Chow CK, Jolly S, Rao-Melacini P, Fox KA, Anand SS, Yusuf S. Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. Circulation 2010;121:750-758.

VERSIONE 17/9/2014 – Agostini Susanna

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area goriziana) - allegati

16. New Zealand Guidelines Group, Heart Foundation, Best practice evidence-based guidelines - Cardiac Rehabilitation. August 2002. http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/cardiac_rehabilitation.pdf
17. Arcand JA, A Brazel S, Joliffe C. Education by a dietitian in patients with heart failure results in improved adherence with a sodium-restricted diet: a randomized trial. – Am. Heart J. 2005 Oct;150(4):716.
18. Jonnalagadda SS. Dietary counseling is an important component of cardiac rehabilitation. J Am Diet Assoc 2005;105:1529-1531.
19. Cavallaro V, Dwyer J, Houser RF, et al. Influence of dietitian presence on outpatient cardiac rehabilitation nutrition services. J Am Diet Assoc 2004; 104: 611-614.
20. Holmes AL, Sanderson B, Maisiak R, Brown A, Bittner V. Dietitian services are associated with improved patient outcomes and the MEDICTS dietary assessment questionnaire is a suitable outcome measure in cardiac rehabilitation. J Am Diet Assoc 2005;105: 1533-1540.
21. Kuenheman, Saulsbury D, Splett P, Chapman DB. Demonstrating the impact of nutrition intervention in a heart failure program. J. Am. Diet. Ass. december 2002;102(12):1790-4.
22. Sackett DL, Strauss SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine. Edinburgh: Churchill-Livingstone, 2000.
23. Gray EG, Gray LK. Evidence-based medicine: applications in dietetic practice. J Am Diet Assoc. 2002; 102:1263-1272.
24. Nutrition Recommendations for Cardiac Rehabilitation 2002. National Heart Foundation Australia. August 2002. http://www.heartfoundation.org.au/document/NHF/Nut_in_cardiac_rehab_2002.pdf
25. Risk Estimation and the Prevention of Cardiovascular Disease. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2007. - <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign97.pdf>.
26. National Heart Foundation of Australia and Cardiac Society of Australia and New Zealand. Reducing Risk in Heart Disease 2007. Guidelines for preventing cardiovascular events in people with coronary heart disease. http://www.heartfoundation.org.au/document/NHF/ReducingRisk_HeartDisease_FullGuide_2007.pdf.
27. American Heart Association Nutrition Committee, Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, et al. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. Circulation. 2006 Jul 4;114(1):82-96. Epub 2006 Jun 19. Erratum in: Circulation. 2006 Dec 5;114(23):e629. Circulation. 2006 Jul 4;114(1):e27.
28. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Cardiac Rehabilitation. A national clinic guideline - January 2002.
29. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign57.pdf>.
30. Mark AW, Ades PA, Hamm LF, et al. Clinical evidence for a health benefit from cardiac rehabilitation: An update. Am Heart J 2006; 152: 835-841.
31. Sikand G, Kashyap MI, Wong ND, Hsu JC. Dietitian intervention improves lipid values in men with combined hyperlipidemia and a history of niacin noncompliance. J Am Diet Assoc 2000;100:218-224.
32. Work Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen. Therapeutic Patient Education. Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the Field of Prevention of Chronic Diseases. Report of a WHO Working Group 1998. Adopted by the Coordinating Committee of the three WHO Collaborating Centres (see list, pag VII), october 1996. www.euro.who.int/document/e63674.pdf
33. Quaderni del Ministero della Salute. La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Roma, RM: Ministero della salute, 2011. <http://www.quadernidellasalute.it/download/download/8-marzo-aprile-2011-quaderno.pdf>.
34. Lacey K, Pritchett E. Nutrition care process and Model: ADA adopts road map to quality care and outcomes management. J Am Diet Assoc. 2003 Aug;103(8):1061-72. Erratum in: J Am Diet Assoc. 2003 Oct;103(10):1293.
35. Writing Group of the Nutrition Care Process/Standardized Language Committee. Nutrition care process and model part I: The 2008 update. J Am Diet Assoc 2008, Jul;108:1113-7.
36. Manuale ANDID (Associazione Nazionale Dietisti). International Dietetics and Nutrition Terminology : Un linguaggio condiviso per la pratica professionale. Rubiera (RE): ANDID, 2014
37. International Dietetics & Nutrition Terminology (IDNT) Reference Manual: Standardized Language for the Nutrition Care Process. Academy of Nutrition and Dietetics, 2013.
38. Masini ML, Bedogni G, Cecchetto G. Il processo assistenziale della nutrizione in ospedale. Roma, RM: SEU, 2011.
39. da Vico L, Biffi B, Agostini S, et al. Validazione della versione italiana del questionario di Moynihan sulle conoscenze alimentari. Monaldi Arch Chest Dis 2010; 74: 140-146.
40. Malnutrition Universal Screening Tool (MUST). BAPEN 2003. www.bapen.org.uk
41. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, Stanga Z. Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. Clin Nutr. 2003 Jun;22(3):321-36.

VERSIONE 17/9/2014 – Agostini Susanna

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO (AREA TRIESTINA)

Gruppo di lavoro

Laura Massa - Cardiologia (AOUTs) - Coordinatrice
Doriano Battigelli - Medicina Generale (ASS1)
Giacomo Benedetti - Distretto 2 (ASS1)
Dario Bianchini - Prima Medica (AOUTs)
Andrea Di Lenarda - Centro Cardiovascolare (ASS1)
Raffaella Fonda - Servizio Infermieristico Domiciliare (ASS1)
Franco Humar - Centro Cardiovascolare (ASS1)
Cristina Montesi - Distretto 3 (ASS1)
Donatella Radini - Centro Cardiovascolare (ASS1)
Gianfranco Sinagra - Dipartimento Cardiovascolare (AOUTs)

Ultima revisione

30 giugno 2014

PREMESSA

Lo Scompenso Cardiaco Cronico (SCC) rappresenta l'esito ultimo di ogni cardiopatia primitiva o secondaria; nei paesi industrializzati si caratterizza per una prevalenza del 2-3% che aumenta esponenzialmente con l'età (età media dei ricoverati in Italia: 77 anni). Lo SCC ha un'elevata mortalità a 5 anni (>50% dei casi) e determina importanti ricadute in termini di qualità di vita dei pazienti affetti, frequenza di ospedalizzazione, costi economici (circa il 2% della spesa sanitaria europea). Nel solo anno 2007 lo SCC nel Friuli Venezia Giulia ha determinato oltre 6.000 ricoveri ospedalieri a fronte di una popolazione complessiva di 1.212.602 abitanti.

Nel caso dello SCC, come in tutti i modelli organizzativi ed assistenziali riguardanti il paziente con patologia cronica, una corretta gestione intra ed extra-ospedaliera è indispensabile per far fronte alla elevata domanda sanitaria e richiede una sinergia di azioni multiprofessionali integrate fra la rete dei servizi territoriali e le strutture ospedaliere.

Viene così evitata l'eccessiva frammentazione organizzativa fra i singoli momenti dell'assistenza, tra le diverse fasi di malattia e fra le molteplici strutture e figure professionali coinvolte (reparti ospedalieri, specialisti Cardiologi, Medici e Infermieri di Distretto, Medici di Medicina Generale (MMG), strutture sanitarie residenziali, Assistenti sociali).

Secondo le Linee Guida sullo SCC della Società Europea di Cardiologia un sistema organizzato di cura specialistica dei pazienti con SCC migliora i sintomi e riduce le ospedalizzazioni (Classe I, livello di evidenza A) e la mortalità (Classe IIa, livello di evidenza B).

Le stesse Linee Guida puntualizzano che "il modello ottimale di assistenza dipende dalle singole realtà locali, dalle risorse disponibili e dal fatto che il modello di assistenza sia concepito per specifici sottogruppi di pazienti (ad esempio gravità dello scompenso, età, comorbidità) o per l'intera popolazione affetta da SCC (Classe I, livello di evidenza C)".

Obiettivi

Obiettivi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA) del paziente con SCC sono ritardare la progressione della cardiopatia, prevenire le riacutizzazioni ed i ricoveri ospedalieri, migliorare la qualità e l'appropriatezza delle cure, l'appropriatezza dell'utilizzo dei farmaci e l'accessibilità ai servizi, garantire assistenza specifica al paziente con cardiopatia complessa, con polipatologie ed all'anziano fragile e di tipo palliativo nelle fasi avanzate e/o terminali della malattia.

Modello gestionale di riferimento

Il modello di cura per il paziente con SCC si basa sulla rete integrata multidisciplinare e multiprofessionale con ambulatori dedicati alla presa in carico (Ambulatori del Cardiopatico Cronico e/o Scompenso) e con PDTA condivisi tra ospedale e territorio e all'interno della stessa rete territoriale, ciò a garanzia della continuità assistenziale del paziente tra le fasi di stabilità clinica e le frequenti riacutizzazioni.

La rete territoriale è composta da 205 Medici di Medicina Generale e dai Medici del Servizio di Continuità Assistenziale, da 4 Distretti Sanitari (DS), 3 Dipartimenti (Salute Mentale, Dipendenze, Prevenzione), 2 Centri Specialistici (Cardiovascolare e Oncologico), il Sistema

118; inoltre si avvale di 4 Centri Diabetologici Distrettuali, 4 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 1 Hospice.

La presa in carico del paziente con SC nel territorio è, di regola, compito del MMG, con la collaborazione degli altri operatori sanitari coinvolti, nell'ambito di Team multidisciplinari e multiprofessionali, secondo il loro ruolo e responsabilità, con il fine ultimo della migliore qualità di cura.

La Continuità Assistenziale rappresenta uno strumento fondamentale complementare di integrazione ospedale-territorio, per garantire la presa in carico territoriale fin dalla fase di ospedalizzazione dei pazienti che necessiteranno di una dimissione protetta e/o di una assistenza domiciliare integrata, con l'obiettivo di ridurre il numero delle re-ospedalizzazioni e con una particolare attenzione, oltre agli aspetti clinico-assistenziali, alle problematiche socio-assistenziali ed a quelle legate alle cure palliative nei pazienti terminali.

Il servizio infermieristico (ambulatoriale e domiciliare) si propone di migliorare la qualità di vita dei pazienti, garantendo cure adeguate ambulatoriali o a domicilio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale e coerentemente con i bisogni del paziente, accertati tramite una valutazione tecnica multidimensionale. La presa in carico da parte del Servizio Infermieristico avviene secondo il modello della gestione del caso con CASE Management. Per tutti i nodi della rete (reparti ospedalieri, servizi distrettuali, RSA) è essenziale attivare nel più breve tempo possibile gli strumenti informatici che rendano possibile una registrazione rigorosa e sistematica ed una visualizzazione in tempo reale su G3 di tutti i processi attivati ed interventi eseguiti. Questa è una condizione essenziale per tutte le figure e ruoli partecipanti al PDTA ed il suo buon funzionamento. Per la Medicina Generale è auspicabile che ciò possa avvenire nel prossimo futuro, ma sarebbe fondamentale al momento almeno che il paziente disponesse del programma terapeutico scritto (farmaci, posologia, modifiche terapeutiche, indicazioni specifiche) ad ogni visita da parte del curante.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LO SCOPPIO CARDIACO

Si individuano diverse modalità (non necessariamente esclusive tra loro) di gestione del paziente con scoppio cardiaco (SC):

- Necessità di ricovero ospedaliero:
 - o Necessità di ricovero ospedaliero urgente
 - In Cardiologia (UTIC o Degenza cardiologica)
 - In Reparto Internistico/Medicina d'Urgenza
 - o Indicazione a ricovero ospedaliero in Degenza Cardiologica/Reparto Internistico prioritario (entro 24 - 72 ore)
 - o Indicazione a ricovero ospedaliero in Degenza Cardiologica/Reparto Internistico elettivo
- Dimissione
 - o Indicazione a dimissione a domicilio con attivazione di programma riabilitativo

PDTA del paziente con Scoppio cardiaco (Area triestina)

- Indicazione a dimissione/trasferimento presso Struttura Riabilitativa degenziale
- Indicazione a dimissione protetta in RSA
- Indicazione a dimissione a domicilio con attivazione di presa in carico dalla Cardiologia Territoriale
- Indicazione a dimissione a domicilio con presa in carico da parte del MMG e/o attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- Necessità di controllo clinico/presa in carico nel paziente deospedalizzato
 - Necessità di visita cardiologica urgente/prioritaria (ambulatoriale, domiciliare o in RSA)
 - Indicazione a cure palliative nei pazienti terminali

MODALITÀ PER RICOVERO OSPEDALIERO

Il paziente con SC può giungere al ricovero ospedaliero urgente con diverse modalità:

- Chiamata del 118 -> trasporto in PS
- Arrivo in PS con mezzi propri
- Invio in PS da parte di MMG, Cardiologo territoriale, altro Specialista territoriale o altro Medico dei Servizi Distrettuali che rilevano segni e sintomi di SC
- Invio in Cardiologia (UTIC o Degenza in base a quadro clinico) da parte del Cardiologo territoriale previ accordi telefonici diretti con il Cardiologo Ospedaliero (inserire la relazione della visita effettuata nel Visualizzatore Referti del G3, in modo da poter essere consultabili dagli specialisti interessati direttamente nel PDTA del paziente, previo rilascio del consenso al trattamento dei suoi dati personali espresso dal paziente).

Tenere sempre presente in caso di paziente con instabilità non severa la possibilità da parte del MMG/Personale Medico Distrettuale il percorso della visita urgente/prioritaria cardiologica territoriale.

PERCORSO IN PRONTO SOCCORSO

Il Paziente con segni e/o sintomi di SC acuto o riacutizzato che arriva in PS viene valutato dal Medico Astante previo triage eseguito secondo protocolli interni.

In base alla severità del quadro clinico il Paziente avrà indicazione:

1. ad essere dimesso dal PS, se rapida stabilizzazione clinica con le terapie praticate in PS, assenza di patologie concomitanti che abbiano contribuito a riacutizzare uno SCC e con indicazione a presa in carico da parte del MMG o della Cardiologia Territoriale. Il percorso di ripresa in carico clinico-assistenziale territoriale è supportato dalla segnalazione, mediante apposita scheda (Allegato 1), da parte dell'Infermiere di Continuità Assistenziale, presente in PS, al Distretto di competenza per attivazione SID, RSA, e/o altri percorsi (Allegato 2)
2. ad essere ricoverato (in Cardiologia o in Reparto Internistico/Medicina d'Urgenza)

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" garantisce il ricovero ai pazienti affetti da SCC che, per gravità, complessità o intensità, non possono essere assistiti nell'ambito dei servizi territoriali. Di seguito vengono identificati e descritti i processi di accettazione e di accoglienza dei pazienti con SCC che si rivolgono all'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

INDICAZIONE A STABILIZZAZIONE IN PS E RAPIDA DIMISSIONE A DOMICILIO

Il paziente che giunge in PS con SC "a basso rischio" per il quale si prevede che un breve trattamento stabilizzi rapidamente il quadro emodinamico, può essere trattato con terapie direttamente in PS (diuretici ev, nitrati ev), essere sottoposto ad eventuale consulenza cardiologica per stratificazione del rischio e, una volta stabilizzato, dimesso a domicilio con indicazione a ripresa in carico da parte:

- del MMG

e/o

- del SID (attivo H 12, 7/7 giorni e con reperibilità notturna)

e/o

- attivazione di controllo prioritario con Cardiologo Territoriale entro 24 – 72 ore (telefonare al n° di cellulare dedicato 3483969990 dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì o attivare l'Ambulatorio Scopenso Cardiaco Avanzato (ASCA) per visita entro 30 giorni telefonando direttamente al n° di cellulare dedicato 3666259079 dalle ore 12 alle ore 15:30 dal lunedì al venerdì + inviare via fax al n° 0403992935 la relazione di dimissione dal PS comprensiva dei parametri vitali e dei risultati degli esami eseguiti).

Il paziente con SC a "basso rischio" si definisce in presenza di:

1. **Parametri clinici:** lenta insorgenza dei sintomi, assenza di dolore toracico in atto o sincope recente (< 48 ore), assenza di segni di infezione in atto, in presenza di lievi segni clinici di congestione polmonare o periferica in paziente con SCC noto; PA sistolica >90 e <200 mmHg, FC tra 50 e 100 bpm, assenza di ipoperfusione periferica
2. **Parametri ECG:** assenza di instabilità aritmica (FA non controllata, tachicardia sinusale >130 bpm, aritmie ventricolari frequenti o complesse) o assenza di instabilità ischemica (segni di ischemia in atto)
3. **Parametri di laboratorio:** assenza di disionie, anemia significativa, insufficienza renale acuta o riacutizzata; assenza di desaturazione O2 importante, squilibri dell'equilibrio acido-base all'EGA
4. **Ridotta compliance** alla terapia farmacologica o stile di vita che possano aver favorito l'instabilizzazione clinica.

INDICAZIONE A RICOVERO URGENTE IN CARDIOLOGIA

Criteri di accesso in UTIC

In generale l'accesso all'UTIC è garantito ai Pazienti con profilo di comorbidità non proibitivo per i quali terapie infusionali aggressive, supporti meccanici al circolo, monitoraggio

emodinamico, definizione diagnostica invasiva o potenziali percorsi interventistici o chirurgici siano prevedibili e rappresentino un significativo valore aggiunto.

Si riportano di seguito le patologie che danno accesso al ricovero presso questa struttura di emergenza:

- **SHOCK CARDIOGENO:**
pazienti candidati a terapia aggressiva con inotropi, supporti meccanici e/o rivascolarizzazione
- **SCOMPENSO CARDIACO ACUTO - EDEMA POLMONARE ACUTO:**
pazienti nei quali vi è il consistente sospetto di una sindrome coronarica acuta associata allo SC o per i quali siano prevedibili presidi di monitoraggio o diagnostici invasivi, supporti meccanici, terapie percutanee o farmacologiche aggressive o ultrafiltrazione
- **SCOMPENSO CARDIACO CRONICO INSTABILIZZATO:**
pazienti con quadro di edema polmonare acuto o bassa portata, bradi o tachiaritmie maggiori intercorrenti, ischemia intercorrente o danno d'organo epato-renale che abbiano margini di intensificazione di cure o siano nel percorso di definizione diagnostica invasiva, supporti meccanici, interventi cardiocirurgici o trapianto cardiaco
- **ENDOCARDITI:**
stati settici in corso di endocardite o stati settici favorenti/associati a scompenso cardiaco, che necessitino di isolamento o politerapia antibiotica.

Criteri di accesso in degenza cardiologica

Si riportano di seguito le caratteristiche del paziente con SC che danno accesso al ricovero presso la degenza cardiologica in regime di urgenza:

- **SCOMPENSO CARDIACO:**
con profilo di comorbidità non proibitivo, necessità di monitoraggio telemetrico e terapie infusionali che non presentino necessità di presidi di monitoraggio intensivo o supporti avanzati
- **PATOLOGIE DEL PERI-MIOCARDIO ED ENDOCARDITI:**
ad eziopatogenesi non definita con indicatori di instabilità emodinamica documentata o potenziale instabilità elettrica o meccanica.

In assenza di posti letto UTIC è ammessa la possibilità di transito breve dalla Degenza prima dell'accoglimento in UTIC di pazienti in programma di monitoraggio invasivo ed intensivo, supporti farmacologici avanzati, supporti meccanici o elettrici, definizione diagnostica invasiva ed eventuale rivascolarizzazione o cardiocirurgia.

Criteri di trasferimento dall'UTIC alla degenza cardiologica

- o controllo dell'instabilità di tipo ischemico, emodinamico o aritmico
- o avanzata fase di riduzione della terapia con vasodilatatori e/o inotropi

Criteri di trasferimento dalla Cardiologia al reparto internistico

- o dopo raggiungimento di adeguata stabilizzazione ischemica, emodinamica e/o aritmica, ma presenza di problematiche attive di tipo internistico che non permettono

la dimissione.

INDICAZIONE A RICOVERO URGENTE IN REPARTI INTERNISTICI

I pazienti con SC (primo episodio o riacutizzazione) che accedono al Pronto Soccorso, ma non presentano le caratteristiche descritte sopra (cioè pazienti che non necessitano di approfondimento diagnostico invasivo perché casi già approfonditi senza altri margini o per comorbidità proibitive), con indicazione ad ospedalizzazione, hanno indicazione a ricovero in Reparto di Medicina o Medicina d'Urgenza (se necessità di breve monitoraggio) per stabilizzazione emodinamica e ripuntualizzazione terapeutica. Rimane fermo, indipendentemente da dove il paziente viene ricoverato, il principio di gestione integrata multidisciplinare, con reciproco supporto di cardiologi ed internisti.

Criteri di trasferimento da reparti internistici alla Cardiologia

Se, durante la degenza in Reparto Internistico, si riscontrano:

- patologia ischemica attiva
- valvulopatia significativa
- persistente e rilevante impegno emodinamico malgrado la terapia standard eseguita
- problematica aritmica con necessità di monitoraggio o terapia specifica con indicazioni ad approfondimento diagnostico cardiologico invasivo.

INDICAZIONE A RICOVERO PRIORITARIO (ENTRO 24 - 72 ORE) IN DEGENZA CARDIOLOGICA

Il paziente viene segnalato telefonicamente al Cardiologo Ospedaliero direttamente dal Cardiologo Territoriale che, dopo valutazione clinica, ritiene indicato il ricovero che non presenta i caratteri dell'urgenza, ma che richiede la necessità di cure ospedaliere in tempi brevi. Le caratteristiche del paziente con SCC che accede alla Degenza di Cardiologia sono le stesse indicate per il ricovero urgente.

INDICAZIONE A RICOVERO PROGRAMMATO IN DEGENZA CARDIOLOGICA

Per eseguire procedure invasive nei pazienti con SC:

- cateterismo destro (casi selezionati come candidati a trapianto con programma di ulteriori esami o procedure; usualmente gestito in DH se indicato solo questo esame)
- coronarografia se ritenuto indicato escludere la presenza di una coronaropatia come causa o concausa di scompenso cardiaco
- biopsia endomiocardica
- valvuloplastica
- impianto percutaneo di protesi o clip valvolare
- posizionamento di "port a cath" in pazienti clinicamente instabili o con gestione complessa della terapia anticoagulante e/o associata a necessità di terapie farmacologiche infusionali.

INDICAZIONE A RICOVERO IN REGIME DI DAY HOSPITAL IN DEGENZA CARDIOLOGICA

Si riportano di seguito le patologie che danno accesso al ricovero in regime di DH presso la Degenza Cardiologica:

- cateterismo destro
- gestione di casi selezionati di pazienti con “port a cath”
- trattamento infusionale periodico con amine ev, diuretici ev o vasodilatatori in pazienti con scompenso cardiaco cronico o con cardiopatie a rischio
- inquadramento diagnostico-terapeutico di cardiopatie “complesse” in pazienti clinicamente “a rischio”, che implichi l’effettuazione di multiple consulenze multidisciplinari di inquadramento o l’esecuzione di test a rischio (test ergospirometrico massimale in Pazienti candidati a trapianto cardiaco, test da sforzo in Cardiomiopatia Ipertrofica Ostruttiva con gradiente emodinamicamente rilevante, test di induzione di ischemia in pazienti con accertata anatomia coronarica a rischio).

In dimissione al paziente è consegnata una *Lettera di Dimissione* che contiene:

- generalità del paziente
- data di ricovero e di dimissione
- motivo del ricovero
- stato clinico al momento del ricovero e in dimissione con peso corporeo
- esami strumentali eseguiti
- rilevanti esami bioumorali eseguiti con indicazione di BNP, funzionalità renale, ionemia, emocromo
- conclusioni diagnostiche
- consigli igienico-dietetico-comportamentali
- terapia consigliata in dimissione
- eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici da eseguire in prosecuzione di ricovero (entro 21 giorni dalla dimissione) o ambulatorialmente
- eventuali programmi riabilitativi consigliati
- in base al tipo di continuità assistenziale indicata per il singolo paziente:
 - o data ed ora del successivo controllo presso l’Ambulatorio Malattie del Miocardio e Scompenso Cardiaco di AOOTS

oppure

- o indicazione di presa in carico dall’Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco Avanzato (ASCA) territoriale e/o Ambulatori del Cardiopatico Cronico dedicati del CCV

oppure

- o indicazione di ri-presa in carico dal MMG e/o dal SID

oppure

- o trasferimento protetto in RSA

La lettera di dimissione dai Reparti di Cardiologia e Internistici di AOOTS vengono inseriti

nel Visualizzatore Referti del G3 in modo da poter essere consultabili dagli specialisti interessati direttamente nel PDTA del paziente, previo rilascio del consenso al trattamento dei suoi dati personali espresso dal paziente.

CRITERI DI DIMISSIONE/TRASFERIMENTO PRESSO STRUTTURA RIABILITATIVA DEGENZIALE

Si rivolge a casi particolari di pazienti con scompenso cardiaco ed indicazione a riabilitazione cardiologica che abbiano raggiunto una stabilità tale da permettere il trattamento riabilitativo, ma che potrebbero manifestare ancora una potenziale instabilità clinica che richieda disponibilità immediata di prestazioni diagnostico-terapeutiche.

Il programma riabilitativo è parte del percorso di cura iniziato durante la degenza.

L'obiettivo è di migliorare le condizioni motorie generali, ridurre le limitazioni alla vita quotidiana, sviluppare le potenzialità residue, prevenire il decondizionamento muscolare.

Alla presa in carico i fisioterapisti svolgeranno una valutazione funzionale del paziente finalizzata alla definizione degli obiettivi e del programma riabilitativo, che sarà concordato tra specialista cardiologo, personale infermieristico e fisioterapisti.

Modalità, durata, frequenza ed intensità del training fisico saranno coerenti con la capacità funzionale del soggetto e seguiranno sempre modalità progressive e sicure per il raggiungimento degli obiettivi predefiniti nei tempi prefissati.

La richiesta di trasferimento presso la Struttura Riabilitativa degenziale viene eseguita dal Cardiologo Ospedaliero, al raggiungimento della stabilità clinica del paziente, mediante apposito modulo (indicando la patologia principale, le comorbidità associate e il programma riabilitativo richiesto) (Allegato 3). Il paziente verrà trasferito direttamente dall'Ospedale mediante trasporto protetto in ambulanza appena disponibilità del posto letto in Riabilitazione.

In genere il programma riabilitativo degenziale si conclude nell'arco di 7-10 giorni dopo la dimissione dall'Ospedale con la presa in carico, se vi è indicazione a proseguire il programma riabilitativo, da parte della Riabilitazione del Cardiopatico Ambulatoriale di A-OUTS oppure con trasferimento in RSA, oppure con presa in carico da parte della Cardiologia Territoriale di ASS1 o del MMG e/o con attivazione della Continuità Assistenziale.

La presa in carico da parte della Riabilitazione del Cardiopatico e/o da parte della Cardiologia Territoriale di ASS1 avviene mediante segnalazione via fax con lettera di dimissione.

La richiesta di Continuità Assistenziale avviene mediante apposito modulo (*Allegato 1*).

CRITERI DI RIFERIMENTO ALLA RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO DI AOUTS

Si rivolge a casi particolari di pazienti con scompenso cardiaco ed indicazione a riabilitazione cardiologica per migliorare le condizioni motorie generali, ridurre le limitazioni alla vita quotidiana, sviluppare le potenzialità residue, prevenire il decondizionamento muscolare.

Alla presa in carico i fisioterapisti svolgeranno una valutazione funzionale del paziente finalizzata alla definizione degli obiettivi e del programma riabilitativo, che sarà concordato tra

specialista cardiologo, personale infermieristico e fisioterapisti.

Modalità, durata, frequenza ed intensità del training fisico saranno coerenti con la capacità funzionale del soggetto e seguiranno sempre modalità progressive e sicure per il raggiungimento degli obiettivi predefiniti nei tempi prefissati.

La prenotazione del programma riabilitativo ambulatoriale è parte del percorso di cura iniziato durante la degenza in Cardiologia. La programmazione è a cura del personale della Cardiologia ed eseguita tramite il Gestore Richieste. Il paziente viene preso in carico dopo circa 2 settimane e comunque entro 30 giorni dalla dimissione (il caso in genere viene condiviso preliminarmente tra il Cardiologo Ospedaliero ed il Cardiologo Responsabile della Riabilitazione).

In genere il programma riabilitativo si conclude nel semestre successivo all'evento con la presa in carico da parte dell'Ambulatorio Malattie del Miocardio e Scoppio Cardiaco di AOOTS (mediante segnalazione telefonica) o da parte del CCV.

La segnalazione di presa in carico per il CCV viene effettuata mediante richiamo automatico dei pazienti estratti dal repository cardiologico/Business Object (la richiesta al CCV di follow-up da parte della Riabilitazione del Cardiopatico viene inserita in Cardionet).

CRITERI DI RIFERIMENTO ALL'AMBULATORIO MALATTIE DEL MUSCOLO CARDIACO E SCOPPIO CARDIACO DI AOOTS

Si rivolge a pazienti, spesso ad elevata complessità, con sospetta o accertata malattia del muscolo cardiaco o con scoppio cardiaco con labilità emodinamica, allo scopo di eseguire o completare l'inquadramento diagnostico-terapeutico:

- programma ed esegue follow up periodici degli stessi pazienti
- esegue l'inquadramento diagnostico-strumentale e il follow up dei pazienti candidati a clip mitralica
- esegue screening nelle famiglie di pazienti con Cardiomiopatie geneticamente determinate
- esegue il follow up di pazienti cardiotrapiantati e residenti a Trieste, in collaborazione con il Centro Trapianti di riferimento

La prenotazione della visita cardiologica viene fatta direttamente dalla SC di Cardiologia (le segnalazioni dei pazienti da prendere in carico possono provenire sia dal Cardiologo Ospedaliero di AOOTS alla dimissione del paziente, sia da Cardiologi di altre strutture della regione FVG o extra-regione) e gli appuntamenti per l'erogazione delle prestazioni vengono dati secondo criteri di priorità clinica (classe NYHA, valori di FEVS, quadro aritmico, pianificazione di procedure invasive) e secondo la tempistica prevista per le singole tipologie (controlli clinici programmati a distanza o comunque entro 30 giorni dalla dimissione se paziente ricoverato in ospedale).

DOCUMENTAZIONE DELLE PRESTAZIONI AMBULATORIALI ESEGUITE PRESSO L'AMBULATORIO MALATTIE DEL MIOCARDIO E SCOPPIO CARDIACO E PRESSO LA RIABILITAZIONE DEL CARDIOPATICO DI AOUTS

In tutti i casi di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, al paziente è consegnato un referto che contiene:

- Generalità del paziente
- Data di esecuzione della prestazione
- Valutazione del paziente
- Sintetica descrizione del problema esposto e dei dati clinici salienti
- Conclusioni diagnostiche di certezza o di sospetto
- Accertamenti e/o terapie e/o programmi riabilitativi consigliati
- Data ed ora del successivo controllo.

Il referto può essere consegnato direttamente al paziente dopo l'esecuzione della prestazione. Se non immediatamente disponibile viene inviato a domicilio tramite posta ordinaria o inviato al CUP che lo consegna al momento del pagamento del ticket.

I referti delle prestazioni eseguite presso l'Ambulatorio Malattie del Miocardio e Scoppio Cardiaco e presso la Riabilitazione del Cardiopatico vengono redatti con la cartella ambulatoriale informatizzata Cardionet ed inseriti nel Visualizzatore Referti del G3 in modo da poter essere consultabili dagli specialisti interessati direttamente nel PDTA del paziente, previo rilascio del consenso al trattamento dei suoi dati personali espresso dal paziente.

Il referto può essere consegnato direttamente al paziente dopo l'esecuzione della prestazione. Se non immediatamente disponibile viene inviato a domicilio tramite posta ordinaria o inviato al CUP che lo consegna al momento del pagamento del ticket.

I referti delle prestazioni eseguite presso l'Ambulatorio Scoppio Cardiaco e Malattie del Miocardio e Cardiomiopatie, Ambulatorio Aritmie, Ambulatorio Angioplastiche e TAVI, Ambulatorio Pervietà del forame ovale, Riabilitazione del Cardiopatico, Ecocardiografia, Elettrocardiografia vengono redatti con la cartella ambulatoriale informatizzata Cardionet ed inseriti nel Visualizzatore Referti del G3.

INDICAZIONE A DIMISSIONE PROTETTA IN RSA SAN GIUSTO¹ O A RICOVERO IN ALTRE RSA

Nell'ambito del PDTA per il paziente anziano con specifiche patologie cardiovascolari severe e complesse ed in particolare con SCC avanzato, emerge l'utilità, alla dimissione dalle strutture ospedaliere o riabilitative, di accoglierlo presso una struttura intermedia territoriale (nel caso specifico identificata con una RSA).

Percorsi in entrata:

- **Percorso 1:** Pazienti anziani con SCC in cardiopatia complessa ricoverati in ambiente medico/cardiologico ospedaliero con necessità di una dimissione protetta per specifici

¹ Cfr. *Allegato 4*.

motivi di continuità terapeutica-assistenziale;

- **Percorso 2:** pazienti anziani con SCC avanzato/terminale in dimissione da AOUTS o seguiti in home care con necessità di presa in carico territoriale continuativa ad alta intensità assistenziale e/o supporto inotropo e/o assistenza palliativa;
- **Percorso 3:** pazienti anziani fragili con instabilizzazione cardiovascolare a basso rischio degenti in strutture territoriali o domiciliarizzati ed in cui non sia appropriato un ricovero ospedaliero per basso valore aggiunto e/o perché già eseguito;
- **Percorso 4:** pazienti che hanno completato il percorso riabilitativo cardiologico degenziale, ma con necessità di prolungamento del monitoraggio/stabilizzazione CV in ambiente protetto.

Obiettivi del ricovero in RSA:

- Stabilizzazione terapeutica (trattamento ev/os/sc, titolazione farmaci)
- Monitoraggio clinico (su indicatori a basso grado di complessità, clinici, bioumorali e strumentali)
- Completamento ciclo riabilitativo
- Riattivazione/mobilizzazione, pratiche antidecubito
- Assistenza dignitosa alla fase terminale della vita (indicazioni su ACR/accanimento)

Contestualmente al ricovero in RSA deve essere fatta comunicazione alla Cardiologia territoriale (telefonica, mediante invio della lettera di dimissione/modulo di dimissione protetta per fax/mail) del percorso attivato per organizzare se indicato un accesso cardiologico nei successivi 30 giorni (o comunque entro il periodo presumibile di degenza in RSA).

INDICAZIONE A DIMISSIONE A DOMICILIO CON ATTIVAZIONE DI PRESA IN CARICO DALLA CARDIOLOGIA TERRITORIALE

I pazienti con SCC che hanno concluso l'iter diagnostico-terapeutico ospedaliero vengono segnalati al Centro Cardiovascolare ed avviati in base alle caratteristiche cliniche:

- all'Ambulatorio del Cardiopatico Cronico (ACC) e presi in carico dal Cardiologo referente che già li aveva in cura (se già noti al CCV) con la tempistica di controllo decisa dal Medico del reparto e indicata nella lettera di dimissione
- i pazienti anziani, in classe funzionale NYHA 3 – 4, con multiple comorbidità, fragilità per età, condizione psico-sociale, ricoveri ripetuti e problemi di gestione della terapia domiciliare o indicazione ad un programma assistenziale di cure palliative vengono presi in carico dall'Ambulatorio dello Scompenso Cardiaco Avanzato (ASCA).

Nei casi in cui il Medico ospedaliero ritenga utile un controllo ravvicinato (<30 giorni) segnala il paziente telefonicamente al Medico Reperibile del CCV (cell. 348 3969990 dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20) e mediante invio di fax (040 3992935) alla Segreteria del CCV.

Organizzazione Follow-up al Centro Cardiovascolare

La tempistica dei controlli successivi, del paziente con scompenso cardiaco che afferrisce all'ACC, fa riferimento al protocollo interno del CCV.

Il timing dei controlli dipende dalla valutazione poli-parametrica del paziente: clinica, sintomatologica, strumentale e può andare da controlli con cadenza mensile, annuale o ogni 2 anni a seconda della gravità del quadro.

In generale la tempistica dei controlli all'ACC sono:

- Scopenso cardiaco lieve e stabile senza problematiche attive: invio al MMG, follow-up a 24 mesi
- Scopenso cardiaco con disfunzione/valvulopatia moderata, stabile in terapia ottimizzata, senza programma interventistico o chirurgico a breve termine → follow-up a 12 mesi
- In presenza di cardiopatia complessa e/o disfunzione severa, terapia non ottimizzata, frequenti instabilizzazioni, o previsione di intervento cardiocirurgico o interventistico a breve il timing dei controlli è più ravvicinato.

Nei casi di estrema labilità, problematiche psico-sociali attive, fragilità clinica, il paziente viene riferito per presa in carico all'Ambulatorio dello Scopenso Cardiaco Avanzato ed all'Ambulatorio Infermieristico.

Eventuali controlli anticipati rispetto allo schema, programmati internamente o richiesti dal MMG, possono essere programmati in caso di:

- approfondimento eziologico con necessità di indagini strumentali
- instabilizzazione del quadro clinico e difficile controllo dei sintomi nonostante ottimizzazione della terapia con necessità di frequente aggiustamento terapeutico
- marker strumentali di alto rischio di eventi futuri (ad es. comparsa di dilatazione o disfunzione VS significativa, peggioramento valvulopatia, ecc)
- instabilità elettrica o ischemica.

Il paziente con SCC lieve o pregresso, convincentemente stabile in NYHA I–II e con funzione ventricolare sinistra conservata o lievemente ridotta, senza previsione di nuovi interventi farmacologici, chirurgici o interventistici a breve termine viene affidato per il successivo follow-up al MMG.

Nel 2012 è stato istituito presso il CCV un Ambulatorio Multidisciplinare (cardiologico-internistico) dello SCC Avanzato (ASCA) per la presa in carico dei pazienti con SC avanzato e loro caregivers che necessitano di un percorso specifico e personalizzato con frequenti rivalutazioni e/o monitoraggio intensivo in presenza di classe funzionale NYHA 3-4 e/o con episodi di instabilità clinica e ricoveri ripetuti, grave cardiopatia strutturale con o senza danno multiorgano e/o patologie associate e/o indicazioni ad un programma assistenziale di cure palliative.

Obiettivi dell'ASCA:

- Potenziare l'efficienza della continuità assistenziale ospedale-territorio per i pazienti con SCC dimessi dai reparti di Medicina Interna/Geriatria/Post-acuzie, Pronto Soccorso, per una presa in carico multidisciplinare, multiprofessionale e multidimensionale del malato;

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area triestina)

- Ridurre il numero dei ricoveri ospedalieri e le giornate di degenza ospedaliera per riaccettazione di SCC;
- Migliorare la qualità di vita, promuovere il self-care, migliorare l'appropriatezza degli interventi (intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica, ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente), l'aderenza ai programmi terapeutici e non terapeutici;
- Fornire adeguato supporto psico-assistenziale a pazienti e caregivers.

Organizzazione dell'ASCA:

- Presenza di uno o più cardiologi ed infermieri dedicati e un internista;
- Presenza nel team di una psicologa, per valutare/identificare i bisogni psico-assistenziali, migliorare la comunicazione tra i vari attori (cardiologo, internista, infermieri, pazienti, caregivers), approfondire la consapevolezza e rinforzare empowerment ed aderenza ai PDTA.
- Presa in carico precoce e/o dimissione protetta domiciliare o in RSA dei pazienti con SCC avanzato dimessi dalle Strutture Ospedaliere;
- Programmazione di una visita cardiologica entro 30 giorni dalla dimissione attraverso cellulare dedicato e contestuale invio al CCV della lettera di dimissione;
- I controlli infermieristici all'inizio sono paralleli a quelli medici per un intervento specifico di tipo educativo e counselling per il paziente e suoi familiari. I follow-up successivi infermieristici sono intermedi (es. mensili o bimensili) a quelli medici (che permangono tendenzialmente da trimestrali ad annuali secondo la gravità clinica) per puntualizzazione del PDTA;
- Accessi ambulatoriali senza lista d'attesa o domiciliari nei pazienti instabili;
- Possibilità di terapia infusiva continua di inotropi positivi a domicilio o presso RSA, secondo protocollo specifico.

Ambulatorio Infermieristico: ruolo complementare di supporto per triage, intervento educativo, monitoraggio, follow-up telefonico

Triage Infermieristico Ambulatoriale al CCV per:

- a) supportare la reperibilità del cardiologo nella gestione dell'urgenza cardiologica territoriale (segnalazione dal MMG, 118);
- b) sottoporre a monitoraggio telemetrico – strumentale (ECG, bio-impedenziometria, test del cammino dei 6 minuti, ecc.), ematochimico (POC BNP/CK, troponina, mioglobina) quei pazienti in follow-up ambulatoriale (infermieristico e/o cardiologico) che presentino instabilità cliniche minori, attivando le modifiche terapeutiche e i monitoraggi necessari per evitare il ricovero ed il successivo programma di follow-up telefonico e/o clinico in accordo con flow-chart interne con algoritmi comportamentali condivisi tra team medico ed infermieristico.

Ove necessario si attivano i servizi territoriali distrettuali/domiciliari e/o sociali, al fine di rispondere nel modo più completo alle necessità espresse dal paziente e dai suoi familiari.

INDICAZIONE A DIMISSIONE A DOMICILIO CON ATTIVAZIONE MMG/SID

Il MMG è il principale riferimento per il paziente con scompenso cardiaco cronico, per la gestione della sua patologia cardiaca e dei bisogni generali sanitari ed assistenziali.

I pazienti con SCC non avanzato, fattori precipitanti rimossi, assenza di significative problematiche cliniche o socio-assistenziali attive vengono segnalati alla dimissione direttamente al MMG per una presa in carico il prima possibile e comunque entro 5 giorni lavorativi dalla segnalazione (registrazione nella cartella clinica informatizzata del MMG).

Nei pazienti di questa tipologia i compiti del MMG sono:

- 1) seguire nel tempo il paziente stabile e intervenire tempestivamente in caso di peggioramento clinico
- 2) gestire l'assistenza domiciliare o partecipare alla sua gestione nell'ambito di un team multidisciplinare
- 3) informare ed educare il paziente e i care-giver.

Il MMG potrà a sua volta, se appropriato in base alle evidenze emerse, attivare i servizi distrettuali o una nuova consulenza specialistica. In caso di pazienti anziani con polipatologie ad impatto significativo sulla prognosi e sulla terapia del paziente, deficit cognitivo e/o scarsa aderenza il PDTA sarà personalizzato e in carico al MMG con l'eventuale collaborazione del Medico del Distretto (MD). In questi casi l'intervento clinico del cardiologo ha un impatto generalmente basso.

Gli aspetti prioritari dell'attivazione, da parte del MMG, dell'assistenza domiciliare al paziente scompensato sono:

- identificare il care-giver di riferimento
- stabilire le modalità di comunicazione con il care-giver di riferimento, con particolare riguardo alla segnalazione di indizi precoci di possibile peggioramento
- informare/istruire adeguatamente il care-giver di riferimento e le altre persone che contribuiscono all'assistenza
- assicurarsi della possibilità di eseguire gli esami (soprattutto ematochimici) di controllo
- verificare se le condizioni ambientali e di assistenza sono idonee
- attivare i supporti sociali se necessari.

Mediante lo strumento della Continuità Assistenziale Infermieristica Interaziendale attiva presso tutti i reparti ospedalieri e PS di AO/OTS (vedi protocollo d'intesa aggiornato il 2 aprile 2010, Allegato 2 e 2.1, Allegati 5, 5.1, 5.2, 5.3), allo scopo di ridurre i ricoveri ripetuti assicurando una deospedalizzazione protetta, si attiva, tramite la presenza in ospedale di un infermiere di comunità, 5 giorni su 7, dalle 8:30 alle 14:30, la presa in carico dell'assistito da parte dei Servizi Distrettuali in collaborazione con il MMG, i Servizi Sociali del Comune e le Associazioni di volontariato. Il SID dei 4 distretti dell'ASS1 assicura la presa in carico dell'assistito e della sua famiglia mediante la valutazione multidimensionale dei bisogni. L'infermiere di comunità esprime il giudizio di accoglibilità da parte dei servizi di ASS1 ed elabora un Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il sistema prevede il raccordo sistematico tra il SID dei Distretti ed i Reparti, attraverso il

contatto diretto tra i Responsabili Infermieristici previa richiesta mediante schede specifiche.

Le modalità di attivazione del SID sono le seguenti:

- **pazienti ospedalizzati già in SID:** il responsabile infermieristico del SID o il Case Manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna il paziente al momento di un ricovero programmato; in caso di ricovero non programmato, trasmette, via fax o via e-mail al Responsabile Infermieristico del Reparto e al Servizio Infermieristico di ASS1, la scheda di continuità assistenziale entro 24 ore da quando viene a conoscenza del ricovero. Nella scheda viene segnalata la diagnosi e il motivo di presa in carico da parte del SID oltre all'eventuale domicilio dell'assistito in microarea. Quindi l'Infermiere Case Manager effettua un accesso in Reparto per verificare la situazione clinico-assistenziale del paziente e la tempistica di dimissibilità, coinvolgendo il paziente, i suoi familiari e il MMG.
- **Pazienti ospedalizzati non in SID:** entro 72 ore dal ricovero il Responsabile Infermieristico del Reparto concorda con il Medico Ospedaliero se necessita di SID per il paziente, compila la scheda di richiesta di continuità assistenziale e la invia al Distretto di appartenenza del paziente, via e-mail o via fax. Entro 72 ore dalla segnalazione, il Responsabile Infermieristico del SID effettua la presa in carico del paziente in Reparto, verifica la sua situazione clinico-assistenziale e la modalità di dimissibilità (Struttura Riabilitativa, RSA, Hospice o domicilio con eventuale necessità di attivazione dei Servizi Sociali); coinvolge il MMG, eventuali caregivers, attiva i servizi e le risorse necessari. La scheda di richiesta viene quindi inviata dal SID, via e-mail, fax o posta interna al Servizio Infermieristico di ASS1 (indicando la modalità di dimissione, le date di segnalazione e prima valutazione e l'eventuale domicilio in microarea).
- **Modalità di presa in carico SID-SAI presso i 4 Distretti di ASS1:**
 - rilevazione dei bisogni assistenziali con la scheda di valutazione multidimensionale
 - Val.Graf (per i pazienti a domicilio)
 - anamnesi infermieristica e presa visione dei dati clinici e socio-assistenziali
 - stesura di un Piano Assistenziale Individuale (PAI), condiviso con il paziente e gli altri professionisti interessati. Nel PAI sono esplicitati i bisogni dell'assistito (nei 3 ambiti: sanitario, socio-assistenziale e socio-sanitario), la diagnosi infermieristica, gli obiettivi assistenziali e le azioni necessarie a raggiungerli, le prescrizioni terapeutiche, la tipologia degli interventi, le figure professionali coinvolte, la frequenza degli accessi degli operatori, gli eventuali trattamenti terapeutici particolari, gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi biomedicali, la presumibile durata degli interventi assistenziali, la modalità e la tempistica delle verifiche condivise e gli esiti attesi
 - educazione sanitaria specifica per la patologia dello SC e più ampia sul contesto di vita e della famiglia

PDTA del paziente con Scompenso cardiaco (Area triestina)

- rilevazione dei parametri clinici e verifica dell'aderenza terapeutica
- attività di rete con il MMG e con altri settori istituzionali e non, atti a garantire la sostenibilità del progetto: indispensabile definire caso per caso le modalità di comunicazione e la contattabilità del MMG e del personale infermieristico
- valutazioni periodiche rispetto alle azioni previste e ai risultati raggiunti
- esecuzione delle procedure diagnostiche prescritte

Strumenti:

- cartella infermieristica certificata ISO
- scale di valutazione Val. Graf.

In situazioni di bisogno sociale dell'assistito e dei suoi familiari, l'infermiere attiva il servizio sociale e tutta la rete indispensabile per il mantenimento dell'assistito al proprio domicilio.

Le modalità di presa in carico clinica ed il PDTA per lo scompenso cardiaco vengono condivisi all'interno del team assistenziale tra MMG e SID. Nei pazienti con SCC avanzato o in caso di necessità di completamento diagnostico è indicato il coinvolgimento della Cardiologia territoriale per supporto clinico, ove necessario, e/o presa in carico diretta nei casi a maggiore complessità.

Nel caso di una richiesta di visita specialistica a domicilio del paziente, la stessa dovrà essere preventivamente condivisa dal parte del MMG con il Cardiologo reperibile o Internista dedicato (cellulare dedicato) per concordare indicazioni, obiettivi, e successivo follow-up da parte del MMG.

NECESSITÀ DI VISITA CARDIOLOGICA URGENTE/ PRIORITARIA/DIFFERITA (AMBULATORIALE, DOMICILIARE, IN RSA)

Nel caso di pazienti con sospetto o già accertato SC, che non si ritiene necessitano di ricovero urgente, ma con indicazione a visita urgente/prioritaria, il MMG e tutti i medici o infermieri dell'ASS1 (MMG nei distretti, 118, Prime Cure, SID, etc.) possono contattare il Cardiologo Reperibile al CCV nella fascia oraria 8-20 dal lunedì al venerdì, mediante cellulare aziendale, per porre indicazione e definire i tempi di accesso a visita urgente (U) entro 72 ore per i casi appropriati, o con priorità B (breve entro 10 giorni), o D (differita entro 30 giorni). In tal caso il paziente riceve un appuntamento la cui tempistica di erogazione si basa sulla gravità/instabilità del quadro clinico in accordo con i criteri condivisi con la Medicina Generale (*Allegato 6*).

Tutto il percorso necessario per la diagnosi, stratificazione prognostica, terapia, indicazioni ad approfondimento invasivo o non invasivo fino alla cardiochirurgia o procedure interventistiche sono programmate dal Cardiologo territoriale del CCV. Nelle varie fasi del percorso e al momento conclusivo viene fornita relazione al paziente ed al MMG mediante referto informatizzato, firmato digitalmente e conservato nel visualizzatore referti regionale.

Ambulatorio Infermieristico: ruolo complementare di supporto per triage, intervento educativo, monitoraggio, follow-up telefonico

Triage Infermieristico Ambulatoriale al CCV per:

- a) supportare la reperibilità del Cardiologo nella gestione dell'urgenza cardiologica ter-

ritoriale (segnalazione dal Medico di Medicina Generale, 118)

- b) sottoporre a monitoraggio telemetrico–strumentale (ECG, bio-impedenziometria, test del cammino dei 6 minuti, ecc.), ematochimico (POC BNP/CK, troponina, mioglobina) quei pazienti in follow-up ambulatoriale (infermieristico e/o cardiologico) che presentino instabilità cliniche minori, attivando le modifiche terapeutiche e i monitoraggi necessari per evitare il ricovero ed il successivo programma di follow-up telefonico e/o clinico in accordo con flow-chart interne con algoritmi comportamentali condivisi tra team medico ed infermieristico.

Ove necessario si attivano i servizi territoriali distrettuali/domiciliari e/o sociali, al fine di rispondere nel modo più completo alle necessità espresse dal paziente e suoi familiari.

INDICAZIONE A CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI CON SCC IN FASE AVANZATA O TERMINALI

Benché esistano numerose analogie quantitative e qualitative con i pazienti oncologici, la complessità dei bisogni fisici, psicologici e sociali dei malati di scompenso cardiaco richiede un approccio palliativo diverso rispetto al paziente oncologico, che tenga conto della diversa traiettoria della malattia e delle esigenze mutevoli del malato, oltre che dei suoi caregiver, così da sviluppare e diffondere nuove conoscenze nell'ambito di un approccio terapeutico integrato.

PRESA IN CARICO DOMICILIARE O IN RSA SAN GIUSTO DEL MALATO CON SCOMPENSO CARDIACO AVANZATO/TERMINALE²

Per la gestione di alcuni casi molto selezionati con scompenso cardiaco avanzato/terminale, al fine di garantire un'assistenza domiciliare o in RSA con monitoraggio intensivo e la possibilità di utilizzo di farmaci inotropi positivi per la gestione dei sintomi, sono stati formalizzati dei protocolli operativi in collaborazione tra Distretti/SID/CCV/CARDIOLOGIA/RSA/118.

A domicilio o in RSA vengono seguiti pazienti con scompenso cardiaco terminale (classe NYHA IV, severa riduzione della frazione d'eiezione, segni di danno d'organo) con:

- persistenza di severo impegno emodinamico nonostante terapia orale massimale
- dipendenza dalla terapia inotropica dimostrata dopo fallimento di almeno 2 tentativi di sospensione di terapia infusiva con dobutamina durante il periodo di ospedalizzazione
- assenza di valide alternative terapeutiche.

Prima della dimissione viene organizzato in ambito ospedaliero un incontro tra i vari servizi per pianificare la presa in carico a domicilio o in RSA. In tale occasione viene discusso e condiviso lo stato clinico del malato, il piano assistenziale e terapeutico, vengono concordati i dosaggi e la velocità d'infusione della dobutamina, la frequenza degli accessi domiciliari o in RSA. Alla presa in carico domiciliare o in RSA, l'infermiere, il MMG, il Cardiolo-

² Cfr. *Allegato 4*.

go territoriale e l'Internista della RSA gestiscono la persona fino alla fine della vita, in collaborazione con la rete sanitaria, sociale e di volontariato che si adopera sul territorio.

Per essere efficaci e rispondere ai reali bisogni presenti sul nostro territorio, contribuendo all'ottimizzazione dei servizi e delle risorse, è opportuno avviare dei programmi di cure palliative per i malati con scompenso cardiaco avanzato, che in maniera flessibile possano offrire risposte alle seguenti esigenze:

- comunicazione (empatica, verbale e non-verbale)
- educazione sanitaria e stili di vita
- self-empowerment ed autoefficacia
- sostegno psicologico e spirituale
- sostegno sociale
- accompagnamento dei caregiver, prevenzione burn-out e team communication
- bereavement support

Per raggiungere gli obiettivi sopraelencati sono attivabili team multidisciplinari dedicati attingendo a tutte le risorse attualmente e in futuro disponibili nelle Aziende, implicando anche le associazioni di volontariato. E' in corso la formazione delle figure professionali implicate nel percorso assistenziale sia in tema di scompenso cardiaco sia in tema di cure palliative, che possano assistere il paziente fin dalla dimissione, costituire il legame tra gli specialisti e attivare i necessari supporti sociali. Obiettivo delle cure palliative riservate ai pazienti con scompenso cardiaco dovrà quindi essere quello di fornire un'assistenza coordinata in grado di ottimizzare tempi e modalità per affiancare al trattamento attivo quello palliativo a livello fisico, psicologico e spirituale, un supporto territoriale ottimizzato, livelli ottimali di comunicazione formale e informale. Il raggiungimento di questi obiettivi sarà il miglioramento della qualità di vita e di morte del paziente e il mantenimento del benessere psicologico dell'intero team assistenziale con ricadute positive in ambito fisico, psicologico e sociale.

CONCLUSIONI

Le patologie croniche sono per il mondo occidentale la sfida sanitaria del terzo millennio. Il progressivo incremento delle fasce di popolazione in età avanzata e la migliore qualità delle cure CV in fase acuta, hanno determinato una significativa riduzione della mortalità ed uno spostamento del bisogno verso la gestione territoriale della cronicità. I pazienti con SCC sono un esempio paradigmatico di questa evoluzione dei modelli di cura e richiedono una profonda revisione dei PDTA ospedale-territorio e territoriali con l'attivazione di una presa in carico integrata e proattiva, multidisciplinare e multiprofessionale, che possa sviluppare risposte efficaci e sostenibili per il paziente con SCC avanzato sia dal punto di vista clinico che socio-assistenziale.

PDTA del paziente con Scopenso cardiaco (Area triestina)

INDICATORI

Temporizzazione annuale

	Indicatori	Strumento	Responsabile
Processo	Attivazione inserimento referti in visualizzatore per tutti gli operatori del PDTA	Visualizzatore	Informatica A-OUTS/ASS1
	Attivazione visibilità lettera di dimissione AOOTS dei pazienti con DRG 127	Visualizzatore	Informatica AOOTS
	Consegna da parte MMG del piano terapeutico scritto		MMG
Risultato	N. dimissioni divisi per sede ricovero	BO/SAS	CCV
	N. trasferimenti interni Cardio/Utic vs reparti Internistici	BO/SAS	Cardio
	N. consulenze Cardio in PS e reparti internistici durante ricovero DRG 127	SAS	AOOTS
	N. prese in carico Cardio/CCV/Riab Cpt post dimissione (incluso PS) entro 7, 30 e 90 gg	SAS	Cardio/CCV/AOOTS
	N° trasferimenti RSA/Riabilitazione degenziale post dimissione DRG 127	BO	Gruppo dati ASS1
	N° visite totali/DH Cardio/CCV UBDP/Amb dedicati pazienti con diagnosi di SCC	BO/SAS	Cardio/CCV
	N° attivazioni Continuità Assistenziale Inf./Triage CCV/SID post dimissione DRG 127	BO/SAS	CCV/ASS1
	N° attivazione PDTA Cure Palliative		Gruppo dati ASS1
	N° riaccessi in PS/ricovero a 30/90/180/360 gg in pazienti dimessi in precedenza per DRG 127	SAS	Gruppo dati ASS1

PDTA del paziente con Scoppo cardiaco (Area triestina)

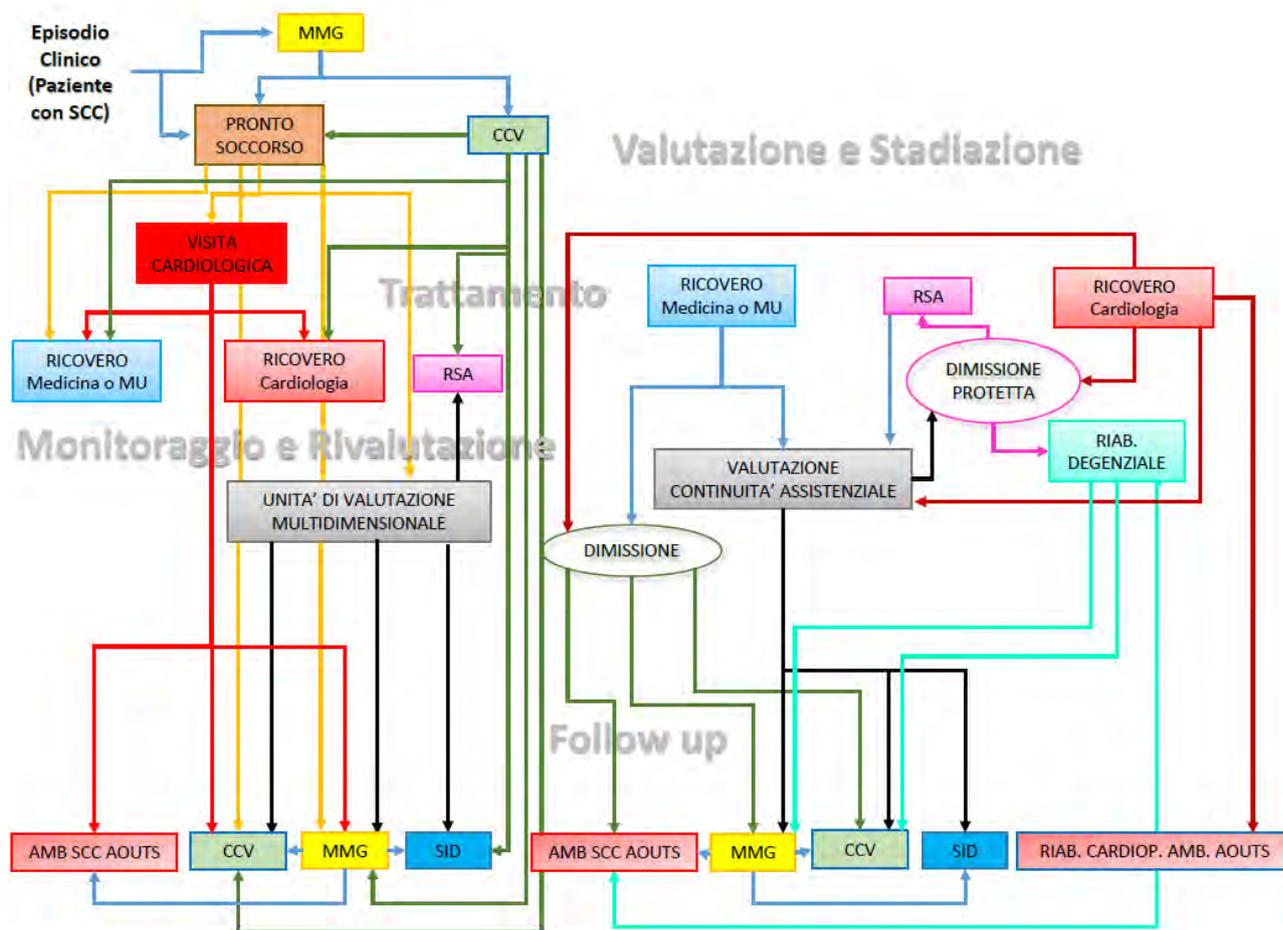


Figura 1: PDTA Territorio - Ospedale – Territorio per Pazienti con Scoppo Cardiaco Area Triestina ASS1 - AOUTS

MU: Medicina d'Urgenza

RIAB.CARDIOP. AMB. AOUTS: Riabilitazione del Cardiopatico Ambulatoriale AOUTS

RIAB. DEGENZIALE: Riabilitazione Degenziale

AMB SCC AOUTS: Ambulatorio Scoppo Cardiaco AOUTS

MMG: Medico di Medicina Generale

CCV: Centro Cardiovascolare

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

SID: Servizio Infermieristico Domiciliare

BIBLIOGRAFIA

1. Consensus conference. Il percorso assistenziale del paziente con scompenso cardiaco. *G Ital Cardiol* 2006; 7: 383-432.
2. Di Lenarda A, Metra M. Struttura e organizzazione funzionale della Cardiologia: La rete per il cardiopatico cronico. *G Ital Cardiol* 2009; 10 (Suppl 3-6): 22S-30S
3. Consensus regionale FVG sullo Scompenso Cardiaco, 2009 - Agenzia regionale della sanità.
4. McMurray JJ, Adamopoulos S, Anker SD, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2012; 14: 803-69.
5. POLITICA: Accettazione e Ricovero dei pazienti nei diversi setting di cura
6. Katz J.N et al. Cardiology and the Critical Care Crisis. *J Am Coll Cardiol* 2007;49:1279-1282
7. Hasin Y et al. Recommendations for the structure, organization, and operation of intensive cardiac care units. *Eur Heart J* 2005;26:1676-1682
8. Scherillo M, Miceli D, Tubaro M, Guiducci U. Struttura e organizzazione funzionale delle unità di terapia intensiva cardiologica. *G Ital Cardiol* 2007;8 (suppl 1-5); 12S-15S
9. Gardini E et al. Le unità di terapia intensiva cardiologica: chi ricoverare, per quanto tempo. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (suppl 1-5): 5S-11S
10. Mafri A. Risk management nell'unità di terapia intensiva cardiologica. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (suppl 1-5): 46S-52S
11. Casella G, Di Pasquale G. Competenza clinica del cardiologo dell'unità di terapia intensiva cardiologica. *G Ital Cardiol* 2007; 8 (suppl 1-5): 16S-24S



Continuità assistenziale tra infermieri di comunità dei distretti e pronto soccorso
 Rev. 01 26 febbraio 2009 (scrivere stampatello e trasmettere al SIA via fax 040.399.7182)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ CRA _____

Domicilio _____ Tel.n. _____

Num. telefonico parenti e/o conoscenti _____ Distr. n. _____

Motivo di accesso al PS															Segn.
Problemi cognitivi (G27) Diabete (DB4) Problemi di tipo respiratorio (G15) Problemi di tipo cardiocircolatorio (G29) Traumi e/o esiti di traumi (L03) Paziente terminale neoplastico (G18) Problemi di tipo neurologico (ictus, afasie, Tia, sclerosi multipla, Morbo di Parkinson) (N05) Paziente etilista (G22) Paziente tossicodipendente (G23) Altro (eliminazione, disidratazione, gestione catetere vescicale, sonda nutrizione entrale/parenterale, problemi socio-assistenziali) (G25)															
Contattati: Geriatria SI NO del Distr. n. _____ e preso in carico da:															
Care giver	Aiuto privato/badante	Volont.	PID	SID	AMB INF	SRD	DSM CSM	DDD	CCV	C. Oncol.	Strutt. Prot.	Poli funzioni	Com alloggio	RSA	Hospice

Ricovero per sopraggiunte criticità cliniche o mancanza di risorse

Data _____ Firma (leggibile) infermiere _____ Distretto n. _____

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste



Protocollo d'intesa sul sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica ¹

tra gli infermieri dei distretti, tutti i reparti ospedalieri ed il servizio di Pronto Soccorso

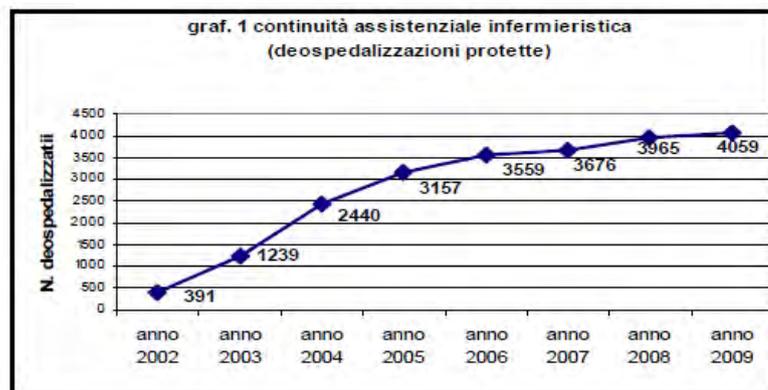
Rev. 02 – 1 aprile 2010

Premesso che, a seguito degli Accordi di Area Vasta tra l'ASS n.1 Triestina e l'AOU Ospedali Riuniti di Trieste, le Direzioni dei Servizi Infermieristici hanno sperimentato nel 2002 il sistema interaziendale della continuità assistenziale infermieristica per gli anziani over75enni ricoverati nei reparti di area medica;

considerato che, a seguito degli ottimi risultati della sperimentazione i Direttori Generali delle Aziende in parola hanno siglato un protocollo d'intesa il 30 ottobre 2003 che ha esteso tale servizio anche agli anziani ricoverati nei reparti di area chirurgica;

rilevato che, detto protocollo/servizio è stato esteso nel 2006 anche agli assistiti della clinica ortopedica, del reparto di ortopedia, del reparto di riabilitazione e della stroke-unit, per quei assistiti che non rientrano nei protocolli specifici di riabilitazione concordati tra le Aziende, nonché al servizio di Pronto Soccorso e ai neo costituiti reparti *post acuzie-area medica e post acuzie-chirurgica*;

valutato che, nel 2009 si sono realizzate ben 4059 desospitalizzazioni protette (graf.n.1) cosicché tale servizio è stato assicurato al 36% degli over75enni dimessi nel corso dell'anno:



¹ La prima versione del protocollo d'intesa è stata siglata dai Direttori Generali delle due aziende il 30 ottobre 2003 a seguito della sperimentazione realizzata nel 2002 -Prot. 44958 /GEN.II.4.A dd.18 giugno 2002- REV.01 nota di prot. 7363/GEN.II.4.A. dd. 13 febbraio 2006.

PDTA del paziente con Scompenso cardiaco – Allegato 2

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

considerato inoltre che:

a) il servizio è efficace ed efficiente ed è molto gradito al cittadino, come risulta dalle indagini telefoniche sulla qualità percepita realizzate semestralmente dalla Direzione del Servizio Infermieristico territoriale;

b) *la continuità assistenziale unita alla presa in carico* degli assistiti ha ridotto drasticamente il tasso di ospedalizzazione della popolazione triestina (in dieci anni il TO è sceso da 236 a 167/mille del 2009 e quello degli over 75enni da 595 a 419 su mille);

c) l'efficacia del sistema e del modello sulla riduzione dei ricoveri medici è stata confermata da una ricerca² condotta su un campione di 150 assistiti della domiciliare che, prescindendo dall'età e dalla patologia, ha evidenziato una riduzione del 56.95% dei ricoveri medici (R.R. = 0.58 , 95% I.C. 0.44 – 0,76);

d) l'efficacia è stata ulteriormente confermata con una ricerca³, condotta su un campione di 102 assistiti a rischio di scompenso cardiaco, che ha rilevato una riduzione del 69,94% dei ricoveri medici;

valutato inoltre che la presenza sperimentale⁴ nel 2009 dell'infermiere di distretto al Pronto Soccorso dell'ospedale di Cattinara, al mattino dal lunedì al venerdì, ha consentito di evitare più di 400 ricoveri;

ciò premesso, i Direttori delle due Aziende estendono il servizio denominato *sistema di continuità assistenziale infermieristica interaziendale* in via definitiva a:

- **tutti i ricoverati con bisogni clinici e sociali complessi prescindendo dall'età e dalla patologia;**
- tutti i reparti e al Pronto Soccorso.

Le modalità operative sono illustrate nell'allegato documento che è parte integrante del presente atto che le due Aziende recepiscono con atto deliberativo.

Il Direttore Generale
A.S.S. n.1 Triestina
Dott. Fabio Samani

Il Direttore Generale
A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste"
Dott. Francesco Cobello

² M. Mislej, F.Paoletti F, Canderlic D, Trabona R *Gli assistiti presi in carico dal Servizio infermieristico domiciliare (SID) indipendentemente dalla patologia di attivazione, hanno una riduzione dei ricoveri medici e delle giornate di degenza. Studio di efficacia.* Giornale italiano di Scienze infermieristiche 2008; IV – 8: 18.

³L. Penzo Tesi di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche *Organizzazione dell'assistenza nello scompenso cardiaco: presa in carico ed impatto sulle riospedalizzazioni*, relatore G. Sinagra, Università degli Studi di Trieste, A.A. 2007 – 08.

⁴ Delibera n.12 del 9 gennaio 2009 "Continuità assistenziale infermieristica tra pronto soccorso e infermieri di continuità dei distretti sanitari – implementazione del protocollo d'intesa su "il sistema della continuità assistenziale infermieristica interaziendale".

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste



Il Sistema della continuità assistenziale infermieristica tra l'A.S.S. n.1 Triestina e l'A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste"

Il *sistema della continuità assistenziale infermieristica* tra l'A.S.S. n.1 Triestina e l'A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste" è finalizzato a ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti assicurando la deospedalizzazione protetta attraverso la presa in carico dell'assistito da parte dei servizi Distrettuali in collaborazione con i medici di medicina generale, in rete con i servizi sanitari e sociali e le associazioni di volontariato.

A far tempo dal 1 aprile 2010 il sistema è esteso in via definitiva a tutti gli assistiti ricoverati con bisogni clinici e sociali complessi prescindendo dall'età e dalla patologia; esso interessa tutti i reparti ed il Pronto Soccorso.

Modalità organizzative tra reparti e infermieri di comunità dei distretti

Il sistema prevede il raccordo sistematico tra il servizio infermieristico domiciliare dei Distretti ed i Reparti. La modalità organizzativa è il contatto diretto tra responsabili infermieristici per tutti i casi che necessitano di continuità assistenziale compresi i probabili candidati per ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale, hospice, struttura protetta o casa di riposo.

Obiettivi

- a) sviluppare nel tempo il sistema ovvero aumentare il numero di assistiti in dimissione protetta soprattutto se anziani cardiopatici, broncopatici, flebopatici e diabetici con storia di ricoveri ripetuti;
- b) garantire un'efficace e tempestiva assistenza in raccordo con i medici di medicina generale a domicilio, o presso le RSA, l'hospice, le strutture protette o case di riposo attivando, quando necessario, i servizi sociali dei Comuni;
- c) documentare la continuità assistenziale con apposita scheda.

Strumento

In tutte le situazioni di continuità assistenziale infermieristica tra Reparti, Pronto soccorso e Distretti (SID⁵) si utilizzano le scheda così denominate è in allegato al presente documento:

"continuità assistenziale infermieristica - area medica e specialistica" (Rev. 04 dd. 29.03.2010);

"continuità assistenziale infermieristica - area chirurgica e specialistica" (Rev. 04 dd. 29.03.2010);

"continuità assistenziale tra infermieri di comunità e Pronto soccorso" (Rev. 01 dd. 26.02.2009);

⁵ Servizio Infermieristico Domiciliare.

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

Monitoraggio

Il monitoraggio del sistema si realizza attraverso riunioni periodiche tra responsabili infermieristici delle due Aziende.

Il monitoraggio del sistema continua ad essere affidato alla Direzione del Servizio Infermieristico dell'A.S.S. n.1 ed interessa in particolare il numero delle deospedalizzazioni protette annuali, l'aderenza agli standard concordati, gli esiti delle segnalazioni ovvero i servizi attivati dai distretti.

Istruzioni operative e standard d'efficienza e d'efficacia continuità assistenziale infermieristica tra reparti e SID

Deospedalizzati

1. entro 72 ore dal ricovero il responsabile infermieristico di reparto o un suo sostituto compila la scheda della continuità assistenziale deospedalizzati e la invia al distretto di appartenenza via e-mail o telefax;
2. entro 72 ore dalla segnalazione il responsabile infermieristico del SID o un suo sostituto fa la presa in carico della persona presso il reparto, valuta e concorda con il responsabile infermieristico (o suo sostituto) l'eventuale esito (SID, RSA, hospice, struttura protetta, polifunzionale, servizi sociali ecc.) si raccorda con il medico di famiglia ed eventuali caregivers, attiva servizi e risorse;
3. stabilito l'esito la scheda è trasmessa dal SID, via e mail, telefax o posta interna, al Servizio infermieristico dell'ASS n.1 (**evidenziando l'esito, le date di arrivo della segnalazione e della prima valutazione e l'eventuale domicilio in *microarea***).

Ospedalizzati SID

1. il responsabile infermieristico del SID o il case manager compila la scheda di continuità assistenziale che accompagna l'assistito al momento del ricovero oppure, nel caso in cui il ricovero non sia programmato, trasmette la scheda entro 24 ore, dal momento in cui ha evidenza del medesimo, via e mail o via telefax al responsabile infermieristico di reparto e al Servizio infermieristico dell'A.S.S. n.1;
2. alla voce della scheda "diagnosi e motivo di presa in carico in SID" si evidenzia la diagnosi principale (es. BOC, diabete, cardiopatia, ecc.), l'evento acuto che ha determinato l'attivazione del SID (scoppio cardiaco, scoppio glicemico, ecc.) e **si segnala inoltre l'eventuale domicilio dell'assistito in *microarea***;
3. l'infermiere case manager SID effettua un accesso in reparto e discute il caso nonché la data di dimissione dell'utente (coinvolgendo l'utente, i suoi familiari e il medico di medicina generale).

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

Istruzioni operative continuità assistenziale infermieristica tra Pronto soccorso e infermiere di comunità

Si conferma la presenza dell'infermiere di comunità al Pronto soccorso dell'ospedale di Cattinara, così come sperimentato dal 12 gennaio 2009 in poi: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 14.30. Se le risorse lo consentiranno tale presenza potrà essere ampliata senza dover modificare il protocollo d'intesa tra le due Aziende.

Aspetti organizzativi

Ogni distretto garantisce -a rotazione settimanale- la presenza di un infermiere abbinata al turno del geriatra del medesimo Distretto (il 12 gennaio 2009 ha iniziato il Distretto 1, seguono poi, i Distretti 2, 3 e 4, da allora la rotazione prosegue invariata).

Per tale attività l'infermiere di comunità utilizza la *stanza dedicata all'osservazione breve intensiva del Pronto Soccorso* attrezzata di scrivania, PC e telefono cordless 040-399. 4925, telefax 040-399.4009⁶.

L'infermiere di turno al Pronto Soccorso, per tutti i dimessi, fa un'ipotesi di continuità assistenziale e contatta il collega reperibile del Distretto di appartenenza dell'assistito e da questi attende indicazione su come procedere (anche nel caso in cui si tratti di un assistito del Distretto in cui lavora).

Per i ricoveri in RSA contatta:

- la direzione del Servizio Infermieristico Aziendale per conoscere i posti liberi nelle RSA (a tal fine il personale delle quattro RSA deve mantenere la consuetudine di comunicare il dato via mail alla direzione del SIA entro e non oltre le ore 10);
- il medico/geriatra di Distretto di turno al Pronto Soccorso.

Rispetto alle persone senza fissa dimora la presa in carico avviene attraverso la turnazione dei quattro distretti in base all'ordine temporale (il primo caso al Distretto 1, il secondo al Distretto 2 ecc.)

Strumenti – due schede

Per i necessari raccordi devono essere utilizzati i numeri di telefonia mobile e fissa indicati nella scheda allegata "**Strumenti di raccordo - telefonia mobile e fissa di riferimento**".

Tutti i dati relativi ai casi valutati (anche se non esiteranno in una presa in carico territoriale e per tale ragione non saranno dimissibili) devono essere raccolti nella scheda allegata "**Continuità assistenziale tra infermieri di comunità dei distretti e pronto soccorso**". Ogni scheda deve essere inviata alla direzione del SIA e ai Distretti via fax o via e-mail.

⁶ Accordi presi dalla Responsabile della Direzione Infermieristica aziendale con i Responsabili Infermieristici ospedalieri, Dino Roggi e Gianfranco Sanson il 9 dicembre 2008 alle ore 9 presso il Pronto Soccorso.

Direzione Servizio Infermieristico dell'ASS n.1 Triestina
Direzione Servizio Infermieristico dell'AOU Ospedali Riuniti di Trieste

Indicazioni specifiche

La continuità assistenziale interessa tutte le persone in dimissione dal Pronto Soccorso prescindendo dall'età. All'infermiere di comunità spetta il giudizio di *accogliibilità* da parte dei servizi dell'ASS n. 1 Triestina (e non di *dimissibilità* la cui responsabilità spetta al personale del Pronto Soccorso).

Per ogni assistito è necessario valutare se le terapie prescritte sono compatibili con una possibile gestione familiare (ad es. insulina x 4).

Particolare attenzione deve essere riservata alle persone:

- molto anziane, soprattutto agli ultra90enni, per l'elevato rischio di conseguenze iatrogene da ricovero;
- provenienti dalle strutture protette e dalle Case di Riposo Polifunzionali;
- che accedono al Pronto Soccorso per prestazioni e terapie che possono essere soddisfatte dai servizi domiciliari e dagli ambulatori infermieristici distrettuali (ad esempio le ulcere agli arti inferiori per la presa in carico e il trattamento appropriato con i medici specialisti territoriali ed ospedalieri);

Il Dirigente Infermieristico
A.S.S. n.1 Triestina
Dott.ssa Maila Mislej

Il Dirigente Infermieristico
A.O. "Ospedali Riuniti di Trieste"
Dott. ssa Fabia Bassan

Allegate:

schede della continuità assistenziale deospedalizzati – ospedalizzati area medica/specialistica, area chirurgica/specialistica e pronto soccorso.

Scheda: "Strumenti di raccordo - telefonia mobile e fissa di riferimento"



Procedura Interaziendale concordata il 01/01/06
(Revisione 04 dd. 29/03/2010)



Pagina 1 di 2

OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Continuità assistenziale de-ospedalizzati area MEDICA/SPECIALISTICA

Ospedale _____	Reparto _____	Piano <input type="checkbox"/> Torre _____
Segnalato al Distretto n. <input type="checkbox"/> Sede _____		In data _____
Cognome _____ Nome _____		
Luogo e data di nascita _____		
Domicilio ¹ _____		Tel. _____
Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/> C.R.A. _____		
Telefono parenti/conoscenti (specificare) _____		
MMG ² _____		
Data ingresso _____		Ricoveri precedenti _____
DIAGNOSI CHIRURGICA: _____		
INTERVENTO CHIRURGICO: _____		
in data _____ c/o (reparto) _____		
DIAGNOSI:		
Diabete <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Scompenso Cardiaco <input type="checkbox"/> (Classificazione N.Y.H.A. <input type="checkbox"/>)		
Broncopatia <input type="checkbox"/> Flebopatia <input type="checkbox"/> Neoplasia <input type="checkbox"/> Encefalo/neuropatia <input type="checkbox"/>		
Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____		
PARTE RISERVATA AL DISTRETTO/ S.I.D. (Esito dell'intervento)		
Data della prima valutazione dell'assistito _____		Abitante in microarea <input type="checkbox"/>
PROVENIENTE DA STRUTT. POLIFUNZ. SI <input type="checkbox"/> QUALE _____ NO <input type="checkbox"/>		
PROVENIENTE DA STRUTT. PROTETTA SI <input type="checkbox"/> QUALE _____ NO <input type="checkbox"/>		
Preso in carico dal S.I.D. <input type="checkbox"/> Ricoverato in R.S.A. <input type="checkbox"/> Ricoverato in strutt. protetta o polifunz. <input type="checkbox"/>		
Ricoverato all'Hospice <input type="checkbox"/> Segnalato ai Servizi Sociali <input type="checkbox"/> Segnalato al D.S.M. <input type="checkbox"/>		
Segnalato al D.D.D. <input type="checkbox"/> Affidato al M.M.G. per follow-up <input type="checkbox"/>		
Trasferito in _____		Deceduto <input type="checkbox"/>
Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____		Annotazioni _____
L'Infermiere S.I.D. _____		Telefono _____
SITUAZIONE SOCIALE: Vive da solo <input type="checkbox"/> con coniuge/compagno <input type="checkbox"/> con figlio/parente <input type="checkbox"/>		
in struttura (specificare quale) <input type="checkbox"/> _____		
RETE PARENTALE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La rete è di supporto? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
AIUTI ESTERNI: Servizi Sociali Comunali (nominativo operatore) <input type="checkbox"/> _____		
Volontariato <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____		
STATO MENTALE: Lucido <input type="checkbox"/> Collabora <input type="checkbox"/> E' confuso <input type="checkbox"/>		

¹ Per domicilio si intende anche la struttura protetta, la casa di riposo, i gruppi appartamento ecc.

² MMG è il medico di famiglia o medico di medicina generale dell'assistito



Continuità assistenziale de-ospedalizzati area MEDICA/SPECIALISTICA

Cognome _____	Nome _____
DOLORE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> PUNTEGGIO V.A.S.: 0 PESO: _____ P.A.: _____	
SONNO: Autonomo <input type="checkbox"/> Indotto <input type="checkbox"/>	
IGIENE: Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
ALIMENTAZIONE: Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
ALIMENTAZIONE ARTIFICIALE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo _____	
REGIME DIETETICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo _____	
ASSUNZIONE FARMACI: Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
MOBILIZZAZIONE: Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
AUSILI UTILIZZATI: Materasso antidecubito <input type="checkbox"/> Tipo _____	
Carrozzina <input type="checkbox"/> Stampelle <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/> _____	
ALVO: Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> STOMIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
INCONTINENTE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Se SI: precedente al ricovero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>)	
DIURESI: Autonomo <input type="checkbox"/> Parz. aut. <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> Incontinente da (data pres.) _____	
CATETERE VESCICALE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Se SI: precedente al ricovero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>)	
Data ultimo posizionamento catetere _____ Tipo di catetere _____	
Data e luogo eventuale prossimo controllo urologico _____	
PANNOLONE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Se SI: precedente al ricovero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>)	
LESIONI DA DECUBITO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Se SI: precedente al ricovero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>)	
ZONA E STADIO: _____ PUNTEGGIO NORTON: <input type="checkbox"/>	
TRATTAMENTO LESIONI: _____	

MEDICAZIONE INTERVENTO: _____

TRATTAMENTO ASSISTENZIALE E TERAPEUTICO DURANTE LA DEGENZA

Terapia antalgica: _____ Terapia anticoagulante/antiaggregante: _____

Ultimo I.N.R.: _____ Eseguito in data: _____

TRATTAMENTO PREVISTO A DOMICILIO – IPOTESI/PROPOSTE DI INTERVENTO

PRESIDI MEDICO-CHIRURGICI IN USO E/O CONSIGLIATI A DOMICILIO

OSSERVAZIONI SPECIALISTICHE

Responsabile Infermieristico _____ Telefono _____

PDTA del paziente con Scoppio cardiaco – Allegato 3



Servizio Sanitario Regionale
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
 Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
 (D.P.C.M. 8 aprile 1993)



DIREZIONE SANITARIA
 Direttore Sanitario : dott. Luca Mascaretti

RICHIESTA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO A COMPLETAMENTO DELLE CURE OSPEDALIERE

Cognome e Nome		
Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso
Residenza (indirizzo, città, prov.)		
Telefono	CRA	
Ricoverato presso		Data Ricovero
Patologia principale		
Patologie concomitanti		
Intervento chirurgico		
Data Intervento	Carico concesso dal	Firma di chi concede il carico
Necessità di riabilitazione:	ORTOPEDICA <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICA <input type="checkbox"/>
	CARDIOLOGICA <input type="checkbox"/>	PNEUMOLOGICA <input type="checkbox"/>
Programma riabilitativo e tempi previsti di attuazione		

Si autorizza il trattamento riabilitativo:

- presso la Casa do Cura "Pineta del Carso"
- presso RSA
- a domicilio
- in regime ambulatoriale

Il Responsabile Richiedente

Il Medico Fisiatra

 Data, _____

 Data, _____

Spazio riservato al personale del Centro Servizi Interni	Timbro
Data, _____ Firma, _____	



ACCREDITED FOR ORGANIZATION BY
 JOINT COMMISSION INTERNATIONAL

DIREZIONE SANITARIA
 Ospedale di Cattinara – Strada di fiume, 447 – 34 149 TRIESTE
 Tel 040 - 399 4375 - Fax. 040 – 910690 e-mail: direzione-sanitaria-cattinara@aots.sanita.fvg.it
 Ospedale Maggiore – Piazza Ospitale1 - 34129 TRIESTE
 Tel 040 - 399 2211 - Fax. 040 - 399 2337 e-mail: direzione-sanitaria-maggiore@aots.sanita.fvg.it
 www.aots.sanita.fvg.it



**PROTOCOLLO DI COLLABORAZIONE
SS ANZIANI E RESIDENZE-RSA S. GIUSTO- CCV
NEL PAZIENTE ANZIANO CON PROBLEMATICHE
CARDIOLOGICHE ATTIVE**

GIACOMO BENEDETTI
GILBERTO CHERRI
MARIA GRAZIA COGLIATI
PAOLA COMUZZI
ANDREA DI LENARDA
FRANCO HUMAR
DONATELLA RADINI
CLAUDIA RUSGNACH
MELANIA SALINA

2013

Emerge l'utilità per alcune tipologie di pazienti anziani con patologie cardiovascolari in dimissione dalle strutture ospedaliere o riabilitative e segnalati dalle strutture territoriali di disporre di una struttura intermedia (nel caso specifico identificata con l'RSA San Giusto afferente al Distretto 2) per accogliere alcuni pazienti anziani con specifiche patologie cardio-vascolari già noti alla Cardiologia AOUTS e/o CCV (SC.Centro Cardiovascolare)

Percorsi in entrata

- **Percorso 1:** Pazienti anziani ricoverati per SCC in ambiente medico/cardiologico ospedaliero con necessità di una dimissione protetta per specifici motivi di continuità terapeutica-assistenziale di tipo CV.
- **Percorso 2:** pazienti anziani con SCC avanzato/terminale in dimissione da H o seguiti in home care con necessità di supporto inotropo /assistenza palliativa - presa in carico territoriale continuativa ad alta intensità assistenziale.
- **Percorso 3:** pazienti anziani fragili con instabilizzazione CV a basso rischio, degenti in strutture territoriali o domiciliarizzati ed in cui non sia proponibile per basso valore aggiunto, o già eseguito, un approfondimento specialistico ospedaliero.
- **Percorso 4:** pazienti che hanno completato il percorso riabilitativo cardiologico degenziale in Pineta del Carso (≥ 15 giorni), ma con necessità di prolungamento del monitoraggio/stabilizzazione CV in ambiente protetto.

Modalità di segnalazione e organizzazione durante il ricovero In RSA San Giusto

I pazienti, già noti (dati clinici accessibili), vengono valutati idonei per RSA dal personale medico/infermieristico del CCV e segnalati per ricovero presso la RSA San Giusto secondo le seguenti modalità operative:

- 1) Segnalazione diretta (mail/telefonata) della struttura/servizio inviante al referente medico CCV e/o infermieristico che, condivisa l'idoneità clinica del paziente (valutazione medica + BINA + consenso informato al ricovero in RSA), contatterà per mail la SS Tutela Anziani e Residenze del Distretto 2, la SS Tutela Anziani e Residenze del Distretto di appartenenza dell'assistito e per conoscenza la RSA San Giusto per l'attivazione del trasferimento non appena disponibile un posto letto. Durante la degenza, si terranno in RSA SG incontri di verifica (UVD), per la gestione sanitaria- assistenziale e per il programma post- dimissione.
- 2) Per i soli casi di persone ricoverate per assistenza palliativa in terapia con dobutamina, oltre alla procedura descritta, come da *"protocollo scompenso e dobutamina"*, è prevista:
 - a. Per i pazienti provenienti da strutture ospedaliere: presa in carico al letto del paziente in reparto ospedaliero da parte della coordinatrice della RSA S. Giusto.
 - b. Per i pazienti provenienti dal proprio domicilio: presa in carico da parte del personale infermieristico del CCV, come da *"protocollo scompenso e dobutamina"*.L'accoglimento è subordinato al consenso informato scritto del paziente al trattamento con dobutamina (tale informativa è di pertinenza del Cardiologo del CCV).
- 3) Il medico Cardiologo del CCV eseguirà valutazioni periodiche in RSA, prevedendo uno spazio di 90-120 minuti settimanale, concordando le scelte terapeutico/diagnostiche con il Medico Geriatra della struttura.

Obiettivi del ricovero in RSA:

- Stabilizzazione terapeutica (trattamento ev/os/sc, titolazione farmaci)
- Monitoraggio clinico (su indicatori a basso grado di complessità: parametri clinici/vitali, bioumorali, ev strumentali (ECG, ecocardio, saturimetria, Rx, BIVA, BNP).
- Completamento Riabilitazione (coerente con quanto già eseguito in Pineta e quanto potrà essere proseguito in Riabilitazione ambulatoriale)
- Riattivazione - Mobilizzazione, pratiche antidecubito
- Assistenza dignitosa/comfort alla fase terminale della vita (indicazioni su ACR/accanimento)

Protocollo di gestione in RSA del malato con scompenso cardiaco in terapia infusiva con Dobutamina

L'uso di farmaci inotropi positivi è indicato nei malati con scompenso cardiaco acuto e cronico riacutizzato con segni di bassa portata cardiaca con l'obiettivo di una stabilizzazione a breve termine. Pur non essendo stati dimostrati effetti favorevoli sulla sopravvivenza a medio-lungo termine, la terapia inotropica è presidio indispensabile come supporto al circolo nei malati con scompenso refrattario alla terapia standard, in fase di instabilità clinica maggiore e/o nei pazienti in cui siano falliti ripetuti tentativi di sospensione della terapia infusiva con inotropi positivi. In questi pazienti la mortalità è di circa il 50% ad un anno e supera l'80% nei pazienti dipendenti e non svezabili dal supporto inotropo. L'infusione continua o intermittente di tali farmaci con pompa tradizionale o portatile viene quindi proposta come unico presidio di cura palliativo nei malati in fase terminale della malattia in assenza di valide opzioni terapeutiche alternative con lo scopo di permettere la dimissione dall'ospedale e la continuazione delle cure in RSA e/o nel proprio ambito familiare.

Popolazione di riferimento

Verranno proposti per una terapia infusiva periodica o continua in RSA con dobutamina malati ospedalizzati presso la S.C. di Cardiologia dell'A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Trieste con:

- scompenso cardiaco avanzato o "terminale" (malati in classe NYHA IIIb-IV, severa riduzione della frazione d'eiezione, eventuali segni di danno d'organo - disfunzione renale e/o epatica -);
- persistenza di severo impegno emodinamico nonostante terapia orale massimale;
- dipendenza dalla terapia inotropica transitoria (fase di instabilità clinica maggiore con segni di bassa portata in terapia standard ottimizzata) o persistente (dimostrata dopo il fallimento di almeno 2 tentativi di sospensione della terapia infusiva con dobutamina durante il periodo di ospedalizzazione);
- assenza verificata e documentata nella documentazione clinica di valide alternative terapeutiche.

Gli utenti con indicazione a terapia infusiva con dobutamina potranno provenire anche dal proprio domicilio, a patto che la terapia infusiva con dobutamina, ai dosaggi che andranno impiegati, sia stata già testata e tollerata senza effetti collaterali significativi in ambiente ospedaliero.

Modalità operative di attuazione del trattamento con farmaci inotropi (dobutamina ev) in RSA.

Durante il ricovero ospedaliero, verificata la severità clinica e la refrattarietà al trattamento medico standard ottimizzato, definita la severità della prognosi quoad vitam a breve termine sulla base delle indicazioni dei dati sanitari contenuti in cartella clinica e l'assenza di valide opzioni terapeutiche alternative, vengono poste indicazioni ad un programma di assistenza al paziente con infusione temporanea o continua di inotropi da proseguire in RSA.

Le indicazioni all'utilizzo in RSA di dobutamina ev, farmaco inotropo ad uso ospedaliero, vengono quindi poste, condivise e testate a livello ospedaliero durante la degenza presso la SC Cardiologia. Il trattamento in RSA con dobutamina va inteso come la naturale prosecuzione di un trattamento di supporto iniziato a livello ospedaliero dopo averne verificato la necessità, l'impossibilità al suo svezzamento durante la degenza e la sicurezza del trattamento (assenza di complicanze e/o eventi maggiori in corso di infusione del farmaco, attribuibili al farmaco stesso): la documentazione sanitaria relativa a quanto sopra esposto è contenuta nella cartella clinica ospedaliera del malato.

Se durante la degenza in RSA il paziente dovesse raggiungere una stabilità tale da consentire lo svezzamento dall'infusione di dobutamina, si imposterà programma di dimissione (PAI) con follow up Medico Infermieristico Assistenziale.

Come già detto gli utenti con indicazione a terapia infusiva con dobutamina potranno provenire anche dal proprio domicilio, a patto che la terapia infusiva con dobutamina, ai dosaggi che andranno impiegati, sia stata già testata e tollerata senza effetti collaterali significativi. Quindi anche in questo caso il trattamento con dobutamina va inteso come la prosecuzione di un trattamento di supporto iniziato a livello ospedaliero dopo averne verificato la necessità e la sicurezza del trattamento (assenza di complicanze e/o eventi maggiori in corso di infusione del farmaco, attribuibili al farmaco stesso). Tale indicazione va esplicitata nel referto cardiologico.

All'utente ed ai famigliari, previo documentato assenso del medesimo, viene data informazione in forma scritta sulla malattia e sul programma terapeutico proposto tramite apposito modello informativo. In particolare vanno chiariti gli aspetti legati alla prognosi infausta a breve termine ed agli obiettivi terapeutici di tipo palliativo del programma di assistenza, compreso quello previsto in RSA.

Al malato – e, previo documentato assenso del medesimo, alle persone da lui eventualmente indicate - viene data inoltre idonea spiegazione sulle modalità assistenziali previste, sulla sicurezza del trattamento e sui possibili effetti collaterali. L'assenso scritto del malato al programma proposto andrà riportata anche nella documentazione clinica del paziente.

Una volta che il malato ha manifestato in forma scritta il suo assenso ad essere assistito in RSA secondo le modalità descritte, durante la degenza, se appropriato, verrà posizionato un dispositivo port-a-cath in vena succlavia attraverso il quale, mediante pompa portatile, avverrà l'infusione continua di dobutamina (range di dosaggio 1.25-5 mcg/kg/min). In alternativa, ed in particolare per i cicli di trattamento temporaneo fino a stabilizzazione clinica, potrà essere usata una pompa infusiva tradizionale ed infuso il farmaco in vena periferica.

Nella cartella della RSA dovrà essere presente la lettera di dimissione dalla S.C. di Cardiologia e/o il referto del Cardiologo del CCV che deve riportare dettagliatamente una epicrisi sulla cardiopatia, che includa la valutazione di severità e la prognosi severa del malato, l'assenza di opzioni terapeutiche alternative, la prospettiva palliativa del trattamento impostato, la documentata tollerabilità e sicurezza del farmaco testata durante il ricovero ai dosaggi che verranno utilizzati in RSA oltre l'avvenuta adeguata informazione al malato e ai suoi famigliari con il loro assenso al programma e al ricovero presso RSA.

Degenza in RSA

All'accoglimento in RSA viene organizzato un incontro del personale sanitario Medico ed infermieristico della RSA con il Cardiologo del CCV per discutere e condividere lo stato clinico del malato, il piano assistenziale e terapeutico, i dosaggi e velocità di infusione della dobutamina ed i successivi controlli clinici, strumentali e bioumorali. Durante la degenza in RSA, la velocità d'infusione della dobutamina sarà impostata ed eventualmente modificata dal Cardiologo territoriale referente in accordo con il Medico Geriatra della RSA sulla base dei dosaggi testati durante la degenza in S.C. di Cardiologia e sulle necessità cliniche del paziente.

Le modifiche terapeutiche ed i programmi cardiologici successivi, saranno riportati sulla cartella clinica informatizzata Cardionet (e stampati ad ogni accesso come referto "Presa in carico" all'accoglimento, con tutti i dettagli del programma assistenziale e terapeutico, e come referto "Diario clinico cardiologico", durante gli accessi successivi), una copia dovrà essere presente nella Cartella della RSA.

Il percorso diagnostico terapeutico sarà concordato tra il Medico Geriatra della RSA ed il Cardiologo del CCV.

L'eventuale necessità di nuovo ricovero ospedaliero sarà dettata da motivi d'urgenza (es. nelle ore notturne e festivi) o sarà concordata tra cardiologo territoriale e il medico RSA.

Periodicamente verranno organizzate, in RSA, delle riunioni di epicrisi sul caso clinico a cui verranno invitati tutti gli operatori coinvolti nella gestione.

Cartella clinica informatizzata

Attivi Cardionet/E-Scribe per inserire direttamente in tempo reale le consulenze/aggiornamenti cardiologici ed interpretare gli ECG.

Dotazioni strumentali

Nessuna ad alta complessità. Da valutare, in un secondo momento, l'eventuale attivazione di sistema di telemedicina per trasmissione dati sanitari clinico-strumentali a bassa complessità.

Processo in caso di urgenza e necessità di trasporto in Pronto Soccorso

Verranno seguite le procedure già in atto presso la RSA San Giusto.

Il cardiologo referente e/o reperibile del Centro Cardiovascolare garantisce supporto clinico dalle 8.00 alle 20.00 dal lunedì al venerdì.

Il Cardiologo di guardia della Cardiologia AOUTS può essere contattato per refertazione ECG e o consulenza telefonica in caso di necessità al di fuori di questo orario (telefono UTIC 0403994877).

In caso di trasporto urgente in PS allegare alla documentazione lettera "diario clinico cardiologico", fotocopia "foglio terapia" e fogli "diario clinico infermieristico". In caso di ricovero presso la SC Cardiologia AOUTS la documentazione clinica cardiologica sarà comunque disponibile nel visualizzatore referti.

Formazione continua del personale per la gestione dei pazienti con patologie cardiovascolari.

A cura del CCV.

Carichi di lavoro

- Indicativamente massimo 2-3 pazienti accolti contemporaneamente (da valutare in relazione al carico assistenziale sanitario della RSA).
- Terapia ev
- Monitorizzazione quotidiana parametri clinici (PA, FC, SatO₂, peso, ...)
- Consulenza specialistica, eventuale ecocardio/BIVA, ecc a gestione del CCV
- Rx torace (in pazienti selezionati).
- ECG/Esami bioumorali (1-2/settimana)

Protocollo operativo per il cardiologo referente della gestione dei pazienti in RSA San Giusto

- In presenza di pazienti con cardiopatia complessa in carico si prevedono 1 accesso prestabilito/settimana; ulteriori accessi saranno stabiliti sulla base delle necessità cliniche da condividere caso per caso;
- Durante l'accesso in San Giusto:
 - Visita dei pazienti in carico + eventuali richieste estemporanee, previo accordo nei giorni precedenti all'accesso in RSA per le visite programmate (con successiva presa in carico se appropriato o chiusura del caso con semplice visita e referto su Cardionet)
 - Verifica diario clinico infermieristico (peso, PA, FC, SO₂) e della terapia; eventuali commenti/aggiornamenti/note da inserire sul diario clinico in Cardionet; l'aggiornamento della terapia si fa direttamente sul foglio terapia della RSA.
 - Refertazione ECG su E-Scribe (Cartella RSA San Giusto) e stampa;
 - Apertura di una unica "Visita fuori sede" su Cardionet
 - inserimento anamnesi (copia-incolla o "importa" essendo generalmente casi già noti); inserimento nei parametri funzionali di peso, h, PA, FC, NYHA, SO₂; aggiornamento diagnosi e terapia all'ingresso (es. inizio dobutamina); stampa modulo "Preso in carico RSA San Giusto";
 - aggiornamento diario visita per visita (data: stabile, EO, peso, ...) su "esame obiettivo"; inserimento dei dati di laboratorio essenziali (generalmente ingresso e fine aggiornando la data esame); non serve aggiornare la terapia su cardionet visita per visita (se non come breve commento nel testo libero del diario, es scalo dobutamina dal ...; prosegue diuretici ev); stampa del modulo "diario clinico RSA" (contiene anamnesi, parametri funzionali, diario clinico, diagnosi e programma); non contiene la terapia per non generare confusione rispetto alla terapia in corso); una seconda copia va trattenuta per la contattabilità 8-20 dal cardiologo referente o dal cardiologo reperibile con allegata fotocopia del foglio terapia dell'RSA;
 - a fine ricovero inserire una sintesi sulla casella sintesi (che comparirà sotto il diario clinico); inserire i dati in dimissione (profilo "ricovero RSA San Giusto")

con parametri vitali in dimissione, obiettivi raggiunti del piano riabilitativo, ecc, esami bioumorali in dimissione, terapia prescritta, programma post ricovero (SID, visite, riferimento Riabilitazione del Cardiopatico).

Contattabilità CCV: Se non contattabile direttamente il referente cardiologo per la RSA San Giusto del CCV, il cellulare dell'Ambulatorio Infermieristico (cell. 3290979497) e/o del cardiologo reperibile (cell. 3483969990) sono contattabili dalle 8 alle 20 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì, per consulto telefonico in caso di problemi/instabilizzazioni cliniche.

Dimissione

In caso di dimissione dalla RSA, si procederà:

- a formulare PAI con attivazione della rete territoriale di competenza
- a programmare follow up specialistico al domicilio.
- a consegnare dettagliata relazione clinica alla quale si allegherà l'ultima consulenza Cardiologica.

	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 1 di 8

Assistenza Domiciliare

L'Assistenza Domiciliare (AD) trova molteplici e precisi riferimenti normativi, il più recente dei quali, ed anche più importante, è il decreto ministeriale sui LEA (livelli essenziali di assistenza – DPCM 29.11.2001 – GU 8.2.2002).

L'assistenza domiciliare si esplicita anche attraverso il Servizio Infermieristico Domiciliare (SID). Il Servizio costituisce un livello essenziale di assistenza, si fonda sul principio di migliorare la qualità di vita dei cittadini garantendo cure adeguate a domicilio, nella logica della continuità terapeutica ed assistenziale, in coerenza con i bisogni della persona accertati da una valutazione tecnica (monodimensionale o, se il caso è complesso, multidimensionale). Esso si realizza con un approccio globale ed unitario ai bisogni della persona, nel rispetto della sua dignità e libertà.

Il servizio infermieristico domiciliare (SID) è, in linea generale, da intendersi opzione assistenziale alternativa al ricovero ospedaliero e con questo posto in linea diretta di continuità - contiguità assistenziale.

Il Servizio è erogato a favore di persone non autosufficienti, in genere anziane, ma non esclusivamente. Trattasi di persone con accertabile impossibilità ad essere trasportate nei luoghi di cura (ambulatori o centri sanitari distrettuali od ospedalieri, ecc.), a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali o motori, tali da rendere problematico ogni spostamento, oppure di persone con gravi oggettivi problemi logistici di difficile soluzione (es. abitazione con molte scale, trasporto difficile ed oneroso, ecc.).¹

Nell'organizzazione dei Distretti dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina, le cure domiciliari offerte dal Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) sono di competenza della Struttura Semplice Cure Ambulatoriali e Domiciliari².

Il Servizio Infermieristico Domiciliare

Il Servizio Infermieristico Domiciliare, è composto da infermieri e personale di supporto, è affiancato da terapisti della riabilitazione e da; medici dipendenti o convenzionati a seconda delle fasi temporali in cui si articola e può essere³:

- **di presa in carico** con Piano Assistenziale Individuale (PAI) quando prevede la presa in carico di assistiti con bisogni sanitari "complessi". Parte di questi assistiti, quando hanno raggiunto il massimo grado di autonomia possibile e sono stabilizzati, rientrano nei programmi di follow up dei Distretti (verifiche periodiche);

¹ ATTO AZIENDALE 2009, Manuale SID ARS FVG 2008

² ATTO AZIENDALE 2009

³ [I due livelli sono stabiliti dall'Agenzia Regionale della Sanità.](#)

Rev. 01 15.09.2004

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 2 di 8

- **occasionale o prestazionale** quando soddisfa bisogni sanitari “semplici” per mezzo di alcune prestazioni.

Chiunque può chiedere il Servizio, per se stesso o per un proprio conoscente⁴.; In caso di bisogno puramente infermieristico assistenziale, non è necessaria la richiesta del MMG. In ogni caso è assicurato il raccordo col medico curante.

La presa in carico persegue la finalità di assistere la persona in ambiente domestico, ricorrendo alle cure ospedaliere solo all’insorgere di fatti acuti non affrontabili a domicilio, prevenire e ridurre al minimo le complicanze derivanti dall’evoluzione della malattia, garantire la continuità assistenziale e supportare la persona e la famiglia nella fase avanzata o terminale della malattia.

In tale modo si assicura che la persona sia assistita in modo globale, con interventi unitari, coordinati e continuativi, affinché il SID sia reale **alternativa al ricovero ospedaliero**. Ciò si applica anche alle strutture residenziali previste dalla normativa regionale.

Come previsto dal **DPCM 29.11.2001** “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”, **questo livello assistenziale (SID continuato), al pari di quello ospedaliero, non comporta alcun onere per l’assistito**. Per questo, ed in considerazione dell’alto costo organizzativo, è essenziale mantenere elevato il grado di appropriatezza delle richieste, nonché di efficacia ed efficienza del Servizio.

La presa in carico comprende l’iniziale cura e protezione del malato e contemporaneamente avvia l’istruzione - educazione dell’assistito, abilità conservate della persona e quelle attivabili anche in seno alla sua famiglia, facilita la costruzione di una *rete relazionale ed assistenziale*⁵ idonea a rispondere alle sue necessità. Essa prevede quindi momenti di educazione alla salute e addestramento per l’acquisizione di tecniche ed abilità specifiche da parte dell’assistito e/o dei *care givers*⁶ (self care). Ha la finalità di renderli maggiormente responsabilizzati, di porli in grado di raggiungere il più elevato grado possibile di autonomia nel gestire la malattia, nel corrispondere alle necessità assistenziali e prevenire ogni forma di istituzionalizzazione o di ricovero improprio.

La presa in carico prevede la formulazione del piano assistenziale personalizzato a cura dell’infermiere *case manager*⁷ che lo realizza con la partecipazione dell’assistito, i suoi *care givers*, il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta e, al caso, in raccordo con altri servizi, la teleassistenza e telesoccorso e le associazioni di volontariato.

⁴ La richiesta formale di accesso al servizio è disciplinata dall’Accordo Collettivo Nazionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale.

⁵ La *rete* può essere costituita da familiari, amici, dal vicinato, da Servizi del Servizio Sociale di Base, da volontari, da operatori del settore privato sociale e/o commerciale.

⁶ Per care giver si intende la persona che si prende cura dell’assistito anche se non vincolato da legami parentali, può partecipare al piano assistenziale e incoraggiare l’assistito a raggiungere il maggior grado di autonomia possibile.

⁷ Il case manager è il regista del piano assistenziale ma anche l’infermiere di famiglia nell’accezione dell’Organizzazione Mondiale della Sanità.

	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFIERMISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 3 di 8

Per la realizzazione del piano assistenziale, l'Infermiere *case manager* si avvale di strumenti di valutazione e protocolli validati da organismi competenti e da istruzioni operative.

In situazioni di bisogno sociale dell'assistito e dei suoi familiari, l'infermiere *case manager* attiva anche il servizio sociale. Se sussiste contemporaneamente un bisogno di tipo sanitario e sociale, sono richiesti di conseguenza interventi multiprofessionali inscindibilmente legati; il caso è quindi definito "caso complesso" necessitante di **interventi integrati di tipo sociosanitario**: in questo caso l'**assistenza domiciliare** è propriamente definita "**integrata**".

L'infermiere *case manager* è, di fatto, l'**infermiere di famiglia**, ovvero il punto di riferimento e raccordo dei bisogni del nucleo familiare.

L'infermiere di famiglia - *case manager*:

- **valuta i bisogni** (socosanitari) attraverso un colloquio/intervista con l'assistito e/o i familiari, il confronto con gli altri professionisti del caso, la presa visione della documentazione clinica dell'assistito e della diagnosi medica, l'osservazione dei segni, sintomi e del comportamento dell'assistito, l'osservazione delle condizioni del contesto abitativo, l'utilizzo di schede/scale di valutazione (mono o multidimensionale, ad es. scheda Norton - Stotts per la valutazione del rischio di LDD, la ValGraf, ecc.);
- **formula il piano assistenziale** che condivide con l'utente e gli altri professionisti del caso; in esso esplicita i bisogni dell'assistito (nei tre ambiti : sanitari, socioassistenziali, sociosanitari), la diagnosi infermieristica, gli obiettivi assistenziali e le azioni necessarie a perseguirli, la prescrizione terapeutica, la tipologia degli interventi e le figure professionali coinvolte, la frequenza degli accessi degli operatori, gli eventuali trattamenti terapeutici particolari, gli eventuali presidi e ausili sanitari o apparecchi biomedicali, la durata presumibile degli interventi assistenziali, programma le modalità e la tempistica delle verifiche, definisce gli esiti attesi.

Per la presa in carico si utilizza la **cartella AD** quale strumento informativo interdisciplinare che contiene, se previsto, la richiesta formale di attivazione del Servizio da parte del Medico di Medicina Generale o del Pediatra di Libera Scelta, oltre al piano assistenziale, alla documentazione sanitaria dell'assistito, alla registrazione degli interventi degli operatori e dei care givers coinvolti e ad ogni altro documento utile alla pianificazione assistenziale.

Il **Servizio occasionale** è caratterizzato da prestazioni occasionali semplici, anche ripetute nel tempo, senza la predisposizione di un piano assistenziale (valutazioni, counselling, prelievi, rimozione suture, medicazioni ed iniezioni), accertata l'impossibilità del malato a recarsi presso le strutture sanitarie. Gli assistiti non rientrano in alcun processo di follow up.

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 4 di 8

Prestazioni SID

Le prestazioni, di seguito elencate, sono erogate se:

- a) prescritte dal Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta su modulo del Servizio Sanitario Regionale (mod. PRP del SSR) o sulla cartella del servizio (cartella AD). In caso di prestazioni diagnostiche e specialistiche è indispensabile che la prescrizione sia formulata su PRP del Servizio Sanitario Regionale;
- b) la prescrizione motiva la necessità che le prestazioni richieste debbano essere eseguite a domicilio.

❖ Monitoraggio del processo assistenziale – verifica degli esiti

Il piano assistenziale di ogni assistito prevede momenti di verifica con il confronto tra gli obiettivi attesi e quelli osservati ed il monitoraggio continuo del processo assistenziale progettato. L'Infermiere per svolgere questa attività si avvale di molteplici strumenti di valutazione riconosciuti dalla comunità scientifica come validi ed efficaci.

❖ Rilevazione parametri vitali

L'intervento è finalizzato alla valutazione dei parametri vitali nei soggetti con funzioni fortemente compromesse o in particolare momenti di instabilità all'interno del progetto assistenziale. Restando fondamentale l'obiettivo dell'autogestione della malattia da parte dell'assistito, si effettueranno tutte le azioni necessarie all'iniziale protezione del caso, e alla successiva istruzione e formazione degli stessi utenti o delle persone che li assistono.

⊞ Terapia farmacologica parenterale

Nell'ambito dei piani assistenziali concordati con i MMG e PLS, il Servizio Infermieristico Domiciliare interviene per la somministrazione parenterale di farmaci qualora non sia possibile e/o efficace l'alternativa per via orale.

Nelle terapie continuative (ad es. insulina, eparina s.c.), previa valutazione del caso e delle risorse disponibili, si metteranno in atto tutte le azioni necessarie alla iniziale protezione del caso e alla concomitante istruzione e formazione dell'assistito e dei *care givers*.

Le terapie iniettive che possono comportare un **umentato rischio** sono somministrate dal medico o sotto controllo medico (ad es. ferro, sangue, emoderivati, *goserelin*: impianto a rilascio prolungato).

E' **esclusa** dalle prestazioni iniettive del servizio la somministrazione di chemioterapici, farmaci OSP e farmaci a totale carico dell'assistito (questi ultimi salvo eccezioni motivate). Per la perfusione continua di liquidi, il servizio interviene qualora esista a domicilio un care giver al quale possa essere affidata, previa istruzione, la sorveglianza ed il cambio

	<p style="text-align: center;">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p style="text-align: center;">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 5 di 8

eventuale dei flaconi. Per l'esecuzione dell'aerosol terapia il servizio interviene esclusivamente con la finalità di educare l'assistito e/o chi lo assiste all'autogestione.

❖ **Monitoraggio della terapia anticoagulante orale**

Per la terapia anticoagulante orale a domicilio si effettua, di norma, il prelievo capillare anziché venoso e si utilizza il coagulometro portatile.

La programmazione della frequenza dei controlli è concordata con il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta nell'ambito del piano terapeutico.

La prescrizione deve essere corredata di diagnosi e *range* terapeutico in cui mantenere i valori di indice di protrombina. L'esecuzione della prestazione è strettamente legata alla disponibilità del prescrittore a rendersi contattabile in tempo reale per l'aggiornamento della terapia.

❖ **Monitoraggio terapia farmacologica orale**

Alla somministrazione della terapia orale provvede autonomamente l'assistito con l'eventuale supporto del care giver, salvo un eventuale breve periodo iniziale di istruzione - educazione, ove necessario. Al fine di garantire la corretta assunzione di farmaci a basso indice terapeutico, in soggetti a rischio di omissione, sovra o sottodosaggio, l'infermiere case manager attiva il servizio telefonico "*agenda farmaci*" istituito nell'ambito della convenzione aziendale per il telesoccorso e telecontrollo.

❖ **Ossigenoterapia**

Il servizio è attivato prioritariamente/prevalentemente allo scopo di addestrare l'assistito e il care giver a provvedere in modo autonomo, e in sicurezza, all'uso dei presidi.

Nell'ambito dei piani assistenziali personalizzati concordati con il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e lo specialista pneumologo può essere richiesta la rilevazione dei parametri forniti dalla saturimetria e spirometria.

❖ **Nutrizione artificiale a domicilio**

Il Team nutrizionista ospedaliero avvia inizialmente le cure e provvede alla formazione dei *care giver* in regime di ricovero ospedaliero, attiva il Servizio Infermieristico Domiciliare con il quale collabora assieme al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta nell'erogazione della prestazione e nel monitoraggio.

❖ **Gestione di catetere venoso centrale e/o Port-a-cath**

L'intervento del servizio è finalizzato ad avviare l'assistenza e consentire il raggiungimento del maggior grado di autonomia possibile da parte dell'assistito e/o del *care giver*, previa valutazione del caso e delle risorse disponibili.

I lavaggi sono effettuati secondo protocolli o indicazioni consolidate delle strutture che hanno posizionato l'accesso (es. CRO di Aviano, Istituto Burlo Garofolo, C.S.O., ARTA),

Rev. 01 15.09.2004

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 6 di 8

su richiesta ed in collaborazione con Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta.

❖ **Elettrocardiogramma**

E' effettuato solo in presenza di prescrizione completa, corredata da obiettività clinica, diagnosi e terapia in atto, motivando la necessità che la prestazione debba essere eseguita a domicilio.

L'elettrocardiogramma è eseguito soltanto previa visita del MMG nell'ambito di piani assistenziali per soggetti già in carico, oppure per assistiti occasionalmente, di preferenza se candidati ad una presa in carico continuativa.

❖ **Prelievi ematici o di altri campioni biologici**

Qualora non sia possibile la consegna della prescrizione presso il servizio del Distretto, la stessa può pervenire, previo contatto telefonico, anche via telefax o e-mail purché (per consentirne la corretta programmazione ed esecuzione) siano chiaramente leggibili i seguenti dati:

- anagrafici
- banda a lettura ottica della richiesta
- analisi richieste.

Le prescrizioni **urgenti** sono concordate dal Medico di Medicina Generale e dal Pediatra di Libera Scelta con il personale infermieristico del servizio. Per *urgente* si intende il prelievo che deve essere effettuato entro 24 ore.

❖ **Determinazione glicemica da prelievo capillare**

Dato la rilevanza ed il valore dell'autocontrollo nei soggetti diabetici, anche quelli seguiti a domicilio devono essere istruiti ad apprendere la metodica e provvedere autonomamente o con il supporto del care giver al controllo della glicemia. Solo in casi selezionati, ove l'intervento educativo è inattuabile, il servizio effettua i controlli periodici concordati con il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta ed al medesimo comunica il risultato dell'esame per l'eventuale aggiornamento della terapia. Di norma riguarda quindi soggetti con diabete in fase di instabilità e conseguente necessità di stretta sorveglianza e continue variazioni di terapia.

❖ **Medicazione, fasciature, bendaggi**

Il servizio può essere attivato in caso di rimozione suture e medicazione di lesioni della cute. Nell'ambito di una pianificazione condivisa con il medico, previa valutazione del caso e quando la situazione lo consenta, gli interventi mirano ad istruire l'assistito e/o il *care giver* all' automedicazione. In tal caso, il servizio interviene per una periodica valutazione fungendo da raccordo con il medico e con gli specialisti coinvolti.

Rev. 01 15.09.2004

	<p align="center">AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1</p> <p align="center">DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI</p>	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 7 di 8

❖ **Gestione stomie**

Il servizio assicura la prestazione per lo stretto tempo necessario al raggiungimento della piena autonomia del soggetto e/o del *care giver*. E' pertanto opportuno che l'educazione all'autogestione della stomia inizi già in regime di ricovero ospedaliero.

❖ **Cateterismi vescicali**

I soggetti con catetere a permanenza sono inseriti nel progetto sul monitoraggio e prevenzione dell'incontinenza, in accordo con il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta. Sono garantite le sostituzioni del catetere secondo la tipologia del presidio. Per i cateterismi ad intermittenza il servizio si attiva allo scopo di addestrare ed educare l'assistito e/o il *care giver*, per il tempo utile al raggiungimento della manualità necessaria a provvedere in modo autonomo.

❖ **Clismi**

Possono essere eseguiti esclusivamente in casi selezionati da anamnesi infermieristica, su motivata prescrizione del Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta. Non si effettuano i clismi di pulizia per la preparazione ad indagini radiologiche.

Riferimenti legislativi, atti dell'Azienda e documentazione di riferimento

L. n. 833/78 art. 25 e P.O. Anziani.

L. n.42 del 26.02.1999 su "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

Dpr 22.07.1996 n. 484 – A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 28.07.2000 n. 270 all. G e H - A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 24.12.1992 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Dpcm 29.11. 2001 "Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria".

Dpr 01.03.1994 "Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96".

Dpr 14 settembre 1991 Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

Decr. 14.09.1994 n. 739 sui profili professionali.

L.R. 19.05.1998 n.10 "Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali".

Il progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92" e successivamente recepito dal DPR 1.3.94.

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee - guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

Rev. 01 15.09.2004

	AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 1 DOCUMENTO DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE DEI DISTRETTI	Rev.02	
		Data 15.06.2011	Pagina 8 di 8

Linee guida ministero Sanità, giugno 1996 Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel PSN per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia.

Aggiornamenti normativi nazionali e regionali sulle palliative:

Le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92.

Codice Deontologico IPASVI – gennaio 2009.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 1 di 6	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITÀ
5. MODALITÀ ESECUTIVE
6. RIFERIMENTI
7. ARCHIVIAZIONE
8. ALLEGATI

			DSRI	RQ	DG
Rev.	Data	Causale	Redazione	Verifica	Approvazione
01	27.01.2005	Pag. 6 allegati			

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 2 di 6	

1 SCOPO

SID continuato (SID – COMPL):

- prendere in carico assistiti con bisogni sanitari “complessi” ed erogare l’assistenza a bassa intensità (AD – ADI _ B) e a medio-alta intensità (ADI _ M/A). Parte di questi assistiti, quando hanno raggiunto il massimo grado di autonomia possibile e sono stabilizzati, rientrano nei programmi di follow up dei Distretti (verifiche periodiche).
- e supportare la persona e la famiglia nella fase avanzata o terminale della malattia.

SID occasionale (SID – SEMPL): erogare prestazioni una tantum che richiedono meno di un accesso mensile a domicilio.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Il Servizio è erogato a tutti i cittadini senza limiti di età non autosufficienti, in genere anziane, ma non esclusivamente. Trattasi di persone con accertabile impossibilità ad essere trasportate nei luoghi di cura (ambulatori o centri sanitari distrettuali od ospedalieri, ecc), a causa di gravi deficit cognitivi, sensoriali o motori, tali da rendere problematico ogni spostamento, oppure di persone con gravi oggettivi problemi logistici di difficile soluzione (es. abitazione con molte scale, trasporto difficile ed oneroso, ecc.).

3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AD	Assistenza Domiciliare
H	Ospedale
INF	INFermiere
INF CM	INFermiere Case Manager
LDD	Lesioni Da Decubito
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
D RI	D Responsabile Infermieristico
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UO	Unità Operativa
SIDACC	Procedura di ACCoglienza della domanda
SID – COMPL	Servizio Infermieristico continuato
SID – SEMPL	Servizio Infermieristico occasionale
INF Case Manager	è il regista del programma assistenziale (l’infermiere di famiglia) SID continuato.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 3 di 6	

Cartella AD è lo strumento informativo multidisciplinare del SID continuato.

Documento SID è il documento su finalità, obiettivi e attività del SID.

SIR/ARS sistema informativo/co dell'Agazia Regionale della Sanità del FVG:

4 RESPONSABILITÀ

D RI è responsabile della programmazione e gestione delle risorse, della verifica dell'erogazione del SID continuato e occasionale, dei dati e della conservazione della documentazione di servizio.

MMG è responsabile dell'attivazione del servizio e del piano di cura (assistito adulto).

PLS è responsabile dell'attivazione del servizio e del piano di cura (assistito in età pediatrica).

INF CM **in caso di SID continuato** è responsabile della stesura, realizzazione e verifica del piano assistenziale, del raccordo col MMG o PLS e/o dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (servizi sociali, teleassistenza, parenti, vicini, associazioni di volontariato).

INF **in caso di SID continuato** è corresponsabile (nel momento in cui eroga la prestazione a domicilio) con l'INF CM nella realizzazione e verifica del piano assistenziale nonché del raccordo con MMG o PLS e/o dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (servizi sociali, teleassistenza, parenti, vicini, associazioni di volontariato).

In caso di SID occasionale è responsabile dell'erogazione della prestazione a domicilio.

E' responsabile dell'inserimento dei dati degli assistiti del SID nel SIR/ARS

5 MODALITÀ ESECUTIVE

L'erogazione del SID continuato e occasionale è subordinata alla richiesta formale, formulata su ricettario regionale e/o su altra modulistica concordata, da parte del MMG/PLS.

La richiesta formale di cui sopra:

- fa parte della documentazione della cartella AD nel caso in cui il SID è continuato;
- fa parte della documentazione del Centro di Prenotazione Unico distrettuale (CUP) se il SID è occasionale.

SID continuato

L'INF CM concorda con l'assistito o un suo familiare la prima visita a domicilio per la valutazione dei bisogni. Discute il caso con il MMG/PLS a domicilio dell'assistito, se la visita è congiunta, o telefonicamente. Elabora il piano di assistenza, individua i care givers

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 4 di 6	

quale punto di riferimento per la cogestione delle attività assistenziali di supporto (l'igiene della persona e dell'ambiente, la dieta, ecc.).

In occasione del primo accesso a domicilio lo informa sul numero telefonico del SID che deve utilizzare in caso di mancata prestazione come da piano assistenziale e per ogni altra evenienza.

L'INF CM e/o l'INF a domicilio dell'utente attua gli interventi programmati, eroga le prestazioni, rileva le variazioni di ordine clinico - assistenziale e relazionale, modifica il piano di assistenza secondo le necessità dell'assistito, attiva il MMG/PLS nel caso in cui si manifestino sintomi che attestino variazioni dello stato clinico dell'assistito tali da richiederne una valutazione integrata.

Quando si evidenzia la necessità, propone al MMG/PLS la consulenza di specialisti, la fornitura di presidi/ausili e di apparecchi elettromedicali. Inserisce i dati degli assistiti nel SIR/ARS. Assicura l'inserimento dei dati nel SIR/ARS.

Il MMG/PLS annota la prestazione e/o le variazioni delle prescrizioni terapeutiche nella cartella AD o su ricettario del SSR o su carta intestata d'uso personale.

La chiusura del SID (della presa in carico) avviene quando l'assistito:

- ha raggiunto il massimo grado di autonomia possibile ed è stabilizzato e non necessita di follow up, in questo caso l'INF CM, previa valutazione, propone la chiusura del SID continuato al MMG/PLS;
- è deceduto;
- è trasferito ad altro servizio o fuori provincia.

SID occasionale

L' INF comunica all'utente:

- il giorno e la fascia oraria in cui riceve la prestazione a domicilio;
- la preparazione necessaria ad una corretta riuscita dell'esame;
- il giorno, il luogo e la fascia oraria per il ritiro delle risposte;
- il numero telefonico del SID da utilizzare in caso di mancata prestazione.

L'INF del SID esegue i prelievi biologici soggetti a partecipazione della spesa da parte dell'assistito e quelli ripetitivi nel tempo per garantire il monitoraggio clinico e farmacologico in raccordo con il MMG/PLS, viceversa gli stessi sono effettuati in outsourcing (con un istituto convenzionato) quando sono gratuiti ed una tantum. Assicura l'inserimento dei dati nel SIR/ARS.

Il SID documenta in agenda la programmazione di tutte le prestazioni occasionali a domicilio e, solo per le prestazioni in outsourcing, conserva copia della richiesta del medico.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 5 di 6	

6 RIFERIMENTI

Riferimenti legislativi, atti dell'Azienda e documentazione di riferimento

L. n. 833/78 art. 25 e P.O. Anziani.

L. n.42 del 26.02.1999 su “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”.

Dpr 22.07.1996 n. 484 – A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 28.07.2000 n. 270 all. G e H - A.C.N. disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Dpr 24.12.1992 Definizione dei livelli essenziali di assistenza.

Dpcm 29.11. 2001 “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”.

Dpr 01.03.1994 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96”.

[Dpr 14 settembre 1991](#) Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l’attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

Decr. 14.09.1994 n. 739 sui profili professionali.

L.R. 19.05.1998 n.10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all’art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali”.

D.G.R. 9 marzo 2001 n. 712, BUR 26 marzo 2001- tariffario regionale.

Il progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani” approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92” e successivamente recepito dal DPR 1.3.94.

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l’assistenza in oncologia.

[Linee guida ministero Sanità, giugno 1996](#) Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel Psn per il triennio 1994-96, relativo all’azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l’organizzazione della prevenzione e dell’assistenza in oncologia. (Stralcio).

Le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92.

Delibera n. C6-U33 del 31.12.1999 del Direttore generale dell’Azienda per i Servizi Sanitari – Regolamento del Distretto dell’Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”.

Delibera n. D27 del 13.01.2001 del Direttore Generale dell’Azienda per i Servizi Sanitari – Progetto obiettivo Anziani elaborato nell’ambito del Forum Anziani.

Codice Deontologico – febbraio 1999.

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 6 di 6	

7 ARCHIVIAZIONE

Il documento SID e le istruzioni operative (linee guida e protocolli operativi, istruzioni ecc.) sono conservati nelle sedi dell'u.o. "Cure Primarie" di ogni distretto.

La documentazione clinica è conservata nella cartella AD dell'assistito.

La richiesta formale su ricettario regionale, e/o su altra modulistica concordata, del MMG/PLS di erogazione del SID fa parte:

- della documentazione della cartella AD nel caso in cui il SID è continuato;
- della documentazione del Centro di Prenotazione Unico distrettuale (CUP) se il SID è occasionale.

In caso di erogazione del SID occasionale in outsourcing copia della richiesta formale è conservata nell'apposito raccoglitore SID, l'originale è conservato dall'istituto convenzionato erogatore.

Il modulo di accoglienza è conservato:

- in cartella se SID continuato;
- nell'apposito raccoglitore se il SID è occasionale.

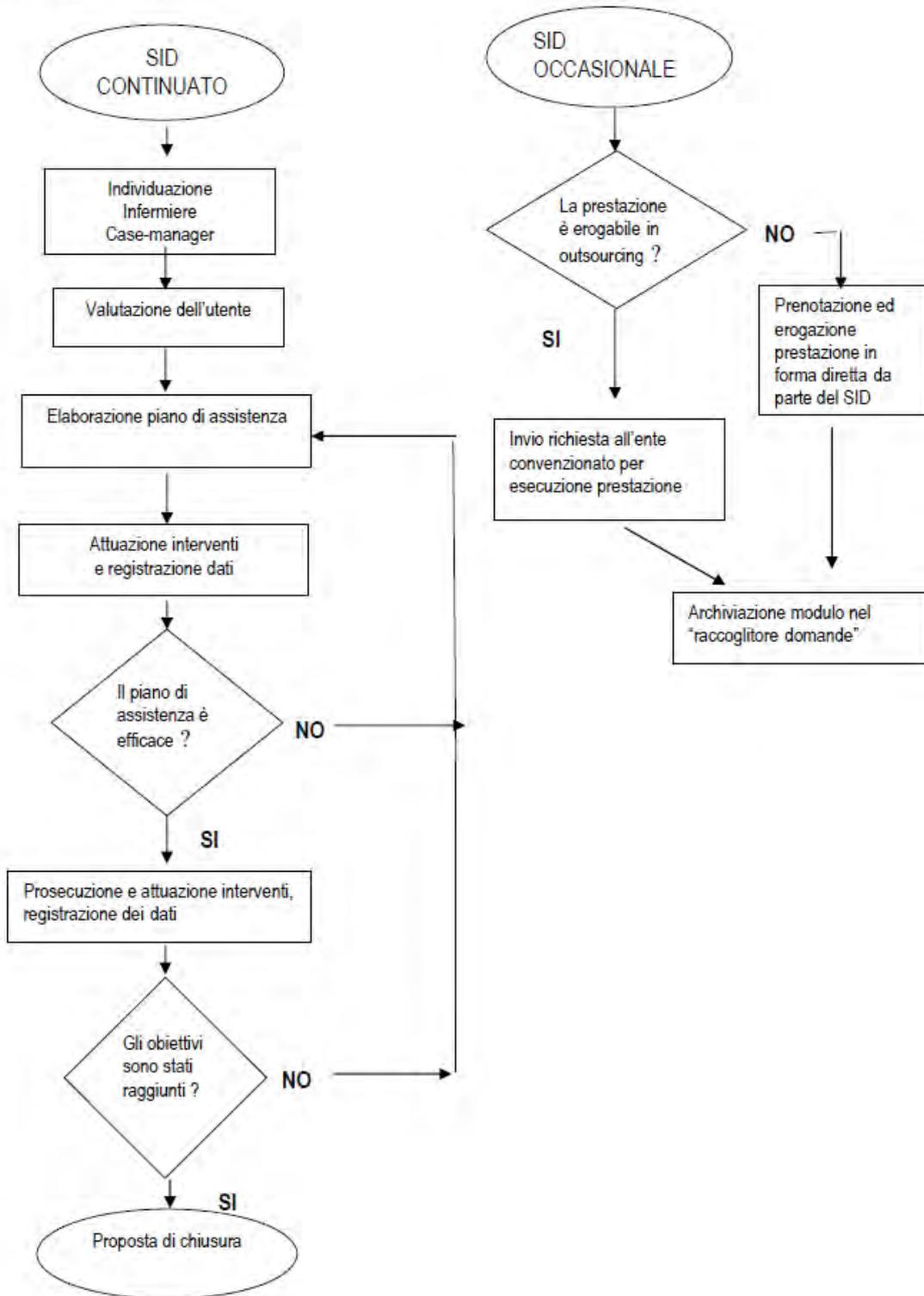
I dati degli assistiti fanno parte del Sistema Informatico/co dell'Azienda e dell'ARS del FVG.

8 ALLEGATI

- DIAGRAMMA DI FLUSSO
- DOCUMENTO SID → [DOCUMENTO AD def.doc](#)

	PROCEDURA PRESA IN CARICO ASSISTITI SID	PS-SID-car-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Allegato 1	

DIAGRAMMA DI FLUSSO



	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 1 di 5	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITÀ
5. MODALITÀ ESECUTIVE:
 - 5.1 accoglienza domanda
 - 5.2 valutazione domanda
 - 5.3 attivazione cure/invio domande non accolte
 - 5.4 archiviazione richiesta
- 6 RIFERIMENTI
- 7 ARCHIVIAZIONE
- 8 ALLEGATI

			DSRI	RQ	DG
Rev.	Data	Causale	Redazione	Verifica	Approvazione
01	27.01.2005	Pag. 5 allegati			

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 2 di 5	

1 SCOPO

assicurare la risposta ad ogni domanda di SID continuato e occasionale.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

- riguarda tutte le richieste di attivazione di SID;
- competente è la sezione accoglienza domande della U.O. Cure Primarie e Domiciliari.

3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AD	Assistenza Domiciliare
AS	Assistente Sociale
D RI	D Responsabile Infermieristico
H	Ospedale
INF	INFermiere
IG	Infermiere Generico
MMG	Medico di Medicina Generale
MD	Medico di Distretto
OTA	Operatore Tecnico dell'Assistenza
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PA	Personale Addetto (INF, OTA, OSS,MD, D RI, AS)
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SSR	Servizio Sanitario Regionale
UO	Unità Operativa

Care Giver: persona che si prende cura dell'assistito, anche non vincolato da legami parentali. Può interagire con il programma assistenziale e partecipare al self-care.

Assistenza Domiciliare: sistema coordinato, d'attività sanitarie integrate con interventi di natura socio -assistenziale, diretto a curare, assistere e riabilitare la persona malata al proprio domicilio.

Documento SID: documento su principi e attività del Servizio Infermieristico Domiciliare.

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 3 di 5	

4 RESPONSABILITÀ

D RI	è responsabile della documentazione archiviata
MMG	è responsabile della corretta compilazione del modulo di richiesta
PLS	è responsabile della corretta compilazione del modulo di richiesta
INF	è responsabile della accettazione della domanda, della corretta valutazione della stessa secondo quanto previsto dal documento A.D., della corretta comunicazione della domanda al MMG
MD	è responsabile della corretta comunicazione della domanda al MMG/PLS per casi ad alta complessità clinica
PA	è responsabile dell'accettazione della domanda

5 MODALITÀ ESECUTIVE

premesso che:

- ✓ la domanda di assistenza domiciliare può essere effettuata dal MMG, PLS, H, care givers, enti locali, altre istituzioni, altre UO distrettuali, volontariato, ecc.;
- ✓ la domanda è accolta a mezzo telefono, telefax, posta elettronica, richiesta verbale diretta e richiesta scritta;
- ✓ dell'accettazione si occupa la sezione accoglienza dell' UO Cure Primarie e Domiciliari e l'infermiere reperibile per accoglienze codificate con precise istruzioni operative;
- ✓ i tempi per l'accettazione variano a seconda del mezzo di inoltro: 24 ore al giorno per le richieste a mezzo telefax e posta elettronica; la domanda diretta, telefonica e scritta nei luoghi e tempi illustrati dal depliant aziendale dei distretti.

L'esecuzione della procedura (semplificata nell'allegato flussogramma) prevede:

- 5.1 il PA accoglie qualsiasi domanda giunta con qualsiasi mezzo, anche quella pervenuta nelle ore precedenti l'apertura dello sportello; la registra sul modulo apposito e nel più breve tempo possibile la consegna all'INF per la valutazione;
- 5.2 l' INF valuta la richiesta, se necessario anche con visita diretta dell'assistito, ne verifica l'appropriatezza in base ai criteri previsti dal documento SID e per casi di difficile interpretazione clinica, può richiedere l'intervento del Medico di Distretto;
- 5.3 in caso di non idoneità l'INF inoltra la domanda alla struttura di competenza per la risoluzione del quesito e archivia e conserva il modulo in apposito cartolaio. Dopo un anno, il D RI la elimina;
- 5.4 in caso di idoneità, si dà il via all'attivazione del SID, di concerto con il MMG o il PLS che redigono la richiesta sul ricettario convenzionato SSR o su altra modulistica concordata con l'Azienda; in caso di impossibilità di contatto con il MMG o PLS, l'attivazione è concordata in via provvisoria tra INF e MD;
- 5.5 Le domande accolte sono consegnate all'infermiere CM; quelle non accolte sono conservate nell' UO a cura del D RI per un anno e poi eliminate.

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 4 di 5	

6 RIFERIMENTI

il DPR 24.12.92 Definizione dei livelli essenziali di assistenza

il Dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”

il DRP 1.03.94 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96”

il progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92” e successivamente recepito dal DPR 1.3.94

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

[Linee guida ministero Sanità, giugno 1996](#) Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel Psn per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. (Stralcio)

[Dpr 14 settembre 1991](#) Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92

la legge regionale 19.05.1998 n.10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali”.

la delibera n. C6-U33 del 31.12.1999 del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Regolamento del Distretto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”

la delibera n. D27 del 13.01.2001 del Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Progetto obiettivo Anziani elaborato nell'ambito del Forum Anziani

il Profilo Professionale – decr. 14.09.1994 n. 739

il Patto Infermiere- Cittadino

la legge n.42 del 26.02.1999 su “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

il Codice Deontologico – febbraio 1999

documento SID.

DPR 22.07.96 n. 484 – A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

7 ARCHIVIAZIONE

Le domande accolte sono consegnate all'infermiere CM; quelle non accolte sono conservate nell' UO a cura del D RI per un anno e poi eliminate.

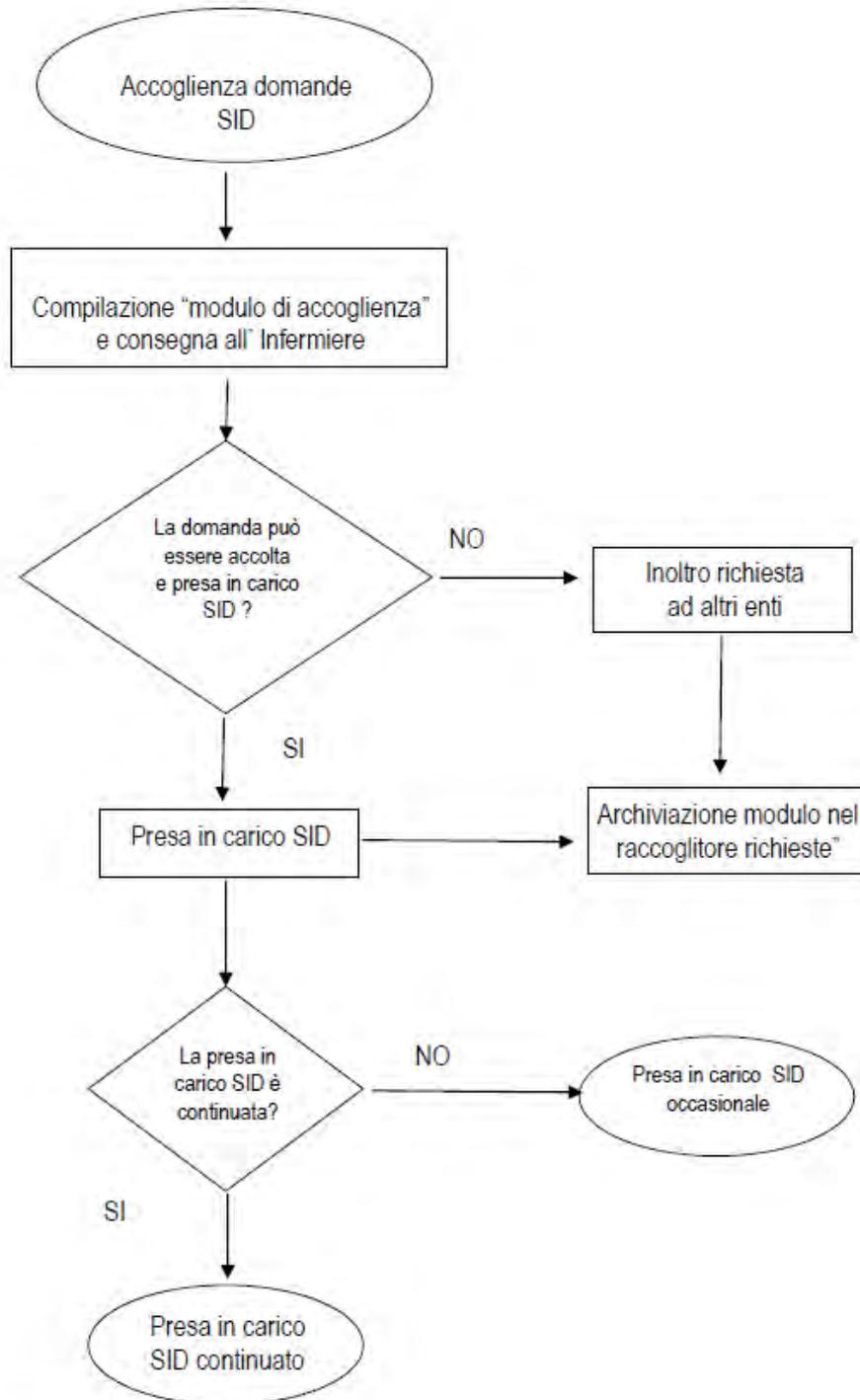
	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 5 di 5	

8 ALLEGATI

- FLUSSOGRAMMA
- MODULO REGISTRO DOMANDE → [MODULO ACCOGLIENZA DOMANDA 2.doc](#)
- DOCUMENTO SID → [DOCUMENTO SID def.doc](#)

	PROCEDURA ACCOGLIENZA DOMANDE ASSISTENZA DOMICILIARE	PS-SID-acc-R01	SID.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Allegato 1	

Flussogramma



	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 1 di 5	

INDICE

1. SCOPO
2. CAMPO DI APPLICAZIONE
3. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI
4. RESPONSABILITÀ
5. MODALITÀ ESECUTIVE
6. RIFERIMENTI
7. ARCHIVIAZIONE
8. ALLEGATI

Rev.	Data	Causale	DSRI Redazione	RQ Verifica	DG Approvazione
01	27.01.2005	Pag. 5 allegati			

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 2 di 5	

1 SCOPO

SID continuato:

- chiudere il caso quando l'assistito stabilizzato ha raggiunto il massimo grado di autonomia possibile e non necessità di follow up;
- chiudere il caso per decesso o per trasferimento dell'assistito ad altro servizio o fuori provincia.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti gli assistiti del SID previsti dalla procedura SIDPC

3 TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

AD	Assistenza Domiciliare
CARE GIVER	persona che si prende cura dell'assistito, anche se non vincolato da legami parentali, può prendere parte al programma assistenziale ed incoraggiare l'assistito al self care.
DOCUMENTO SID	documento concernente i principi e le attività del Servizio Infermieristico Domiciliare
D RI	D Responsabile Infermieristico
H	Ospedale
INF	INF ermiere
INFCM	INF ermiere C ase M anager
MMG	M edico di M edicina G enerale
PAI	P iano A ssistenziale I ndividuale
PLS	P ediatra di L ibera S celta
SID	S ervizio I nfermieristico D omiciliare
SSR	S ervizio S anitario R egionale
UO	U nità O perativa
SIR/ARS	sistema informativo/co dell'Agenzia Regionale della Sanità del FVG:

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 3 di 5	

4 RESPONSABILITÀ

- D RI** è responsabile dell'archiviazione della cartella
- MMG** è responsabile della chiusura del PAI (per la popolazione adulta)
- PLS** è responsabile della chiusura del PAI (per la popolazione in età pediatrica)
- INF CM** in caso di **SID continuato** è responsabile:
della proposta di chiusura del SID al MMG/PLS formulata sulla base della valutazione delle condizioni dell'assistito attraverso strumenti validati;
dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (enti locali, parenti, vicini, associazioni di volontariato) al momento della chiusura del SID (ove necessario).
Responsabile della registrazione dei dati relativi alla chiusura del SID nel SIR/ARS
- INF** in caso di **SID continuato**, (nel momento in cui eroga la prestazione a domicilio in assenza dell'INF CM):
della proposta di chiusura del SID al MMG/PLS formulata sulla base della valutazione delle condizioni dell'assistito attraverso strumenti validati;
dell'attivazione di altri servizi o risorse territoriali (enti locali, parenti, vicini, associazioni di volontariato) al momento della chiusura del SID (ove necessario).
Responsabile della registrazione dei dati relativi alla chiusura del SID nel SIR/ARS

5 MODALITÀ ESECUTIVE

La proposta di chiusura del SID da parte dell' INFCM è subordinata alla valutazione del caso con il gruppo infermieristico tenendo conto di quattro aspetti fondamentali:

- . raggiungimento degli obiettivi prefissati, il piano di assistenza può ritenersi concluso.
- . stato di salute del soggetto
- . caratteristiche personali dell'assistito e del suo contesto abitativo
- . presenza/disponibilità di *care-giver* e/o rete sociale

Se la proposta di chiusura del SID Continuato è concordata e accolta dal MMG/PLS, essa è comunicata all'assistito ed al *care-giver* a voce e con apposita scheda. In talune situazioni, ove persistano esigenze assistenziali non infermieristiche, l'assistito è segnalato agli Enti Locali o ad altre organizzazioni per la presa in carico.

In tal caso l'INFCM "chiude" con nota a propria firma la cartella AD dell'assistito (comprendente le schede di valutazione multidimensionale, la raccolta di dati e referti degli esami effettuati durante la presa in carico, il piano assistenziale e gli interventi effettuati), consegna all'assistito la "**scheda di chiusura del Servizio Infermieristico Domiciliare Continuato**". Nel caso in cui la proposta di chiusura del SID Continuato non è accolta dal MMG/PLS, si concorda un eventuale revisione del PAI.

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 4 di 5	

6 RIFERIMENTI

il DPR 24.12.92 Definizione dei livelli essenziali di assistenza

il Dpcm 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria”

il DPR 1.03.94 “Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 94/96”

il progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale con risoluzione delle Commissioni Affari Sociali della Camera e di Igiene e Sanità del Senato il 30.01.92” e successivamente recepito dal DPR 1.3.94

Prov. 8 marzo 2001 Accordo tra il Ministro della sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano sulle linee-guida concernenti la prevenzione, la diagnostica e l'assistenza in oncologia.

[Linee guida ministero Sanità, giugno 1996](#) Linee guida elaborate dalla Commissione oncologica nazionale in applicazione di quanto previsto nel Psn per il triennio 1994-96, relativo all'azione programmata Prevenzione e cura delle malattie oncologiche concernente l'organizzazione della prevenzione e dell'assistenza in oncologia. (Stralcio)

[Dpr 14 settembre 1991](#) Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per l'attivazione dei servizi per il trattamento a domicilio dei soggetti affetti da Aids e patologie correlate.

le linee guida relative , di riferimento alle attività coinvolte nel progetto obiettivo tutela la salute degli anziani di cui alla nota ministeriale n. 13754 del 7.8.92

la legge regionale 19.05.1998 n.10 “Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'art.37/95 in materia di procedure per interventi sanitari e socio – assistenziali”.

la delibera n. C6-U33 del 31.12.1999 del Direttore generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Regolamento del Distretto dell'Azienda per i Servizi Sanitari n.1 “Triestina”

la delibera n. D27 del 13.01.2001 del Direttore Generale dell'Azienda per i Servizi Sanitari – Progetto obiettivo Anziani elaborato nell'ambito del Forum Anziani

il Profilo Professionale – decr. 14.09.1994 n. 739

il Patto Infermiere- Cittadino

la legge n.42 del 26.02.1999 su “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”

il Codice Deontologico – febbraio 1999

documento A.D.

DPR 22.07.96 n. 484 – A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Pagina 5 di 5	

7 ARCHIVIAZIONE

Le cartelle chiuse trovano utile collocazione presso la sede del SID per 1 anno.

Per quanto sopra è responsabile il DRI.

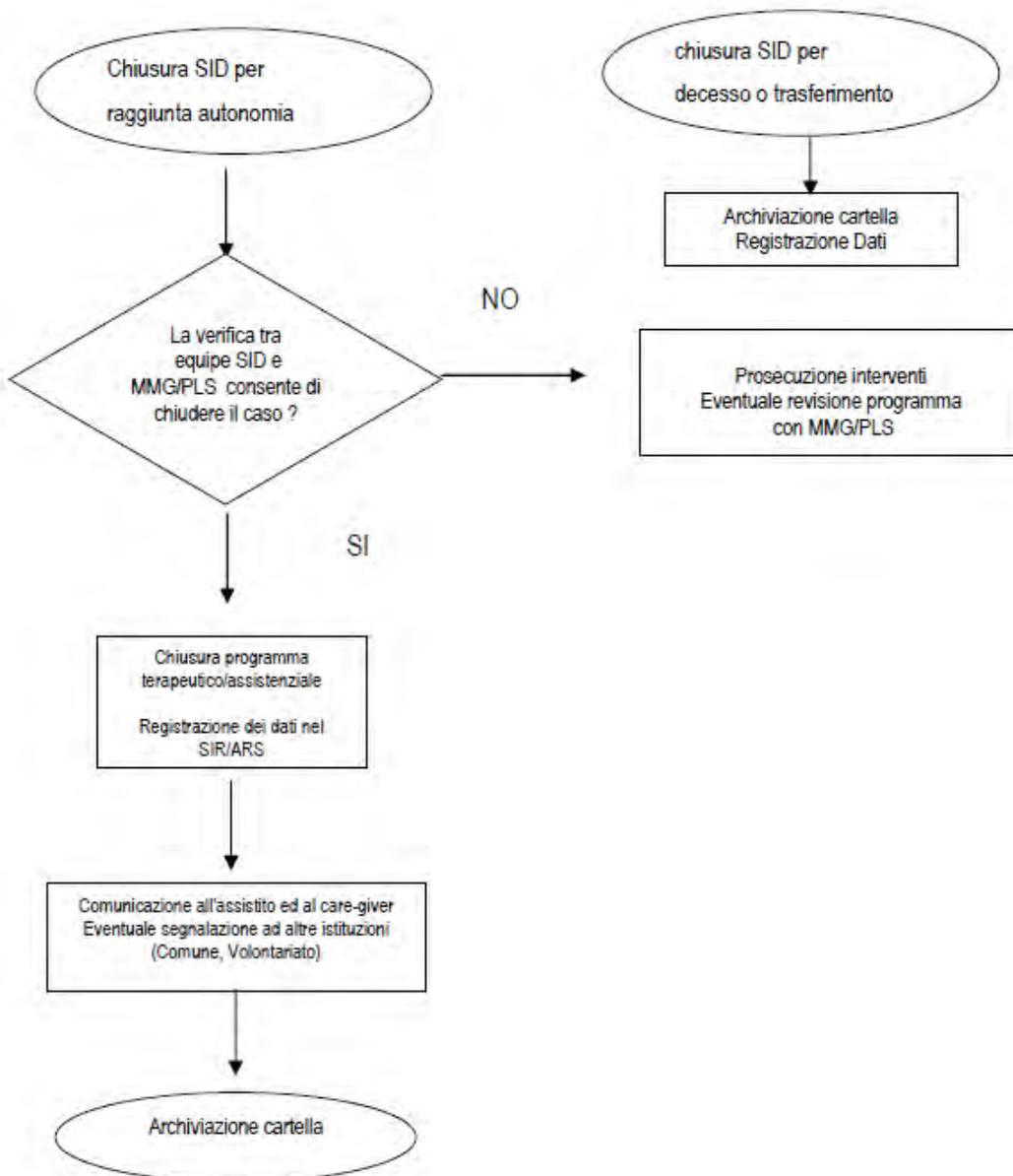
Al termine di 1 anno, la cartella è inviata presso l'archivio centrale.

8 ALLEGATI

- DIAGRAMMA DI FLUSSO

	PROCEDURA DI CHIUSURA SID CONTINUATO	PS-SID-chius-R01	S.O.	DSRI
		Rev.01		
		Data 27.01.2005	Allegato 1	

Diagramma di flusso



CRITERI DI PRIORITA'
definiti in ASS1
PER GLI ACCESSI A VISITA CARDIOLOGICA ED INDAGINI STRUMENTALI
DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE
in pazienti con SCOMPENSO CARDIACO/DISPNEA/EDEMI
versione maggio 2012

INVIO IMMEDIATO IN PRONTO SOCCORSO

I seguenti quadri clinici configurano un'emergenza medica con indicazione ad **invio immediato al Pronto Soccorso** con impegnativa del MMG o lettera contenente il problema clinico di invio:

- dispnea a riposo acuta e severa, in atto o recidivante
- sintomi e segni di sospetto scompenso cardiaco non ancora diagnosticato (dispnea, ortopnea, palpitazioni) e presenti per sforzi minimi o di lieve entità (classe NYHA III-IV) oppure quadro anasarcatico (marcato edema)
- peggioramento di scompenso cardiaco già diagnosticato, per comparsa di:
 - dispnea a riposo o dispnea parossistica notturna
 - aritmie sintomatiche o polso aritmico non pre-esistente (FA/flutter atriale)
 - frequenza cardiaca a riposo > 100/min
 - angina pectoris
 - ipotensione arteriosa (PA sistolica < 90 mmHg)
 - edemi marcati/ascite/versamenti pleurici non rispondenti a modifica della terapia diuretica

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA CON IMPEGNATIVA CON PRIORITA' B (BREVE)

- Paziente con storia di cardiopatia già diagnosticata (per es. pregresso infarto, angina, valvulopatie) con sintomi e segni di sospetto scompenso cardiaco non ancora diagnosticato (dispnea, ortopnea, palpitazioni) e presenti per sforzi abituali (classe NYHA II) oppure edemi lievi-moderati agli arti inferiori.

Meglio telefonare al Cardiologo reperibile al Centro Cardiovascolare (cellulare dedicato 3483969990) dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì) per concordare i tempi della visita. Nel frattempo iniziare terapia con ACE-Inibitore e/o diuretico.

- Paziente senza storia di cardiopatia con BNP urgente > 100 pg/ml o ECG urgente anormale. Meglio telefonare al Cardiologo reperibile al Centro Cardiovascolare (cellulare dedicato 3483969990) dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì) per concordare i tempi della visita. Nel frattempo iniziare terapia con ACE-Inibitore e/o diuretico.
- Paziente con nota storia di scompenso cardiaco e precedentemente stabile, con lieve peggioramento della dispnea e/o degli edemi, senza pronta risposta all'ottimizzazione della terapia (ACE-inibitore a dosi massime tollerate, diuretici, beta-bloccante). Meglio telefonare al Cardiologo reperibile al Centro Cardiovascolare (cellulare dedicato 3483969990) dalle ore 8 alle ore 20 dal lunedì al venerdì) per concordare l'aggiustamento della terapia e i tempi della visita.

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA CON IMPEGNATIVA CON PRIORITA' D (DIFFERITA)

- Paziente senza storia di cardiopatia con BNP urgente < 100 pg/ml + ECG urgente normale (o con alterazioni aspecifiche della ripolarizzazione ventricolare). Non inviare a visita cardiologica subito, ma effettuare ulteriori indagini per diagnosticare altre patologie (es. BPCO, edemi da farmaci, ecc.). Visita cardiologia solo se diagnosi alternative inconcludenti.
- Screening (1° visita) per cardiopatia (disfunzione ventricolare sinistra) in paziente asintomatico con:
 - a. pregresso infarto miocardico
 - b. malattia sistemica (malattia del connettivo, sarcoidosi, amiloidosi, emocromatosi)
 - c. diabete mellito o insufficienza renale cronica con altri fattori di rischio (ipertensione arteriosa, fumo, dislipidemia, aterosclerosi periferica)
 - d. familiarità per cardiomiopatia
 - e. pregressa chemioterapia antitumorale o radioterapia sul torace
 - f. malattia valvolare significativa asintomatica
 - g. BPCO grave o molto grave (grado III o IV sec. GOLD)

RICHIESTA DI VISITA CARDIOLOGICA CON IMPEGNATIVA CON PRIORITA' P (PRIORITARIA)

- Paziente con nota storia di cardiopatia con scompenso cardiaco stabile che necessita di controllo cardiologico periodico, solo se non ha un follow up già concordato con il Centro Cardiovascolare (per es. pazienti seguiti in strutture cardiologiche di altre città e trasferiti a Trieste, pazienti che hanno interrotto follow-up in passato e vogliono riprenderlo, ecc.)
Sarà cura del MMG verificare se il paziente ha già un follow-up concordato e, solo in caso negativo, compilerà l'impegnativa con il problema clinico e la richiesta di **visita cardiologica**.
-

Per il Paziente già noto al Centro Cardiovascolare con:

- Cardiomiopatia
- Scompenso cardiaco oligosintomatico
- Disfunzione ventricolare sinistra asintomatica che necessita di **controllo** cardiologico il MMG non deve redigere alcuna impegnativa.

Il Paziente verrà richiamato secondo la tempistica concordata direttamente dal Centro Cardiovascolare nell'ambito degli Ambulatori dedicati.

INDICAZIONI CONCORDATE IN ASS1 PER RICHIESTA DI ECOCARDIOGRAFIA

Si concorda che la richiesta di eventuale visita cardiologica a seguito della prescrizione di un esame ecocardiografico, qualunque sia la risposta, andrà preventivamente condivisa con il cardiologo del CCV.

- Sospetto diagnostico di scompenso cardiaco oligosintomatico non precedentemente noto (sulla base dei sintomi, segni, ECG e Rx torace)
- Pazienti con ipertensione arteriosa; da richiedere solo quando per dati anamnestici (diabete), sintomi (dispnea, edemi), segni (scompenso cardiaco, valvulopatia) o quadro ECG (fibrillazione atriale, ipertrofia ventricolare, alterazioni della ripolarizzazione, turbe di conduzione) si ipotizzi una disfunzione segmentaria o globale del ventricolo sinistro
- Diagnosi elettrocardiografica del cardiologo di pregressa necrosi miocardica precedentemente non diagnosticata o blocchi di branca sinistra asintomatici.

PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA) PER I PAZIENTI:

- CON FRATTURA DI FEMORE

- SOTTOPOSTO AD INTERVENTO DI ARTROPROTESI D'ANCA

Gruppo di lavoro

Luca Mascaretti – Direttore Sanitario (AOUTs) - Coordinatore

Valentina Pesavento - Medicina Riabilitativa (AOUTs)

Emanuela Fragiacomò – Direttore Distretto 4 (ASS1)

Louise Marin - Servizio Riabilitativo Aziendale (ASS1)

Elena Ellero - Riabilitazione Distretto 2 (ASS1)

Maddalena Grella – Direzione Sanitaria (ASS1)

Massimo L'Abbate – Medico di medicina generale

Danjel Zerjal - - Medico di medicina generale

Gabriella Lamprecht - Referente area Riabilitativa (AOUTs)

Piero Dordolin –Clinica Ortopedica (AOUTs)

Michele Alba - Dipartimento di Ortopedia, Riabilitazione e Medicina del lavoro (AOUTs)

Ugo Cernecca - Riabilitazione Distretto 2 (ASS1)

Melania Salina –Riabilitazione Distretto 2 (ASS1)

Con il contributo di Sandro Centonze –Programmazione & Controllo (AOUTs)

Marco Spano - Programmazione strategica (ASS1)

Cristina Verrone Servizio Riabilitativo Aziendale (ASS1)

Monica Robba - Direzione Medica di Presidio (AOUTs)

Chiara Gandolfi – Direzione Medica di Presidio (AOUTs)

Ultima revisione

23 settembre 2014

FRATTURA DEL FEMORE - PREMESSA

La frattura di femore rappresenta sicuramente per l'anziano un evento traumatico, sia per le modalità con cui si verifica (incidente domestico, stradale, caduta accidentale) sia per le necessità di soccorso e di ricovero ospedaliero, intervento chirurgico, permanenza a letto, dipendenza dagli altri, istituzionalizzazione. Nella maggioranza dei casi, inoltre, comporta un ulteriore ricovero in una struttura di riabilitazione, obbligando l'anziano a un nuovo adattamento in un ambiente sconosciuto. Il rientro a casa è subordinato all'attivazione di un'adeguata rete di assistenza ed alla riorganizzazione delle abitudini, degli spazi, dei tempi. Molto difficilmente, anche dopo la riabilitazione motoria, l'anziano che vive solo (molto spesso donna over 65) sarà in grado di riacquistare una totale autonomia ed avrà necessità di un sostegno idoneo.

Nell'ultimo decennio, negli Stati Uniti e in numerosi paesi europei¹ si registra un decremento dei tassi di incidenza standardizzati per età. Tuttavia, per effetto del progressivo invecchiamento della popolazione, il numero assoluto di casi è destinato a permanere costante o aumentare nei prossimi anni.

Un ampio studio multicentrico (totale 1.839 soggetti), condotto in Italia su pazienti sottoposti a trattamento chirurgico e rivalutati a 6 mesi dall'evento, ha evidenziato che il 46% camminava in casa se accompagnato, ma non usciva o era del tutto inabile a camminare. Il 54% camminava da solo in casa ma necessitava di un accompagnatore fuori casa. Complessivamente al *follow-up* il 50,5% dei pazienti presentava un peggioramento rispetto alla situazione prima della frattura, mentre il 4,3% aveva un miglioramento funzionale².

Pur non costituendo un'importante causa diretta di morte, la frattura di femore nell'anziano, rappresenta un fattore di rischio indipendente di mortalità, evidente nei 6 mesi immediatamente successivi alla frattura³, a prescindere dall'età e dalle pregresse condizioni di salute.

Uno studio condotto negli Stati Uniti, tra gli ultra49enni ammessi in ospedale per frattura di femore, ha evidenziato una mortalità intraospedaliera dell'1,6% e a sei mesi del 13,5%, più alta negli uomini (18,9%) che nelle donne (12,3%)⁴.

A seconda delle casistiche, la mortalità a 30 giorni è di circa il 10%. Il 5% dei fratturati di femore muore nella fase acuta cioè prima o subito dopo l'intervento chirurgico. A 6 mesi la mortalità è del 20% e a 12 mesi può talora superare il 30%. Un eccesso di mortalità è se-

¹ Marks R. Hip fracture epidemiological trends, outcomes, and risk factors, 1970-2009. *Int J Gen Med.* 2010;3:1-17.

² Maggi S, Siviero P, Wetle T, Besdine RW, Saugo M, Crepaldi G; Hip Fracture Study Group. A multicenter survey on profile of care for hip fracture: predictors of mortality and disability. *Osteoporos Int.* 2010 Feb; 21(2): 223-31.

³ Piirtola M, Vahlberg T, Löppönen M, et al. Fractures as predictors of excess mortality in the aged-a population-based study with a 12-year follow-up. *Eur J Epidemiol.* 2008;23:747-55.

⁴ Hannan EL et al. Mortality and locomotion 6 months after hospitalization for hip fracture: risk factors and risk-adjusted hospital outcomes. *JAMA.* 2001; 6;285:2736-42.

gnalato anche dopo più di 2 anni dall'evento. Circa il 20% dei pazienti sviluppa complicanze mediche nel post-operatorio, in particolare di tipo cardiaco e polmonare, ma spesso multiple.

Lo sviluppo di complicanze, generalmente, comporta un prolungamento dei tempi di degenza. Soprattutto fra i pazienti dimessi a domicilio è elevata la percentuale di reingressi in Ospedale.

Dopo un anno, il recupero delle condizioni pre-esistenti viene raggiunto in poco più del 40%, mentre il 20-25% va incontro a istituzionalizzazione definitiva a causa di invalidità permanente. Il 25 %, inoltre, subisce una nuova frattura.

Nelle persone anziane, la durata media dei ricoveri ospedalieri per frattura di femore è la più lunga fra tutte le patologie.

Numerosi studi hanno dimostrato che, in termini di giorni di immobilizzazione a letto, la disabilità conseguente alle fratture di femore incide più delle broncopneumopatie, degli infarti del miocardio e delle neoplasie in genere. Il rischio di morte a tre anni è più rilevante della neoplasia mammaria.

Le risorse umane e finanziarie necessarie alla gestione sanitaria e assistenziale di questi pazienti sono elevatissime e, considerato l'invecchiamento della popolazione, il problema è destinato a crescere ulteriormente, stante che l'impatto sulla sopravvivenza e sull'autonomia peggiorano in rapporto all'età e la comorbilità ed i pazienti con frattura di femore sono sempre più anziani.

Mentre per altre patologie, come l'infarto e l'ictus, la mortalità nei pazienti anziani si è progressivamente ridotta negli ultimi 40 anni, quella per frattura di femore non è migliorata e in alcune casistiche continua a peggiorare, nonostante il continuo miglioramento delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche.

L'esigenza di conciliare l'appropriatezza della cura con il contenimento dei costi sollecita la definizione di un percorso virtuoso clinico-assistenziale del paziente con frattura di femore. Le Linee Guida internazionali concordano che una più appropriata ed efficiente performance organizzativa⁵ può ridurre gli esiti negativi di salute.

In particolare, gli studi in letteratura enfatizzano che il rischio di complicanze è particolarmente elevato nei pazienti più fragili con comorbilità operati dopo più di 48 ore dall'evento.

La larga maggioranza delle Linee Guida disponibili, infatti, raccomanda l'intervento chirurgico entro le prime 24 ore e non oltre le 48 ore a seconda del Case Mix. Queste Linee Guida, supportate da solide meta-analisi, identificano associazioni tra ritardo nell'intervento con più elevati tassi di mortalità, morbosità (trombosi venosa profonda, embolia polmonare e piaghe da decubito), ridotta possibilità di osteointegrazione della protesi e peggiori risultati dei programmi di riabilitazione.

Anche studi recenti confermano questi risultati (Maggi et al., 2006). Moja et al hanno rianalizzato questo aspetto con una metanalisi su oltre 190.000 pazienti partecipanti a 35 diversi

⁵ ridotti tempi pre-operatori, appropriata valutazione pre-operatoria, precoce riabilitazione.

studi (Timing Matters in Hip Fracture Surgery: Patients Operated within 48 Hours Have Better Outcomes. A Meta-Analysis and Meta-Regression of over 190,000 Patients. PLOS ONE, 2012). Il risultato conferma che l'intervento precoce (entro le 48 ma anche entro le 24 ore) riduce di almeno il 25% il rischio di mortalità. Come *outcome* secondario, ma sicuramente non irrilevante, emerge altresì una riduzione di oltre la metà del rischio di sviluppare ulcere da pressione.

Anche il lavoro di Daugaard et al basato su oltre 38.000 pazienti, provenienti dal database danese, conferma l'effetto negativo del ritardo operatorio con un incremento del 30 % di mortalità (Is mortality after hip fracture associated with surgical delay or admission during weekends and public holidays?. Acta Orthopaedica 2012). L'analisi, inoltre, si focalizza sull'effetto del momento dell'ammissione (mese dell'anno o giorno della settimana) non evidenziando, peraltro almeno in questa casistica, significative differenze.

Per raggiungere l'obiettivo dell'intervento entro le 24 - 48 ore, le linee guida raccomandano un'organizzazione che consenta di intervenire chirurgicamente 7 giorni su 7, nella fascia oraria diurna. Queste indicazioni si basano su un ragionevole compromesso fra la necessità di operare in tempi rapidi ed il rischio di maggiori complicanze negli interventi eseguiti al di fuori del normale orario di lavoro. I dati su quest'ultimo punto sono comunque scarsi ed è pertanto interessante lo studio di Chacko et al (Does Late Night Hip Surgery Affect Outcome?, J Trauma 2012) che hanno rivisto i dati di mortalità di un'ampia casistica di un trauma center stratificando i pazienti in base all'ora dell'intervento.

SCOPO

Con questo documento ci si propone di:

1. analizzare l'intero processo assistenziale della persona con frattura di femore, dalla diagnosi alla conclusione del percorso riabilitativo;
2. analizzare le raccomandazioni internazionali sul tema;
3. individuare progetti di miglioramento nel processo di cura e negli esiti di salute.

EPIDEMIOLOGIA

Nella Tabella 1 è rappresentato il quadro demografico della provincia di Trieste al 31.12.2012. Gli over65 anni costituiscono il 27,97 % della popolazione triestina (24,34 % in FVG).

ASS1 Classi età	Femmine		Maschi		TOTALE		FVG TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%	valore	%
000-014	12.820	10,47	13.791	12,62	26.611	11,48	155.009	12,69
015-064	71.123	58,07	69.196	63,33	140.319	60,55	769.610	62,98
065-074	17.413	14,22	14.561	13,33	31.974	13,8	151.963	12,44
075-(+)	21.128	17,25	11.723	10,73	32.851	14,17	145.356	11,9
TOTALE	122.484	100	109.271	100	231.755	100	1.221.938	100

Tabella 1: Quadro demografico della provincia di Trieste al 31.12.2012

Fonte: programmazione strategica ASS 1

PDTA del paziente con frattura di femore

Emergono significative differenze tra la popolazione cittadina e quella regionale anche per quel che riguarda altri indicatori (Cfr. Tabella 2). L'indice di vecchiaia, ad esempio, a Trieste risulta essere pari al 243,6 % a fronte del 191,81 % regionale.

Indici di	ASS 1	FVG
Dipendenza giovanile (%)	18,96	20,14
Dipendenza senile (%)	46,2	38,63
Popolazione attiva (%)	155,73	141,16
Carico (%)	24,08	24,78
Dipendenza (%)	65,16	58,77
Fecondità (%)	4,71	4,71
Vecchiaia (%)	243,6	191,81
Sostituzione (%)	179,22	163,47

Tabella 2: Indici popolazione triestina e popolazione regionale - confronto
(Fonte Marco Spanò – programmazione ASS 1)

Nella Figura 1 sono illustrati i dati demografici dei pazienti con frattura di femore dimessi da AOOUT negli anni 2008 - 2013.

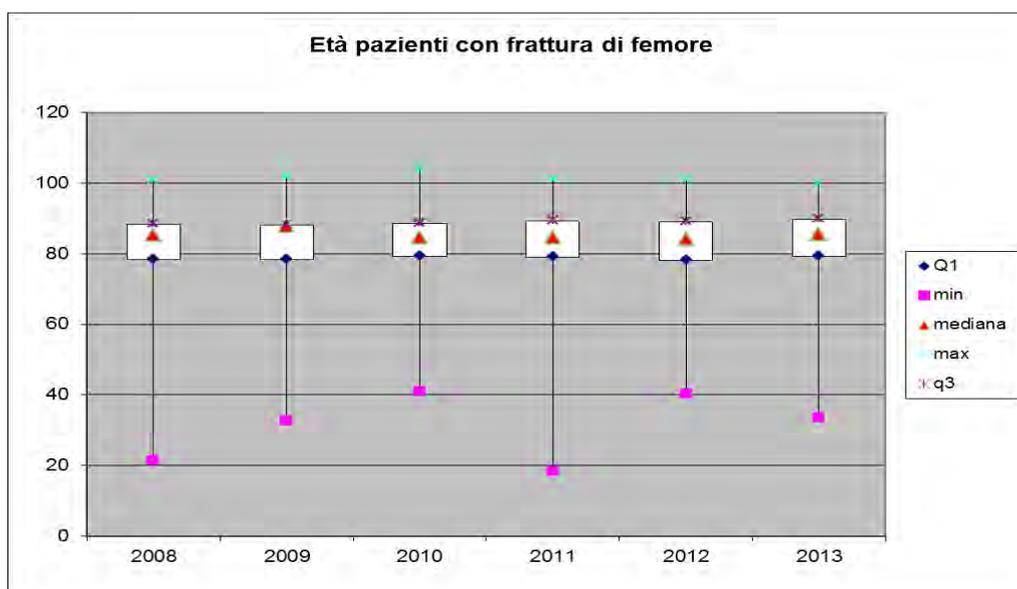


Figura 1: età dei pazienti con frattura di femore dimessi da AOOUTS negli anni 2008 - 2013

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E RIABILITATIVA

Nel 2003, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda per i Servizi Sanitaria n°1 *Triestina* hanno adottato in via definitiva il *Sistema di Continuità Assistenziale infermieristica interaziendale* finalizzato a ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti, assicurando la deospedalizzazione protetta attraverso la presa in carico dell'assistito da parte dei servizi distrettuali in collaborazione con i Medici di medicina generale, in rete con i servizi sanitari, sociali e con le associazioni di volontariato.

Dal 2006 (Delibera n.833/06 e successiva n.1020/08), nelle strutture ospedaliere ove vengono ricoverate le persone con maggiori necessità di continuità riabilitativa (Ortopedia e

PDTA del paziente con frattura di femore

Traumatologia; Clinica Ortopedica e Traumatologica e Clinica Neurologica) è in vigore uno specifico protocollo che prevede la valutazione delle necessità del paziente mediante la Scheda di Valutazione Multidimensionale (SMD) che indaga gli ambiti clinico, sociale e funzionale (Scala di Barthel) (Vedi *Allegato 1*). Le valutazioni riferite ai tre ambiti - espresse rispettivamente dal medico, dall'infermiere e dal fisioterapista – determinano un algoritmo sulla base del quale, tenuto conto delle possibilità offerte dal territorio, si stabilisce la modalità di dimissione più appropriata (*Cfr.* Figure 2, 3 e 4).

Nel corso del 2011, è stata effettuata una revisione della SMD ed è stato formato il personale sul suo utilizzo.

Tutti i dati raccolti con le SMD sono registrati in un database, ciò consente di analizzare l'efficienza dell'intero processo e di registrare gli eventuali scostamenti dai percorsi definiti. Nel 2013, sono state prese in carico **654** persone con frattura di femore (Tabella 3): **277** con il protocollo di continuità infermieristica e **377** con quello di continuità riabilitativa. Di queste, 72 sono state trattate presso la loro abitazione (domicilio o casa di riposo) e ben 179 hanno avuto necessità di un percorso riabilitativo in RSA. Il ricorso alla RSA in un numero così elevato di casi si spiega con l'età media molto elevata della popolazione considerata, pari ad 85 anni (min 55- max 99), in cui sono probabilmente presenti un'elevata comorbilità e problemi socio ambientali (Tabella 4)-

In 1° diagnosi	Almeno una diagnosi	Maschi	Femmine	Operati
521	654	163	491	503

Tabella 3: dimessi da AOUTS con diagnosi di frattura di femore - anno 2013

(Fonte: Programmazione & controllo AOUTS)

Trattamento ambulatoriale	1
Ricovero in Sanatorio Triestino	1
Nessun trattamento	1
Ricovero ospedaliero	7
Deceduti	9
Accoglimento in residenza protetta	10
Ricovero a Pineta del Carso	27
Continuità infermieristica	32
Riabilitazione ospedaliera	38
Trattamento in Casa di riposo	32
Trattamento domiciliare	40
Ricovero in RSA	179
Totale valutazioni	377⁶

Tabella 4: Uscite post dimissione dei 377 pazienti valutati attraverso SMD

⁶ I dati si riferiscono solo ai pazienti con fratture prossimali.

PDTA del paziente con frattura di femore

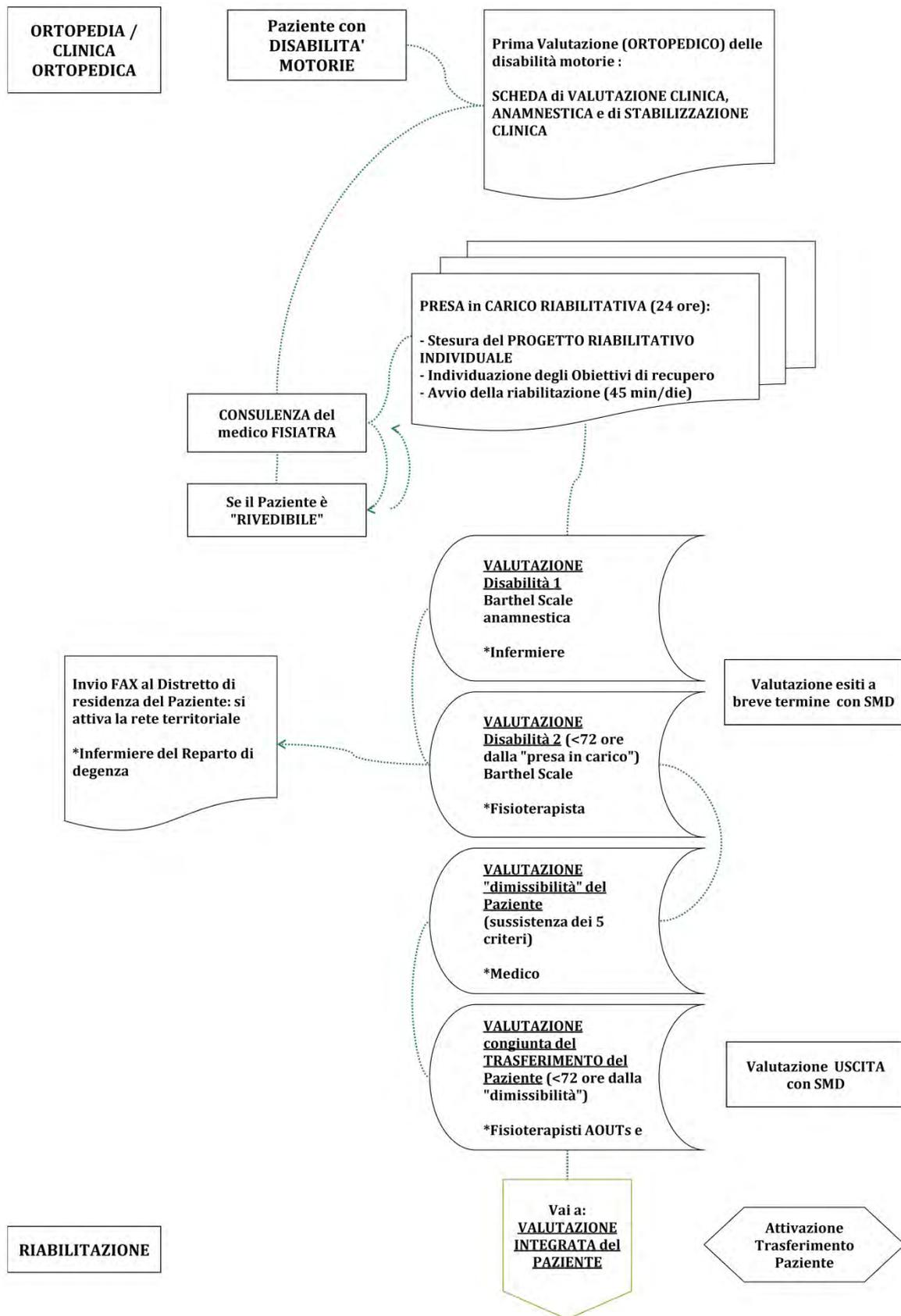


Figura 2: protocollo di continuità riabilitativa – fase ospedaliera

PDTA del paziente con frattura di femore

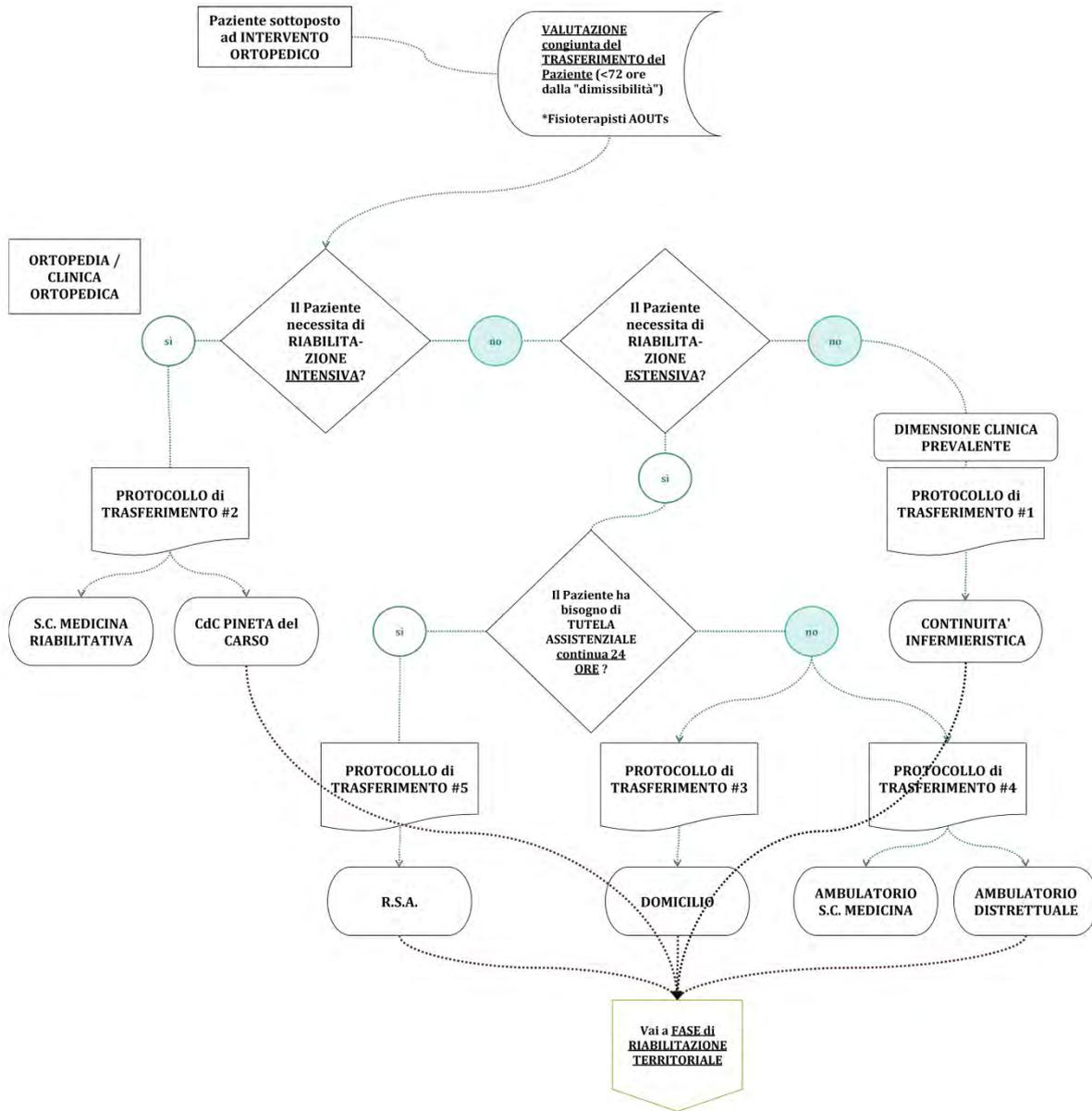


Figura 3: protocollo continuità riabilitativa – valutazione integrata ospedale – territorio

PDTA del paziente con frattura di femore

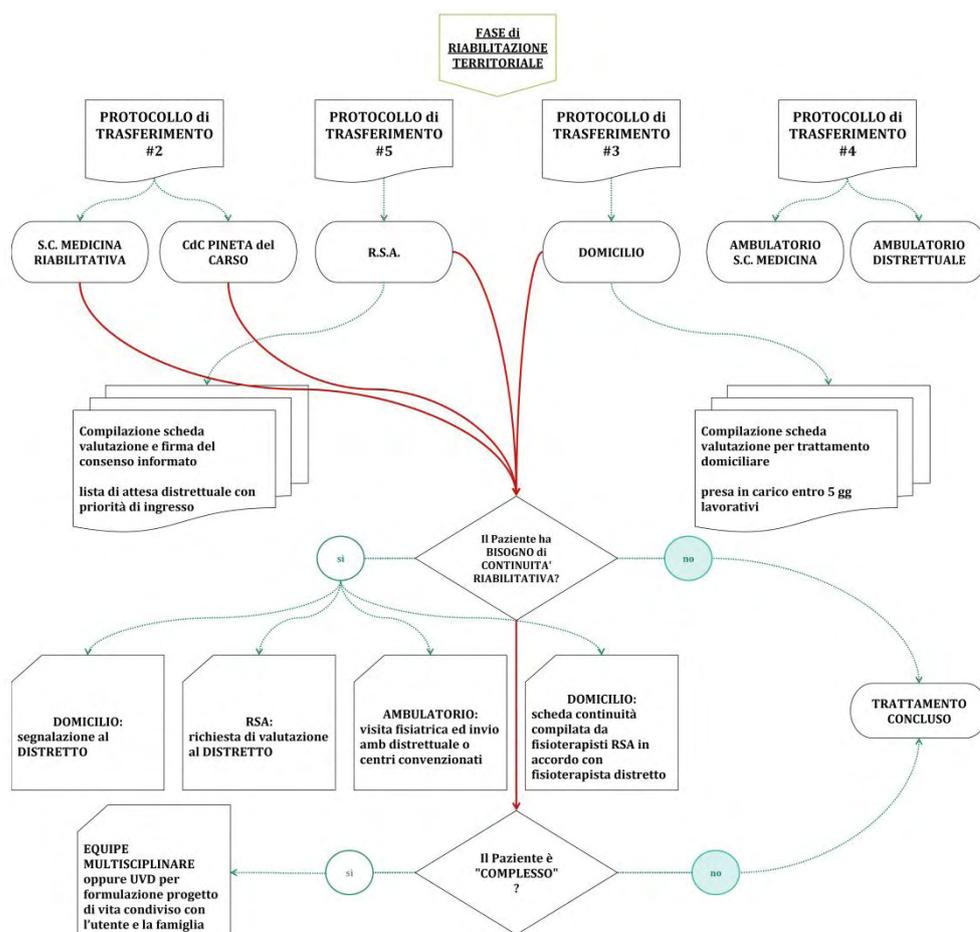


Figura 4: Flow chart protocollo continuità riabilitativa - fase territoriale

Nella Tabella 5 sono evidenziati i tempi relativi alla degenza, alle giornate intercorse tra l'evento e l'intervento chirurgico, tra la dichiarazione di dimissibilità e la dimissione e tra l'intervento e la dimissione- di questa popolazione. La Tabella 6 riporta gli stessi dati correlati ai principali *setting* di uscita.

	n° casi	Media	Mediana	Moda	Min	Max
Giornate di degenza	377	21,9	20	22	0	164
Giornate Pre intervento	369⁷	5,6	4	2	0	151
Dimissibilità - Dimissione	281⁸	6,2	4	7	0	96
Intervento - Dimissione	370	16	14	14	3	95

Tabella 5: Indicatori di processo relativi ai pazienti valutati attraverso SMD

⁷ In 8 casi non è possibile calcolare il dato.

⁸ In 96 casi non è possibile calcolare il dato.

PDTA del paziente con frattura di femore

Setting	n° casi	Giornate di degenza			Ricovero - intervento			Intervento-dimissibilità			Dimissibilità - Dimissione			Intervento - Dimissione		
		MD ⁹	MDN	DS	MD	MDN	DS	MD	MDN	DS	MD	MDN	DS	MD	MDN	DS
Domicilio	72	19,8	17	18	7,6	4,5	8,7	9,1	9	6	3,6	1	3,6	12,9	12	3,8
Pineta	27	26,7	24	12,8	6,4	4	8,7	10	9	6	8,8	7	8,3	19,9	18	8,8
Riabilitazione ospedaliera	38	17,6	16	7	4,2	5	8,9	8	9	6	5,9	4	5	12,6	12	5
RSA	179	22,5	21	9	5	4	8,6	10	9	6	7	6	5,3	17,1	15	8,3

Tabella 6: indicatori di processo correlati alle tipologie di uscita più frequenti

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO - RACCOMANDAZIONI

La letteratura, attualmente disponibile, suggerisce che per ottenere una maggiore probabilità di recupero del paziente dopo frattura di femore dovrebbero essere:

- attivati team multiprofessionali e multidisciplinari;
- effettuate valutazioni multidimensionali per tutti i pazienti;
- progettate e realizzate dimissioni precoci e strutturate.

Le attuali linee guida internazionali analizzano le diverse fasi assistenziali del processo di cura, individuando alcuni elementi cruciali:

- diagnosi precoce;
- trattamento chirurgico in assenza di controindicazione cliniche;
- tempo di attesa pre-operatorio con standard di 48 ore dal ricovero;
- controllo del dolore;
- precoce mobilizzazione e riabilitazione;
- pianificazione della dimissione;
- reinserimento precoce dell'anziano nel normale ambiente di vita.

CRITERI DI INCLUSIONE E DI ESCLUSIONE

Al percorso accedono tutte le persone anziane di età superiore ai 65 anni.

Sono escluse dal percorso le persone:

- di età > 65 anni decedute in Pronto Soccorso;
- dimesse contro il parere dei sanitari;
- con presenza di comorbilità tale da impedire l'intervento;
- le cui condizioni fanno propendere per il trattamento conservativo.

⁹ MD media; MDN mediana

PERCORSO ATTUALE

Il percorso in esame, visualizzato nella Figura 5, ha inizio con l'episodio clinico **Valutazione e stadiazione**.

Questo episodio clinico, di norma, avviene in Pronto Soccorso, dove la persona viene accolta immediatamente dopo l'evento traumatico ma, può avvenire anche in altre strutture ospedaliere, qualora la frattura di femore sia la conseguenza di un trauma occorso ad una persona già ricoverata per altre patologie.

In tutti i casi, la diagnosi è confermata radiologicamente. Questo primo episodio si conclude con il trasferimento in una *Unità di Degenza di Ortopedia* dove viene attivato il trattamento.

La **valutazione di eleggibilità** e la **preparazione all'intervento** chirurgico costituiscono gli obiettivi della **prima fase** di trattamento medico ed infermieristico.

In sala operatoria (**seconda fase**) l'assistenza medico-infermieristica è finalizzata all'esecuzione in sicurezza dell'intervento chirurgico.

Nella **terza fase**, al rientro nell'unità di degenza dopo l'intervento chirurgico, l'assistenza erogata da medici, infermieri e fisioterapisti è finalizzata alla stabilizzazione delle condizioni cliniche, ad evitare l'insorgenza di complicanze e a riabilitare precocemente le funzione motorie e cognitive.

La stabilità clinica intesa come normalizzazione dei parametri ematochimici, rimozione dei drenaggi e gestione della ferita, ripresa delle funzioni fisiologiche (eliminazione, alimentazione ed igiene personale), normalmente, viene raggiunta in terza giornata dall'intervento chirurgico.

Il raggiungimento della stabilizzazione coincide con l'avvio dell'episodio clinico – organizzativo **Monitoraggio e valutazione post trattamento** che prevede la definizione del programma riabilitativo, sulla base della valutazione effettuata dal *team* multidisciplinare.

Tale valutazione viene documentata nella **scheda multidimensionale** (Cfr. *Allegato 1*) che raccoglie le informazioni necessarie ad identificare il programma più appropriato in rapporto agli specifici bisogni della persona assistita.

Il programma riabilitativo può essere attuato in uno dei *setting* individuati nel *Protocollo Interaziendale di Continuità assistenziale riabilitativa*.

Qualora la riabilitazione possa essere effettuata a domicilio dell'assistito, dovrà essere garantito l'approvvigionamento di presidi e ausili eventualmente necessari..

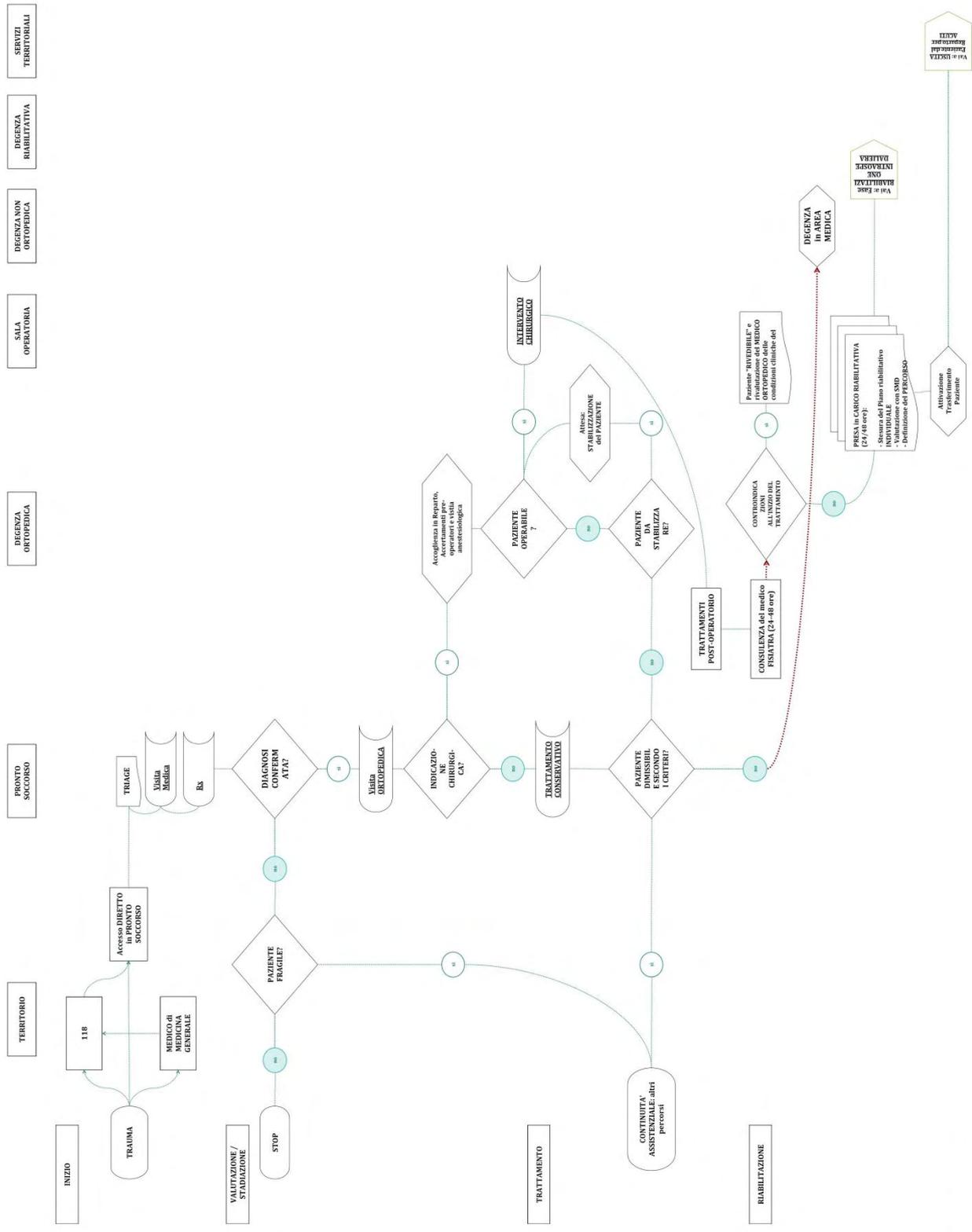


Figura 5: Flow chart frattura femore percorso attuale

SERVIZI TERRITORIALI

DEGENZA RIABILITATIVA

DEGENZA NON ORTOPEDICA

SALA OPERATORIA

DEGENZA ORTOPEDICA

PRONTO SOCCORSO

TERRITORIO

118

Accesso DIRETTO in PRONTO SOCCORSO

TRAUMA

MEDECINA GENERALE

VALUTAZIONE / STADIAGIONE

STOP

TRATTAMENTO

RIABILITAZIONE

VALUTAZIONE / STADIAGIONE

VALUTAZIONE / STADIAGIONE

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

Il gruppo di lavoro ritiene che l'attuale percorso possa essere migliorato con le seguenti azioni:

1. aumentare il numero di pazienti con frattura di femore operati entro 48 ore dal ricovero;
2. ridurre i tempi intercorrenti tra dimissibilità e dimissione nel setting appropriato;
3. adeguare la dotazione degli Operatori Sociosanitari (OSS) e migliorare la formazione finalizzata alla mobilitazione precoce dei pazienti operati, in particolare nei reparti di medicina e ortopedia;
4. sviluppare nuove modalità organizzative ispirate all'ortogeriatría con l'obiettivo di migliorare la gestione clinica delle patologie concomitanti e le complicanze¹⁰;
5. rilevare la presenza e le modalità di trattamento del dolore secondo una delle scale abituali (VAS, NRS, faccette nei casi di pazienti con fragilità cognitive) in tutto il percorso a partire dal PS;
6. mobilitazione precoce entro 24 ore dall'intervento;
7. estendere il protocollo a tutte le persone ricoverate con diagnosi di frattura di femore anche se non hanno la concessione del carico prevedendo un raccordo funzionale tra la continuità infermieristica e quella riabilitativa, che attualmente agiscono parallelamente;
8. Implementare la scheda di continuità riabilitativa in formato elettronico;
9. condividere strumenti e azioni di informazione ed educazione sanitaria dei pazienti per prevenire i fattori di rischio (per esempio stili di vita, obesità, prevenzione incidenti domestici e cadute) da parte dei diversi servizi coinvolti nel PDTA nelle diverse fasi del percorso;
10. proseguire l'attività del gruppo di lavoro per condividere un data set, monitorare l'effettiva applicazione dei PDTA Frattura di femore attraverso l'analisi congiunta dei casi (audit clinico) con l'obiettivo di migliorare l'assistenza, l'efficacia e l'efficienza dei processi di cura integrati.

PERCORSO FUTURO

Il processo di miglioramento dell'attuale percorso investe le diverse fasi:

Fase pre-operatoria

- Attribuzione del codice giallo in fase di Triage al fine di far transitare rapidamente il paziente dal Pronto soccorso all'Ortopedia;
- tempestivo inquadramento multiprofessionale (geriatrico, ortopedico, anestesiologicalo e infermieristico);
- adeguata analgesia.
- mantenimento equilibrio idroelettrolitico;
- prevenzione delle lesioni da pressione;

¹⁰ Questa modalità è stata attivata il 30.07.14. Cfr. Allegato 2 *Attività di Ortogeriatría*

- trombo profilassi;
- screening nutrizionale ed eventuale intervento da parte del servizio di dietetica.

Intervento chirurgico

- Max 48 ore di attesa per l'intervento;
- tecnicamente mirato alla rapida mobilizzazione.

Post-operatorio

- Mobilizzazione precoce da parte del personale di assistenza in prima giornata post-operatoria;
- valutazione multidisciplinare - avvio protocollo di continuità riabilitativa entro max 48 ore dall'intervento chirurgico;
- dotazione di ausili al rientro a domicilio se necessario;
- educazione sanitaria e prevenzione secondaria delle fratture (terapia dell'osteoporosi e prevenzione delle cadute).

RISULTATI ATTESI ED INDICATORI

Risultati attesi

- Riduzione dei tempi intercorrenti dall'evento all'intervento chirurgico nei pazienti con frattura del femore over 65 anni;
- diminuzione dell'insorgenza di infezioni nosocomiali;
- riduzione dell'insorgenza di lesioni da pressione;
- riduzione degli effetti legati alla cronicità: deficit di mobilità;
- riduzione insorgenza trombosi venosa profonda;
- controllo del dolore nel pre e post operatorio;
- riduzione della mortalità entro 30 giorni dall'intervento.

Indicatori di risultato

- % pazienti operabili sottoposti ad intervento chirurgico entro 48 ore
- Presenza di infezione nosocomiale nei pazienti con frattura del collo del femore
- Presenza di lesioni da pressione dopo l'intervento chirurgico
- % di persone con frattura del femore che, in assenza di controindicazioni, iniziano la mobilizzazione precoce entro 24 ore dall'intervento
- % di persone con frattura del femore che, in assenza di controindicazioni, iniziano la presa in carico riabilitativa entro 48 ore dalla consulenza fisiatica
- % di pazienti con frattura del femore a cui viene prescritta e somministrata una terapia trombo profilattica
- % pazienti cui è stata rilevata la presenza di dolore
- % pazienti cui, sulla base dei livelli di dolore rilevati, è stata somministrata la terapia analgesica

ARTROPROTESI D'ANCA - PREMESSA

Le patologie osteoarticolari rappresentano il 50% delle malattie croniche nei soggetti di età > 65 anni e sono la causa più frequente di malattie croniche invalidanti (*Bone and Joint Decade*).

È ampiamente dimostrato che nel caso della compromissione di anca o ginocchio, l'impianto protesico consente la ripresa della funzionalità e la risoluzione della sintomatologia dolorosa con significativo miglioramento della qualità di vita.

L'invecchiamento della popolazione determinano un progressivo incremento degli interventi di impianto protesico e della relativa domanda di cura e riabilitazione, con un notevole impatto economico ed organizzativo a carico del SSN.

Se si esaminano i dati dedotti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), pubblicati sul sito del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it) risulta evidente l'importanza che sta assumendo tale tipologia di intervento.

Negli ultimi anni il numero di impianti di protesi articolare di anca e ginocchio è costantemente aumentato. Per esempio, nel periodo 1999 – 2005 complessivamente risultano essere stati eseguiti 342.145 interventi di sostituzione d'anca con un incremento pari al 32,3 %, passando dai 42.198 (1999) a 55.868 (2005).

AOUTS	Privati accreditati TS	Altri in regione	Totale
38	170	79	287

Tabella 7: Protesi d'anca operate in regione (8151, 8152) nel 2013
(Fonte Marco: Programmazione strategica ASS 1)

CRITERI DI INCLUSIONE

Questo PDTA riguarda tutte le persone con patologie osteoarticolari per le quali è programmato un intervento di artroprotesi d'anca.

SCOPO

Con questo documento ci si propone di:

1. analizzare l'intero processo assistenziale delle persone che necessitano di un intervento di artroprotesi;
2. definire strategie atte ad aumentare il numero di interventi in elezione effettuati nella nell'Area Vasta Giuliano-Isontina per diminuire la fuga extraregionale.

PERCORSO ATTUALE - AOUTS

Le attuali modalità di presa in carico del paziente sottoposto a chirurgia protesica, prevedono che l'intervento riabilitativo inizi già nella fase pre-operatoria attraverso una valutazione integrata da parte del fisiatra e del fisioterapista (Figura 6).

PDTA del paziente sottoposto ad intervento di artroprotesi d'anca

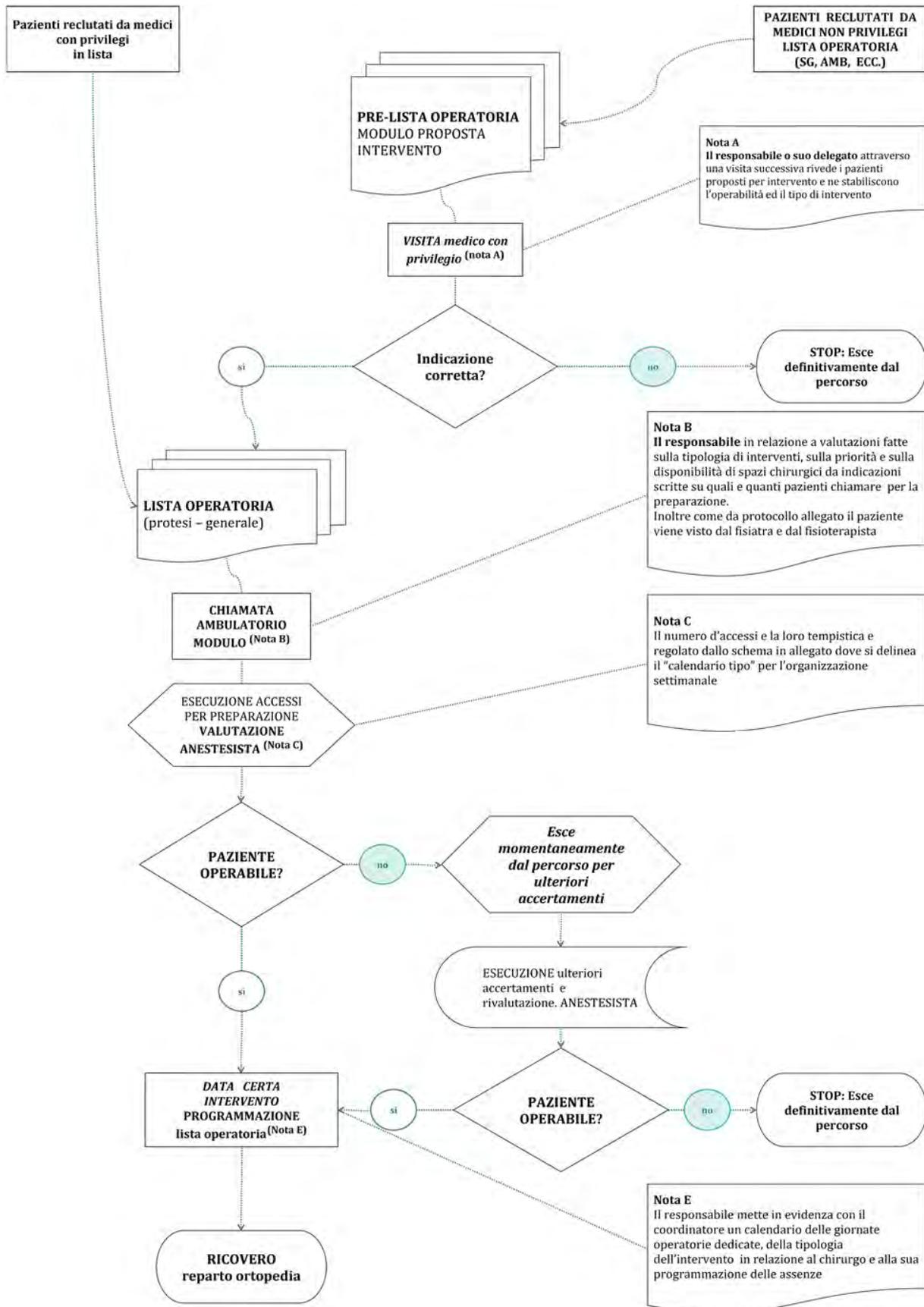


Figura 6: Flow chart artroprotesi d'anca percorso attuale

Il protocollo in uso dal 2012 in AOOTS è nato con l'obiettivo di integrare l'intervento riabilitativo post operatorio con una precoce informazione ed educazione del paziente: sulla condizione patologica in atto, sulle norme igienico-comportamentali da seguire, sugli ausili da adottare nel post-operatorio, sull'iter riabilitativo finalizzato al miglior recupero possibile, sugli esercizi da eseguire nel pre e post-operatorio, sui percorsi riabilitativi più appropriati nel post dimissione dal reparto per acuti. Contestualmente viene consegnato al paziente un opuscolo informativo come promemoria. La presa in carico precoce ha permesso di migliorare l'*outcome* funzionale degli assistiti e l'appropriatezza del percorso post-operatorio attraverso il coinvolgimento del paziente in fase pre-operatoria; ha determinato inoltre il miglioramento e/o la stabilizzazione della condizione patologica pre-operatoria del paziente che induce un cambiamento precoce del *pattern* motorio patologico.

La fase post-operatoria prevede la presa in carico riabilitativa attraverso il protocollo di continuità riabilitativa (vedi Figure 2, 3 e 4).

Con lo scopo di agevolare il paziente, semplificare le procedure, ridurre i tempi di ricovero e quelli di attesa per il trattamento, i pazienti che possono proseguire il trattamento riabilitativo ambulatorialmente vengono presi in carico dall'ambulatorio dedicato della S.C. di Medicina Riabilitativa. Alla fine del primo ciclo di trattamento, sulla base delle condizioni del paziente si stabilisce l'eventuale interruzione.

La tipologia di trattamento effettuato dai pazienti operati di artroprotesi d'anca in AOOTS e valutati (38) mediante scheda Multidimensionale nel corso del 2013, sono evidenziati nella successiva. 30 pazienti hanno ricevuto un trattamento riabilitativo intensivo (presso la struttura di Riabilitazione ospedaliera o quella di Pineta del Carso) o estensivo (in RSA) ma, il numero dei pazienti è troppo esiguo per poter analizzare correttamente i dati. L'età media dei pazienti è 76 anni.

Riabilitazione ospedaliera	17
Ricovero in RSA	13
Domicilio	3
Ricovero a Pineta del Carso	2
Ambulatorio ospedaliero	1
Ricovero ospedaliero	1
Continuità infermieristica	1
Totale valutazioni	38

Tabella 8: tipologia trattamento riabilitativo post ricovero dei 38 pazienti valutati nel 2013

PDTA del paziente sottoposto ad intervento di artroprotesi d'anca

	n° casi	Media	Mediana	Moda	Min	Max
Giornate di degenza	38	31,7	19,5	14	6	120
Giornate Pre intervento	38	11,3	1	1	1	88
Dimissibilità - Dimissione	32	6,9	0,5	0	0	16
Intervento - Dimissione	38	19,92	17	13	5	65

Tabella 9: Indicatori di processo relativi ai 38 pazienti valutati attraverso SMD

Setting	giornate di degenza			Dimissibilità - Dimissione			Intervento - Dimissione		
	media	mediana	DS	media	mediana	DS	media	mediana	DS
Domicilio	17	14	7,9	3	3	3	14	12	5,2
Pineta	15,5	15,5	3,5	4,5	4,5	3,5	13	13	5,6
Riabilitazione ospedaliera	34,4	22	29,5	9,8	10	4,7	20,6	19	15,4
RSA	30	22	18	5,6	5	4,6	21,6	17	10,3

Tabella 10: Indicatori di processo correlati alle uscite più frequenti

PERCORSO ATTUALE - PRIVATI ACCREDITATI

Anche con le strutture private accreditate della provincia di Trieste che effettuano interventi di elezione di artroprotesi di anca e ginocchio è stato concordato (*Casa di Cura Salus – 2008; Sanatorio Triestino – 2014*) un protocollo di continuità assistenziale-riabilitativa che mette in atto le procedure per ottimizzare la valutazione e le gestione del percorso medico – riabilitativo, in ottemperanza a quanto stabilito dal Piano Regionale della Riabilitazione. Questi protocolli che prevedono la presa in carico precoce del paziente attraverso un processo strutturato si caratterizzano per:

- **Valutazione pre-operatoria** effettuata almeno 3 settimane prima dell'intervento da parte dall'équipe. Facendo leva sulla self-efficacy, la conoscenza anticipata degli aspetti clinici ed organizzativi aumenta la compliance e la motivazione del paziente per la buona riuscita del percorso, riduce l'ansia, incrementa la tolleranza al dolore, l'adesione al protocollo e l'incremento delle dimissioni appropriate. La valutazione viene effettuata con la scheda multidimensionale con la valutazione Womac, con questionario SF 12, e con 3 domande aperte per valutare la qualità percepita.
- **Valutazione post-operatoria**, effettuata in quinta giornata dopo l'intervento chirurgico da parte del fisioterapista di ASS1. Vengono valutate le condizioni cliniche del paziente e rilevate eventuali complicanze segnalate dagli specialisti delle strutture. Si tratta di una valutazione Multidimensionale che tiene conto dell'esito clinico – misurato attraverso tre indicatori obiettivi dolore, versamento e articolarietà).

Viene poi compilata la scheda Barthel presente sulla Scheda di Valutazione Multidimensio-

nale e viene rivalutata la situazione socio-assistenziale dell'assistito. Infine si verifica la corrispondenza del percorso riabilitativo definito già in fase pre-operatoria attraverso la scheda multidimensionale.

PROPOSTE DI MIGLIORAMENTO

- Ridurre i costi della fuga extraregionale, incrementando gli interventi di protesi d'anca effettuati in elezione in AOOTS. Per realizzare questo incremento è necessaria una revisione organizzativa delle sedute operatorie per aumentare la disponibilità di sale operatorie;
- definire un percorso di continuità riabilitativa che consenta anche ai pazienti residenti operati fuori provincia e fuori regione di accedere a programmi appropriati di riabilitazione intensiva o estensiva da realizzare nei diversi *setting*;
- rendere disponibile la scheda multidimensionale in formato elettronico per facilitarne l'inserimento, la tracciabilità e l'elaborazione dei dati,
- integrare il percorso di continuità riabilitativa con quello di continuità assistenziale.

Rev.02 – 15/10/2014

 <p>Ospedali Riuniti di Trieste</p>	 <p>HEALTH PROMOTING HOSPITAL Ospedali per la Promozione della Salute HPH Una rete dell'OMS Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia</p>	 <p>Facoltà Medicina e Chirurgia</p>	 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE Azienda Servizi Sanitari N°1 triestina</p>	 <p>PINETA DEL CARSO LUNEDIGLIA</p>
<h2 style="margin: 0;">Scheda di Valutazione Multidimensionale</h2>				
<h3 style="margin: 0;">DEFINIZIONE DEL PERCORSO RIABILITATIVO APPROPRIATO</h3>				
Cognome e Nome: _____ Distretto: _____ Data di nascita: _____ Reparto: _____ Indirizzo: _____ Casa di Riposo: _____ Tel _____ Diagnosi : _____ Data ricovero: _____ Data di ammissione al reparto: _____ Data intervento chirurgico: _____ Data richiesta consulenza fisiatria: _____ Data consulenza fisiatria: _____ Data inizio trattamento riabilitativo: _____ Data invio fax: _____ Data 5 criteri dimissibilità: _____ Firma dimissibilità: _____ Data dimissione: _____ Carico concesso SI NO Carico concesso dal _____ Firma di chi concede il carico _____				
<h3 style="margin: 0;">GRIGLIA RIEPILOGATIVA MULTIDIMENSIONALE DEI BISOGNI UTILI AD INDICARE IL PERCORSO RIABILITATIVO APPROPRIATO</h3>				
	Dimensione	Valutazione Anamnestica	Data _____ Valutazione per il Trasferimento (2°)	Data _____ Valutazione Dimissibilità (3°)
A	Clinica/Funzionale			
B	Sociale			
C	Compliance al trattamento			
PROGRAMMA RIABILITATIVO: <ul style="list-style-type: none"> PREVISTO ALLA PRESA IN CARICO PREVISTO ALLA DIMISSIONE DEFINITIVO 				

Allegato 1: scheda di valutazione multidimensionale

Rev.02 – 15/10/2014

MOTIVAZIONE SULL'EVENTUALE VARIAZIONE DEL PERCORSO E/O NOTE AGGIUNTIVE	
Il medico: _____	L'infermiere: _____
Il fisioterapista AOUTS: _____	Il fisioterapista ASS1: _____

ALGORITMO PER LA DEFINIZIONE DEL PROGRAMMA APPROPRIATO DI ASSEGNAZIONE (RIABILITAZIONE ORTOPEDICA E RIABILITAZIONE NEUROLOGICA)												
Criterio clinico/funzionale	5	4	*	3	2 barthel 4-9	2 barthel 10-14	3	2 barthel 4-9	2 barthel 10-14	1	1	5
Criterio sociale	1	*	*	*	*	1	2	2	2	2	1	2
Compliance al trattamento	*	*	1	3-4	4 3 solo se neuro	4 3 solo se neuro	2	2 3 solo se orto	2 3 4	2 3 4	4	*
Programma di assegnazione	1		2				3					

Criterio clinico/funzionale	1	3	2	1	6
Criterio sociale	2#	1	1	1	*
Compliance al trattamento	4	2	2 3 solo se orto	2-3	*
Programma di assegnazione	4	5 (1)			6

* Criterio che non modifica a scelta del percorso

no barriere architettoniche

(1): nel caso di pazienti di età <65 anni l'uscita sarà **struttura ospedaliera residenziale (pineta o riabilitazione ospedale)**

- Programma n° 1:** paziente non ammissibile a programma riabilitativo individuale **Continuita' Assistenziale Infermieristica**
- Programma n° 2:** paziente ammissibile a percorso riabilitativo in **struttura ospedaliera residenziale (SCM Riabilitativa o Casa di Cura Pineta del Carso)**
- Programma n° 3:** paziente ammissibile a percorso riabilitativo **domiciliare/casa di riposo**
- Programma n° 4:** paziente ammissibile a percorso riabilitativo **ambulatoriale**
- Programma n° 5:** paziente ammissibile a percorso riabilitativo **in RSA**
- Programma n° 6:** concluso programma riabilitativo

Allegato 1: scheda di valutazione multidimensionale

Rev.02 – 15/10/2014

DIMENSIONI CLINICHE/FUNZIONALI					
Dimensione "A": Scheda valutazione clinica					
	Anamnestico				
Criterio anamnestico (per condizioni che compromettono la possibilità di riabilitazione intensiva)	<input type="checkbox"/>	Demenza nota			
	<input type="checkbox"/>	non autosufficienza nota			
	<input type="checkbox"/>	Lesioni cerebrali estese precedenti			
	<input type="checkbox"/>	Patologie con aspettativa di vita < 6 mesi			
<p>STABILIZZAZIONE CLINICA: Spuntare le caselle corrispondenti allo stato del paziente. Al momento della stabilizzazione del paziente spuntare la casella "Assenza delle condizioni sopraindicate" indicando la data di stabilizzazione nel formato GG/MM/AAAA. NON cancellare l'indicazione delle patologie stabilizzate che devono essere archiviate insieme alle indicazioni dell'avvenuta stabilizzazione. Selezionare in ogni caso la casella "Assenza delle condizioni sopraindicate" per procedere indicando, eventualmente, la data di stabilizzazione. Rimandare la riabilitazione sino a stabilità delle condizioni cliniche nei seguenti casi:</p>					
<input type="checkbox"/>	Angina instabile	<input type="checkbox"/>	PA sistolica >200 mmHg diastolica >110 mmHG		
<input type="checkbox"/>	Infarto miocardio recente (<7gg)	<input type="checkbox"/>	Insufficienza cardiaca		
<input type="checkbox"/>	Tachicardia >110	<input type="checkbox"/>	Saturazione O ₂ <95%		
<input type="checkbox"/>	Bradipatia <50	<input type="checkbox"/>	Disturbo di coscienza: coma, sopore, agitazione psico-motoria		
<input type="checkbox"/>	Malattie sistemiche in fase acuta nelle quali sia indicato riposo assoluto				
<input type="checkbox"/>	Assenza delle condizioni sopraindicate - Stabilizzato dal _____ Firma del medico _____				
Criterio Clinico Stroke / neurologico	<input type="radio"/> LACI (LAC infart) <input type="radio"/> POCI (POsterior Circulation Infart) <input type="radio"/> PACI (Partial Anterior Circulation Infart) <input type="radio"/> TACI (Total Anterior Circulation Infart) <input type="radio"/> Emorragia cerebrale <input type="radio"/> Polineuropatia <input type="radio"/> S.M. <input type="radio"/> Trauma Cranico <input type="radio"/> altro				
	Firma del Medico _____				
	Anam.	Trasf	Dimis	Neurologico	Ortopedico
Criterio 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LACI BARTHEL >15	Patologie arto superiore o arto inferiore BARTHEL >15
Criterio 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	LACI, POCI in parte PACI BARTHEL tra 14 e 4	Patologie arto inferiore BARTHEL tra 14 e 4
Criterio 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	TACI, in parte POCI BARTHEL <4	Politrauma
Criterio 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glasgow Coma Score <8	
Criterio 5	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Senza carico ≥ 15gg
Criterio 6	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Non deficit motorio-funzionale	Non deficit motorio-funzionale
Firma del medico / fisioterapista / infermiere					
NOTE					

Allegato 1: scheda di valutazione multidimensionale

Rev.02 – 15/10/2014

Livello Funzionale : BARTHEL INDEX			
Livello funzionale	Punteggio anamnestico	Punteggio per il trasferimento 2°	Punteggio dimissibilità 3°
ALIMENTAZIONE 0 = incapace 1 = necessità di assistenza (ad es. per tagliare il cibo) 2 = indipendente			
TRASFERIMENTO DALLA CARROZZINA AL LETTO E RITORNO 0 = incapace 1 = in grado di sedersi ma necessita della max assistenza per trasferirsi 2 = minima assistenza e supervisione 3 = indipendente			
IGIENE PERSONALE 0 = necessita di aiuto 1 = si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade			
TOILETTE 0 = dipendente 1 = necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/vestirsi, usare la carta igienica 2 = indipendente			
FARE IL BAGNO 0 = dipendente 1 = indipendente			
DEAMBULAZIONE 0 = immobile (non riesce a deambulare, né ad usare la carrozzina) 1 = indipendente con la carrozzina 2 = deambula con l'aiuto di una persona (verbale/fisico) 3 = indipendente anche con ausili (eccetto deambulatore con ruote)			
SALIRE E SCENDERE LE SCALE 0 = incapace 1 = necessita di aiuto e/o supervisione 2 = indipendente, anche con ausili			
VESTIRSI E SVESTIRSI 0 = dipendente 1 = necessita di aiuto, ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 2 = indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni			
CONTROLLO DELL'ALVO 0 = incontinente 1 = occasionali incidenti o necessità di aiuto 2 = continente			
CONTROLLO DELLA VESCICA 0 = incontinente 1 = occasionali incidenti o necessità di aiuto 2 = continente			
TOTALE PUNTEGGIO	_____	_____	_____
CRITERIO ASSEGNATO	_____	_____	_____
Firma	_____	_____	_____

Tabella riassuntiva criteri di assegnazione al programma			
Punteggio	≤3	4 - 14	≥15
Criterio	3	2	1

Allegato 1: scheda di valutazione multidimensionale

Rev.02 – 15/10/2014

DIMENSIONI SOCIALI			
Dimensione "B": Scheda situazione socio-familiare			
	Anamnestica	2°	3°
CRITERIO 1: Non presenza di adeguata tutela socio familiare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRITERIO 2: Presenza di adeguata tutela socio familiare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRITERIO 2: Paziente residente in polifunzionale o residenza protetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CRITERI ASSEGNATI			
Scheda situazione abitativa			
NOTE:			

Dimensione "C": Grado di compliance al trattamento riabilitativo			
Livello funzionale	Punteggio anamnestico	Punteggio per trasferimento 2°	Punteggio dimissibilità 3°
Collaborazione al trattamento			
Capacità di apprendimento delle procedure			
Capacità di mantenere l'attenzione			
Motivazione			
Punteggio			
CRITERIO ASSEGNATO			
Firma Fisioterapista			
Punteggio: 0 nessuna; 1 parziale; 2 totale			

Dimensione "C" - Tabella riassuntiva criteri di assegnazione al programma				
Punteggio	≤2	3-4	5-6	7-8
Criterio	1	2	3	4

TRATTAMENTI VINCOLANTI LA DIMISSIONE	
<input type="radio"/> CHEMIOTERAPIA/TERAPIA FARMACOLOGICA SPECIALE	<input type="radio"/> SONDINO NASO-GASTRICO
<input type="radio"/> CVC <input type="radio"/> ALTRO	
L'infermiere _____	



OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE

Servizio Sanitario Regionale
AZIENDA OSPEDALIERO – UNIVERSITARIA
Ospedale di rilievo nazionale e di alta specializzazione
(D.P.C.M. 8 aprile 1993)



FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

DAI DI MEDICINE SPECIALISTICHE - Direttore: prof. Roberto Luzzati
SC Geriatria - Direttore: prof. Gabriele Toigo

Attività di ortogeriatría

L'Ortogeriatría è un **percorso clinico-assistenziale integrato** che affronta la complessità del paziente anziano con frattura di femore e garantisce una **presa in carico multi-professionale** mediante l'accesso ad un percorso strutturato secondo i bisogni del paziente. Questo modello di organizzazione pone **il paziente al centro dell'assistenza** e integra le competenze dei professionisti coinvolti in un progetto coordinato.

Gli anziani rappresentano una larga e crescente percentuale della popolazione mondiale e contemporaneamente all'invocchiamo aumenta il rischio di caduta. Alle cadute si associano comorbidità, elevata mortalità, sofferenza per i pazienti e i loro familiari, costi sociali elevati: per tale motivo si rende fondamentale la prevenzione. Molte cadute nell'anziano sono eventi gravi, spesso fatali, seppur prevenibili, con una mortalità associata pari al 15-20%. Patologie concomitanti all'evento acuto sono spesso preesistenti e il contributo di una caduta non può essere che peggiorativo; la piena autonomia delle attività quotidiane viene recuperata solo dal 30-40% delle persone anziane.

Con il procedere dell'età vengono meno i fisiologici meccanismi di protezione dalle cadute quali adipe, massa muscolare e densità ossea, e ciò fa sì che le fratture si verificano anche come conseguenza di traumi a bassa energia. Inoltre, le linee guida internazionali definiscono necessario intervenire chirurgicamente entro 48 ore dall'accoglimento in ospedale.

Verificandosi le fratture nelle persone più anziane, che presentano importanti comorbidità anch'esse da gestire durante la degenza, si rende necessario un approccio multidisciplinare; il modello di gestione integrata tra ortopedici e geriatri è nato ed è stato sviluppato alla fine degli anni cinquanta in Inghilterra. La finalità che si pone tale modello è quella di migliorare il recupero degli anziani fratturati. Pertanto l'ortogeriatría è un'alternativa radicale al tradizionale modello di cura, basata sulla collaborazione tra diverse figure professionali con la messa in atto di tutte quelle strategie in cui l'evidenza mostra un miglioramento dei risultati per gli anziani con frattura, principalmente in termini di riduzione della mortalità e di preservata autonomia.

Questo modello di cura ha mostrato di ridurre la lunghezza media della degenza, le complicanze mediche ospedaliere e la mortalità. Uno studio randomizzato controllato ha mostrato una riduzione del 45% delle probabilità di complicanze maggiori (delirium, riacutizzazione di scompenso cardiaco, polmoniti, trombosi venosa profonda, embolia polmonare, ulcere da pressione, aritmie o infarto miocardio) e della mortalità. Uno studio prospettico australiano evidenzia come gli interventi previsti dal modello ortogeriatrico siano in grado di ridurre del 21% le complicanze mediche, del 3% la mortalità e del 20% la riospedalizzazione a sei mesi per patologie mediche. Il modello ortogeriatrico ha mostrato una riduzione dei tempi di degenza con riduzione dei costi sanitari-assistenziali. Le complicanze post-operatorie sono comuni nel paziente anziano e si aggirano tra il 60-70%, con conseguente incremento della durata di degenza e dei costi socio-sanitari. Queste complicanze impattano in maniera significativa aumentando la mortalità e minando in maniera significativa il recupero funzionale nell'anziano. La valutazione multidimensionale geriatrica permette di individuare precocemente problemati-

che mediche e psicosociali allo scopo di minimizzare o evitare, dove possibile, complicanze perioperatorie, pianificare una dimissione precoce ed identificare e seguire i soggetti particolarmente a rischio di ripercussioni cognitive e psicologiche. La British Geriatric Society considera il modello di gestione integrata realizzato in uno specifico reparto di ortogeriatría, la migliore offerta di cura per i pazienti anziani con frattura di femore.

Sulla base delle evidenze della letteratura nazionale ed internazionale si è quindi impostato un modello collaborativo Ortogeriatrico nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste che ricalca quanto raccomandato dalle principali società adeguato alla realtà territoriale.

Ad un'iniziale fase sperimentale avvenuta tra la Struttura Complessa di Geriatria e quella di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Maggiore per circa 3 mesi tra fine febbraio e fine maggio 2014 in cui sono stati presi in carico 66 pazienti di età compresa tra 67 e 99 anni (età media 83 anni con deviazione standard di 8,6), la maggior parte dei quali erano stati sottoposti ad intervento chirurgico per riduzione di frattura di femore nella giornata precedente la data di presa in carico da parte del geriatra (visto il modello organizzativo vigente in tale periodo con ricovero all'Ospedale di Cattinara e quindi trasferimento all'Ospedale Maggiore quando stabilizzato il paziente per l'intervento), ha fatto seguito una collaborazione, strutturata iniziata il giorno 30/07/2014, tra la Struttura Complessa di Geriatria, la Clinica Ortopedica e Traumatologica e la Struttura Complessa di Ortopedia e Traumatologia all'Ospedale di Cattinara.

Questo modello organizzativo prevede una valutazione da parte del geriatra di tutti i pazienti con più di 65 anni ricoverati per frattura del collo del femore possibilmente dal primo giorno di degenza o comunque da prima dell'intervento chirurgico ortopedico al fine di stabilizzare il più precocemente possibile il paziente per poter intervenire chirurgicamente entro le 24/48 ore (timing che la letteratura internazionale indica come ottimale al fine di ridurre le complicanze post-operatorie e migliorare l'outcome funzionale) fino alla stabilizzazione del paziente.

In particolare la valutazione geriatrica comprende:

- visita ed esame obiettivo completo con compilazione di una cartella clinica ortogeriatrica che entra a far parte della cartella clinica del paziente;
- valutazione multidimensionale geriatrica, in particolare dell'autonomia pre-frattura e del supporto socio assistenziale del paziente, al fine di elaborare fin dai primi giorni di ricovero un coerente progetto riabilitativo e valutazione dello situazione psico-sociale del paziente per evidenziare eventuali problematiche importanti per il percorso di dimissione. In particolare vengono eseguiti i seguenti test: ADL (pre-frattura e al ricovero, IADL, SPMSQ, CIRS, MNA, CIRS, MPI e segnalata quotidianamente la CAM);
- se il paziente si presenta senza segni di fragilità viene redatta una consulenza con eventuali consigli terapeutici mentre se fragile viene preso in carico e seguito per più giorni consecutivi fino alla stabilità clinica;
- valutazione giornaliera dal lunedì al venerdì ed eventuale adeguamento della terapia annotato su diario clinico;
- confronto giornaliero con le diverse figure professionali: ortopedico, fisiatra, fisioterapista, infermiere professionale, operatore socio-sanitario;
- valutazione del rischio fratturativo a 3 o 10 anni mediante Defra o Frax o Q-fracture (a seconda di sesso ed età del paziente) con prescrizione di integrazione di vitamina D ed eventuale terapia anti-fratturativa ed eventuali indicazioni ad eseguire densitometria ossea;
- relazione finale redatta nel momento in cui il paziente è ritenuto stabile dal punto di vista delle complicanze e delle comorbidità presenti;
- raccolta dei più importanti dati in apposito data-base informatico, al fine di una successiva

comparazione e rielaborazione dei risultati.

Nel periodo dal 30 luglio 2014 al 11 settembre 2014, sono stati presi in carico 75 pazienti con frattura di femore prossimale, 73 dei quali hanno terminato il percorso ortogeriatrico e sono state eseguite inoltre ulteriori 30 consulenze geriatriche in pazienti ricoverati nei due reparti di ortopedia con problematiche diverse dalla frattura di collo del femore.

Un geriatra quindi ogni giorno dal lunedì al venerdì si reca all'Ospedale di Cattinara, o al mattino o al pomeriggio secondo gli altri impegni di reparto, e quando il medico incaricato non era in servizio è stato sostituito da un collega (finora questo si è reso necessario un solo giorno in occasione della partecipazione del medico incaricato al Corso di Alta Formazione in Gestione clinica del paziente anziano fratturato di femore organizzato dall'Università La Sapienza di Roma presso l'Ospedale Sant'Andrea).

Ad oggi non è ben quantificabile l'impegno orario del geriatra, vista la prima fase organizzativa e la concomitante necessaria riorganizzazione interna nella SC Geriatria coincisa per lo più con periodo di ferie estive, ma indicativamente è stata di circa 4 ore al giorno.

In questo periodo in media il geriatra ha avuto in carico 6,13 pazienti al giorno.

Le principali problematiche cliniche affrontate durante questo periodo riguardano:

- equilibrio idro-elettrolitico;
- squilibrio glicometabolico con adeguamento della terapia ipoglicemizzante orale e insulinica, sospensione della terapia con metformina prima dell'intervento e sua adeguata sostituzione;
- sospensione della terapia anticoagulante orale e sua sostituzione con eparine a basso peso molecolare a dosaggio terapeutico;
- alterazioni del ritmo cardiaco (fibrillazione atriale e tachicardie sopraventricolari) con controllo della frequenza/ritmo ed eventuale inizio di terapia anticoagulante;
- diagnosi e trattamento di infezioni delle vie urinarie;
- diagnosi e trattamento di insufficienza respiratoria;
- valutazione sistematica e prevenzione/trattamento del dolore;
- monitoraggio dell'emoglobina nel post-intervento e valutazione e trattamento delle anemie sia con emotrasfusioni di emazie concentrate sia con la valutazione dell'assetto marziale e vitaminico ed eventuali loro correzioni;
- ritenzione di liquidi e riacutizzazione di scompenso cardiaco con necessità di modulare la terapia infusiva ed eventualmente instaurare terapia diuretica;
- adeguamento della terapia antipertensiva con monitoraggio dei valori pressori;
- valutazione sistematica e prevenzione/trattamento dello stato confusionale acuto;
- valutazione degli stati carenziali e integrazione vitaminica e proteica;
- prevenzione delle ulcere da pressione ed indicazioni per la medicazione, se già presenti.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE CON BRONCO PNEUMOPATIA CRONICA OSTRUTTIVA (BPCO)

Gruppo di lavoro

Adele Maggiore – Direttore Sanitario (ASS1) - Coordinatore

Vittorio Antonaglia –Sistema 118

Maria Teresa Benazzi - Cure ambulatoriali e Domiciliari Distretto 4 (ASS1)

Gabriella D'Ambrosi – Distretto 3 (ASS1)

Paolo Faleschini – Farmacista (ASS1)

Aureo Muzzi – Pneumologo distrettuale (ASS1)

Franco Predolin – Distretto 4 (ASS1)

Carlo Rotelli –Cure ambulatoriali e Domiciliari Distretto 2 (ASS1)

Claudia Rusgnach - Distretto 2 (ASS1)

Fabio Vassallo - Pneumologia (ASS2)

Rosario Granito – Pneumologia (AOUTs)

Eleonora Sponza – Pneumologia (AOUTs)

Roberto Trevisan – Pneumologia (AOUTs)

Francesco Franzin – Medico di medicina generale Trieste

Maurizio Spedicati - – Medico di medicina generale Trieste

Ultima revisione: giugno 2014

INTRODUZIONE

La BPCO rappresenta oggi un crescente problema di ordine sociale e sanitario. Unica tra le patologie croniche ad aver mostrato negli ultimi decenni un costante incremento in termini di prevalenza, rappresenta oggi la quinta causa di morte e si prevede che nei prossimi anni diverrà la terza causa globale di morte, con conseguente incremento dei costi economici e sociali per la sua gestione.

Da un'attenta analisi dei costi in tale ambito emerge un forte sbilanciamento nella gestione della BPCO in Italia verso la fase di acuzie, intra-ospedaliera, piuttosto che verso azioni preventive e curative della fase stabile della malattia.

Il peso economico della terapia farmacologica si attesta a poco più del 10% circa dei costi totali, diretti ed indiretti, mentre l'ospedalizzazione assorbe quasi il 60% dei costi totali della malattia.

Studi prospettici dimostrano la possibilità di incidere in maniera significativa sul costo globale della malattia con una terapia appropriata e continuativa, farmacologica e non.

Non di rado proprio la riacutizzazione, se non l'ospedalizzazione, è il momento diagnostico. La sottodiagnosi e l'under-treatment contrastano fortemente con le nozioni acquisite negli ultimi anni riguardo alla possibilità delle terapie farmacologiche stabili, oggi disponibili, di interferire con la progressione della malattia in termini di funzione ma anche di qualità di vita e nella riduzione dell'evento riacutizzazione.

Il presente PDTA si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

Obiettivi di salute

- Promuovere e mantenere le migliori condizioni di salute possibili del malato con BPCO mediante:
 1. promozione di interventi e comportamenti individuali e collettivi a valenza preventiva: lotta al fumo, vaccinazioni, sorveglianza degli ambienti di lavoro, trattamento precoce delle riacutizzazioni, ossigenoterapia e educazione sanitaria;
 2. incremento del numero di diagnosi precoci corrette e stadiazione di Bronco Pneumopatia Cronico Ostruttiva;
 3. trattamento del paziente affetto da B.P.C.O. in modo conforme allo stadio di gravità;
 4. utilizzo razionale dei farmaci nella fase cronica e nelle riacutizzazioni

Obiettivi organizzativi

- Adeguato livello di cura per i malati con BPCO mediante:
 1. interventi di educazione, formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari mirati alla condivisione dei percorsi;
 2. adeguata disponibilità di servizi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e relativa razionalizzazione degli accessi sulla base delle risorse disponibili;
 3. garanzia di continuità di cura tra il Medico di Medicina Generale e gli Specialisti, sia ospedalieri che distrettuali, anche mediante efficaci strumenti di comunicazione e adeguati sistemi di raccolta ed archiviazione dei dati.

1. EPIDEMIOLOGIA DELLA BPCO

La BPCO è una patologia che, per proprie caratteristiche, rende difficile la stima precisa del totale dei pazienti. Esiste una quota di persone che pur avendo la malattia non sono ancora state diagnosticate e, allo stesso tempo, pazienti, soprattutto negli stadi meno complicati, che avendo una scarsa aderenza alle terapie non consuma risorse e di conseguenza sfugge all'attenzione dei sistemi sanitari (Corrado e Rossi, 2012).

In generale, la stima della prevalenza per la BPCO può essere fatta sia attraverso studi su piccole popolazioni, sia attraverso le informazioni in possesso della medicina generale sia attraverso database amministrativi. E' evidente che a seconda della fonte o della combinazione di fonti saranno diverse le stime risultanti.

Un ulteriore elemento di variabilità è dato dalla decisione di basarsi negli studi di popolazione sui valori delle spirometrie o sui sintomi riportati dai pazienti. Una revisione della letteratura fatta da WHO nel 2007 riporta valori tendenzialmente più alti nel secondo caso, con in entrambi i casi una elevata variabilità dovuta da un lato dalla scelta dei criteri spirometrici dall'altro alla sintomatologia riferita dai pazienti (WHO, 2007).

Un recente studio italiano ha provato a confrontare in cinque regioni i dati di prevalenza desumibili da tre fonti diverse: database amministrativi, dati provenienti dai medici di medicina generale e indagine ISTAT. Nel primo caso la prevalenza varia tra 3,1% e 5,2%, nel secondo tra 6,4% e 9,1% e nel terzo tra 3,8% e 6,8%.

1.1. Provincia di Trieste

Nella Tabella 1 e nella Figura 1 sono riportati i dati relativi ai ricoveri per Polmonite e BPCO di soggetti d'età superiore a 64 anni residenti nelle varie Aziende della Regione osservati dal 2004 al 2013.

I residenti nella provincia di Trieste mostrano un tasso di ospedalizzazione standardizzato per età superiore a quello osservato nelle altre Aziende della Regione mostrando l'importanza e la diffusione della patologia. Questa differenza si osserva anche se si considerano solo i ricoveri del 2013 (ASS 1 = 177, LC 167.2- 187.4, FVG =145, LC 140.7 – 149.3).

Area	Valore			Tasso (x 10000)		Limiti di confidenza	
	Osservato	%	Popolazione	Grezzo	Standardizzato	Inferiore	Superiore
ASS1	13.776	29,74	647.994	212,6	206,4	203,0	209,9
ASS2	5.028	10,86	347.946	144,5	143,7	139,7	147,7
ASS3	2.559	5,52	174.276	146,8	146,2	140,5	152,0
ASS4	12.220	26,38	794.740	153,8	154,9	152,2	157,7
ASS5	3.889	8,40	248.938	156,2	161,5	156,5	166,7
ASS6	8.845	19,10	632.005	140,0	140,0	137,1	143,0
[REGIONE FVG]	46.317	100,00	2.845.899	162,7	162,3	160,8	163,8

Tabella 1: Ricoveri per polmonite e BPCO in pazienti con età > 64 anni dal 2004 al 2013 per ASS
Fonte: DIMISSIONI OSPEDALIERE, Diagnosi:PRIMA, Codici:ICD-IX,ICD-IXCM 480-496

PDTA del paziente con BPCO

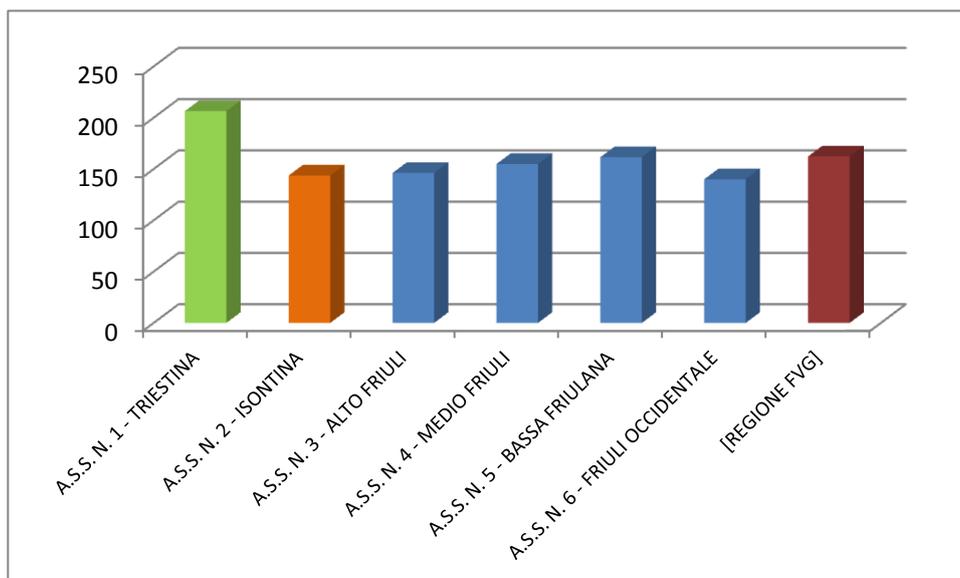


Figura 1: Tassi standardizzati per età Ricoveri per polmonite e BPCO età superiore a 64 anni

Nella Tabella 2 sono riportati i dati differenziati per Distretto di Residenza

ASS 1	Valore		Tasso (x 10000)			Limiti di confidenza	
Distretto	Osservato	%	Popolazione	Grezzo	Standardizzato	Inferiore	Superiore
1	277	6,26	16.908	163,8	158,1	140,0	178,0
2	322	7,28	15.057	213,9	185,9	165,7	207,9
3	283	6,40	18.169	155,8	161,7	143,3	181,7
4	325	7,35	16.053	202,5	182,7	163,2	203,9

Tabella 2: Ricoveri per polmonite e BPCO in pazienti con età maggiore di 64 anni nel 2013 per Distretto

I ricoveri con DRG 88 nel 2013 sono stati in totale 492 con 5.707 giornate di degenza più o meno in linea con i 3 anni precedenti come si osserva nella Figura 2.

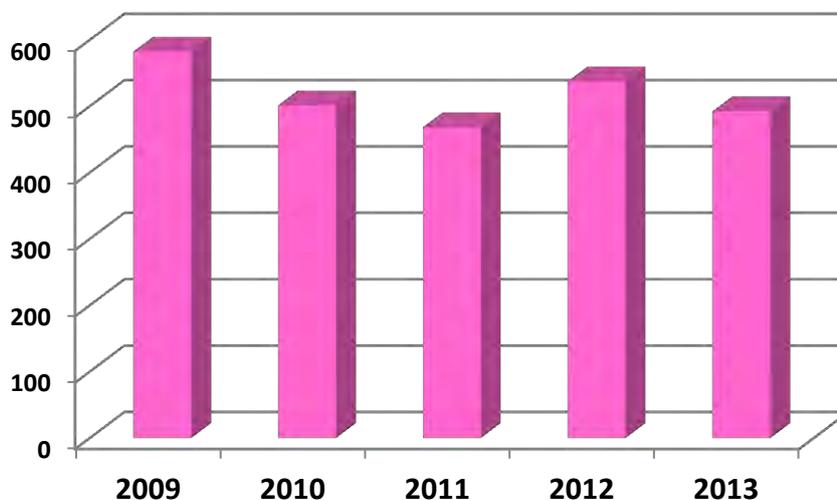


Figura 2: Dimissioni per DRG 88 per anno

PDTA del paziente con BPCO

Nel 2013 le persone dimesse con DRG 88 sono state in totale 414, così differenziate per Ospedale di dimissione.

Ospedale	n° dimissioni	%
AOU TS	373	75,8%
OSPEDALE DI LATISANA	1	0,2%
PINETA DEL CARSO	110	22,4%
SALUS	6	1,2%
SANATORIO TRIESTINO	2	0,4%
Totale	492	100,0%

La media di dimissioni con DRG 88 è di 1.19 ± 0.55 , il numero massimo di ricoveri nel corso dell'anno per una stessa persona è di 5 ricoveri.

Solo 15 persone, pari al 3,6%, sono state ricoverate sia presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste (AOUTS) che presso la Casa di Cura Pineta del Carso.

Presso AOUTS 15 ricoveri sono stati eseguiti in regime di DH per 315 gg di degenza e 18 ricoveri sono stati di 1 solo giorno, 5 dei quali seguiti da decesso. Il 91% delle dimissioni è avvenuta da Strutture di Medicina Generale e Geriatria e solo il 5,6% dalla S.C. di Pneumologia.

Struttura di Dimissione AOUTS	n° dimissioni	%
MEDICINA GENERALE	312	83,6%
PNEUMOLOGIA	21	5,6%
GERIATRIA	20	5,4%
LUNGODEGENTI	9	2,4%
MALATTIE INFETTIVE	7	1,9%
EMODIALISI	2	0,5%
CARDIOLOGIA	1	0,3%
CHIRURGIA GENERALE	1	0,3%
Totale	984	263,8%

Presso la Casa di Cura "Pineta del Carso" solo il 14% è stato dimesso dalla Struttura riabilitativa.

Struttura di Dimissione Pineta del Carso	n° dimissioni	%
PNEUMOLOGIA	94	85,5%
RECUPERO E RIAB. FUNZIONALE	16	14,5%
Totale	110	100,0%

Da un'indagine effettuata dalla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIA-SO) con la collaborazione di Cergas Bocconi è stata svolta un'indagine sui PDTA standard per patologie croniche, tra cui anche la BPCO, che ha coinvolto 11 aziende italiane.

Nella tabella successiva si confrontano i dati di spesa (costo medio con DS e mediano) rilevati in ASS 1 e nelle 11 aziende che hanno aderito allo studio.

I dati riguardano i nati entro il 1969, che avevano avuto almeno uno dei seguenti consumi nel 2009:

- a) Consumo di Farmaci con ATC R03* (con DDD>30%)
- b) Ricovero con ICD9-CM in diagnosi principale:
 - 490 bronchite
 - 491.21 bronchite cronica ostruttiva con esacerbazione
 - 491.9x bronchite cronica non specificata
 - 492.8x enfisema
 - 496 Ostruzioni croniche delle vie respiratorie, non classificate altrove
 - 518.81 insufficienza respiratoria acuta
- c) Esenzione per insufficienza respiratoria (024)
 (Sono stati esclusi i casi con codice di esenzione per asma (007) oppure con almeno un ricovero per asma (codice ICD9CM 493.xx) oppure con prescrizione di farmaci solitamente usati specificamente per l'asma con ATC R03BC (antiallergici) e/o R03DC (antagonisti dei recettori per i leucotrieni) (Sono stati esclusi i casi con codice di esenzione per asma (007) oppure con almeno un ricovero per asma (codice ICD9CM 493.xx) oppure con prescrizione di farmaci solitamente usati specificamente per l'asma con ATC R03BC (antiallergici) e/o R03DC (antagonisti dei recettori per i leucotrieni)

BPCO	ASS1			FIASO
COSTO in €	MEDIO	DS	MEDIANO	MEDIANO
Senza comorbidità	1.369	598	2.119	2.081
Comorbidità	4.693	2.172	5.932	6.334

I costi rilevati sono in linea con quanto emerge dalla letteratura (Dal Negro et al, 2008; Fornari et al, 2010).

Per il gruppo senza comorbidità le due voci di costo con peso maggiore sono i ricoveri e la farmaceutica (in particolar modo quella convenzionata), il cui totale rappresenta il 78% del costo complessivo.

Per il gruppo con comorbidità, invece, il peso maggiore (53%) è ricoperto dalla voce ricoveri, seguito da un 23% complessivo della farmaceutica (anche qui soprattutto la componente convenzionata)-

	RICOVERI	Accessi PRONTO SOCCORSO	Prestazioni SPECIALISTICHE per ESTERNI	Accessi in ADI	gg di degenza in strutture RESIDENZIALI e SEMIRESIDENZIALI
Senza Comorbidità	0,3	0,4	18,5	1,9	0,8
Comorbidità	1	0,9	42	5,3	3,8
Differenza % di prest.	233%	125%	125%	179%	375%

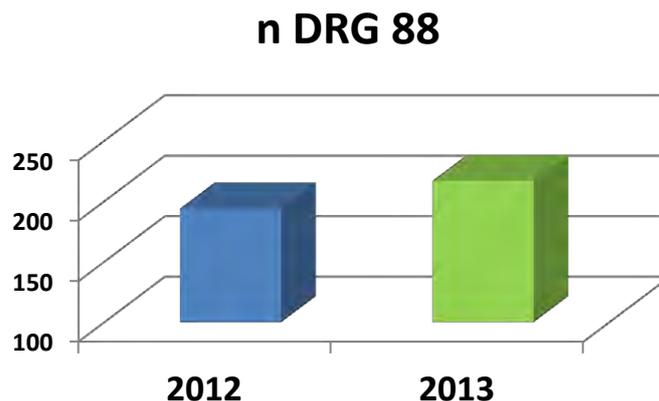
BPCO: Tabella di sintesi delle prestazioni nei due gruppi (valori mediani)

- a) Dall'indagine risulta che i consumi risultano sempre maggiori nel gruppo con comorbidità rispetto ai senza comorbidità, evidenziando il peso delle comorbidità associate alla BPCO nel determinare i consumi.
- b) La maggiore differenza si riscontra nell'assistenza residenziale e semiresidenziale (375%), la minore negli accessi in Pronto soccorso e nelle prestazioni erogate in regime per esterni (125%).
- c) Per quanto riguarda i ricoveri, le prime cinque diagnosi, nei senza comorbidità, sono riferibili a disturbi respiratori, mentre nell'altro gruppo tre su cinque sono ascrivibili a comorbidità cardiache (scompenso cardiaco congestizio, scompenso cardiaco sinistro e fibrillazione atriale).
- d) I codici di accesso sono, in entrambi i gruppi, in maggioranza bianchi o verdi (66%).
- e) Le visite mediche sono nettamente più numerose nei con comorbidità (4,7 visite/pz) rispetto all'altro gruppo (2 visite/pz). Le prime cinque prestazioni strumentali più frequenti sono sovrapponibili in termini qualitativi.
- f) Per quanto riguarda l'ADI la figura professionale più attiva è l'infermiere.

In tutte le aziende il numero medio di spirometrie è risultato quasi sempre inferiore al numero medio di ricoveri e in ogni caso il numero è largamente inferiore a quanto previsto dalle linee guida. In media, nelle aziende interessate vengono eseguite 18 spirometrie ogni 100 pazienti nel gruppo senza comorbidità con una discreta variabilità interaziendale (da 0,1 a 0,3 spirometrie, in media, per paziente all'anno).

1.2. Provincia di Gorizia

I ricoveri per BPCO di residenti nell'ASS2 sono stati, 217 nel 2012 e 194 nel 2013 come riportato nel grafico sottostante con una riduzione pari all'11% .



Nel 2013 le persone dimesse con DRG 88 sono state in totale 180 mentre nel 2012 erano state 200, così differenziate per Ospedale di dimissione.

Ospedale	Dimissioni 2012	%	Dimissioni 2013	%
P.O. GORIZIA	123	60.6	114	63.3
P.O. MONFALCONE	80	39.4	66	36.7
Totale	203	100,0	180	100,0

2. DEFINIZIONE BPCO E LIVELLI DI GRAVITÀ

Definizione

La BPCO, malattia frequente, prevenibile e trattabile, è caratterizzata da una limitazione persistente al flusso aereo, che è in genere evolutiva e si associa ad una aumentata risposta infiammatoria cronica agli inquinanti inalatori a carico delle vie aeree e dei polmoni.

Riacutizzazioni dei sintomi e comorbidità croniche contribuiscono alla gravità complessiva nel singolo paziente

La **stadiazione** dei livelli di gravità è la seguente:

In pazienti con VEMS/CVF < 0.70:

GOLD 1: Lieve	VEMS > 80% del teorico
GOLD 2: Moderata	50% < VEMS < 80% del teorico
GOLD 3: Grave	30% < VEMS < 50% del teorico
GOLD 4: Molto Grave	VEMS < 30% del teorico

*basata sul valore di VEMS misurato dopo broncodilatatore

3. SETTING DI PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

3.1. Attività preventiva

L'attività preventiva si esplica in tutti i momenti della storia naturale della malattia e si basa su:

- **Controllo dei fattori di rischio**
- **Diagnosi precoce della malattia**
- **Gestione della BPCO stabilizzata**
- **Gestione delle riacutizzazioni**

3.1.1. Controllo dei fattori di rischio

- **Prevenzione e cessazione dell'abitudine al fumo:** La prevenzione dell'abitudine al fumo va perseguita a tutti i livelli educativi (compreso quello scolastico). Nessun trattamento farmacologico si è dimostrato efficace nel modificare la storia naturale della malattia e l'unico provvedimento utile per arrestarne la progressione è smettere di fumare.
- **Controllo dell'esposizione professionale** sia in termini di azione nei luoghi di lavoro che di educazione degli operatori professionali all'osservanza delle relative norme individuali

3.1.2. Diagnosi precoce della malattia

La diagnosi precoce della malattia è indispensabile al fine di ridurne la progressione. A tale scopo riveste particolare importanza la somministrazione a tutti i fumatori e agli ex fumatori di età > 40 anni sintomatici per malattie respiratorie del Questionario GOLD per lo screening dei casi di BPCO (allegato 6).

3.1.3. Gestione della BPCO stabilizzata

Momento fondamentale è costituito dal monitoraggio periodico, clinico e funzionale, della malattia nei vari stadi, da effettuarsi mediante visite di controllo programmate (in media con scadenza semestrale/annuale).

Nel corso di tali visite sarà importante, (oltre ad effettuare le verifiche di cui sopra), valutare altresì:

- severità della malattia su base individuale tenendo conto della sintomatologia del paziente, limitazione del flusso, frequenza e gravità delle riacutizzazioni, complicanze, insufficienza respiratoria, comorbilità e stato generale di salute;
- scelta di trattamento rispondente a necessità pratiche del paziente e disponibilità dei farmaci;
- eventuali adeguamenti terapeutici.

3.1.4. Gestione delle riacutizzazioni

La storia naturale della BPCO è caratterizzata da periodiche modificazioni dei sintomi del paziente, la cui gravità e frequenza sono fattori determinanti la prognosi della malattia.

Le riacutizzazioni rappresentano la principale causa di visite mediche, di ospedalizzazione e di morte nei pazienti affetti da BPCO. Ad esse è riconducibile l'80% dei costi della BPCO.

Definizione di Riacutizzazione della BPCO: un evento caratterizzato da una modificazione acuta dei sintomi abituali del paziente, cioè dispnea, tosse ed espettorazione, che va al di là della abituale variabilità giornaliera e che richiede un cambiamento della terapia

Cause di Riacutizzazione della BPCO

Principali

- Infezioni delle vie respiratorie (virus e/o batteri)

Secondarie

- | | |
|--|--|
| - Polmonite | - Farmaci (ipnotici, sedativi, diuretici) |
| - Scompenso cardiocircolatorio | - Disturbi metabolici |
| - Turbe del ritmo | - Scarsa nutrizione |
| - Embolia polmonare | - Altre patologie (neoplasie, anemia, emorragie) |
| - Pneumotorace spontaneo | - Patologie respiratorie terminali |
| - Somministrazione inappropriata di O ₂ | |

3.2. Criteri di Invio in Pronto Soccorso

4. Presenza di segni quali: cianosi, edemi declivi, mancanza importante di respiro (dispnea), frequenza respiratoria > 30 atti respiratori/minuto
5. Aritmia di nuova insorgenza
6. Disturbo del sensorio (confusione acuta) in paziente con BPCO

3.3. Criteri di Invio alla Visita Ambulatoriale Urgente

La visita urgente avviene con l'invio presso il reparto di Pneumologia da parte del medico curante (MMG, medico di Distretto, specialista pneumologo distrettuale) con impegnativa

del SSR nella quale va specificato il quesito clinico rilevante ed il codice di urgenza “U”.
L’ambulatorio per le visite urgenti è aperto di norma dal Lunedì al Venerdì dalle h 8,00 alle h 16,00.

Negli altri orari la persona va inviata al Pronto Soccorso dell’Ospedale di Cattinara.

I criteri dell’invio sono i seguenti:

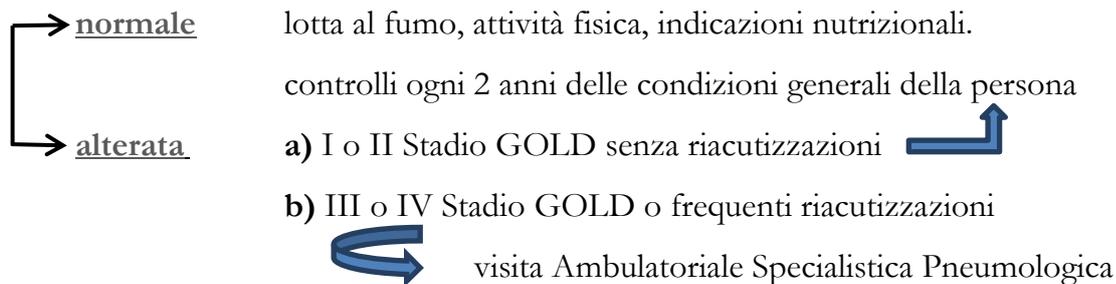
1. Riacutizzazione moderata della BPCO in persone con livello di gravità elevato, in ossigenoterapia
2. Presenza di dispnea, da più di 12 – 24 ore resistente al trattamento farmacologico
3. Saturazione < 93%

3.4. Criteri di Invio alla Visita Ambulatoriale Programmata

Criteri di Invio da parte del MMG per eseguire la spirometria :

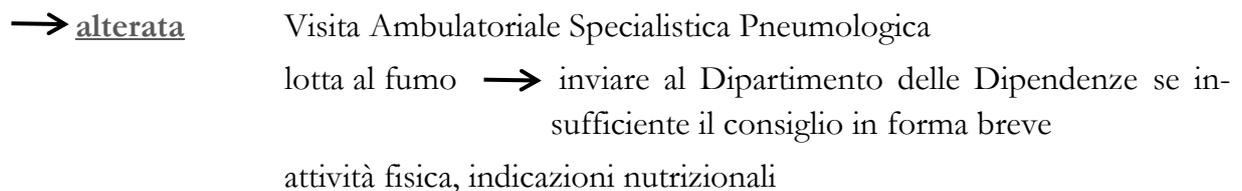
fumatori o esposti a fumi, polveri, vapori nocivi per motivi professionali, con dispnea e/o catarro e/o tosse

SPIROMETRIA:



Criteri di Invio da parte del Reparto Ospedaliero alla dimissione dopo ricovero per BPCO lieve o moderata :

SPIROMETRIA :



3.5. Consulenza Intraospedaliera

La consulenza Pneumologica va sempre richiesta dopo aver eseguito una spirometria

3.5.1. BPCO nota

Condizioni del paziente:

- riacutizzazione grave
- necessità di ossigenoterapia alla dimissione

N.B. - In caso di riacutizzazione Lieve o Moderata *non richiedere la consulenza intraospedaliera* ma inviare alla dimissione a visita ambulatoriale programmata

3.5.2. BPCO sospetta o 1^a diagnosi

Eseguire la spirometria

SPIROMETRIA :

→	<u>normale</u>	lotta al fumo, attività fisica, indicazioni nutrizionali. controlli ogni 2 anni delle condizioni generali della persona da parte del MMG
→	<u>alterata</u>	NON RICHIEDERE la consulenza specialistica intraospedaliera Visita Ambulatoriale Specialistica Pneumologica alla Dimissione

3.6. Continuità Assistenziale per Dimissione da: Ospedale, Casa Di Cura

- a) I pazienti ricoverati presso l'*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste* possono essere dimessi da:
 - S.C. Pneumologia
 - SS.CC. di Area Medica
- b) I pazienti ricoverati presso la Casa di Cura "Pineta del Carso" possono essere dimessi da:
 - Reparto di Pneumologia
 - Reparto di Riabilitazione
 - Residenza gravi – gravissimi

3.6.1. Criteri di dimissibilità dopo riacutizzazione della BPCO

- a) riduzione della dispnea (scala di BORG= valore < 1 – 2 a riposo)(allegato 1) o comunque riduzione di 2 punti rispetto all'ingresso
- b) Frequenza respiratoria < 25 atti/minuto
- c) Capacità di utilizzare inalatori o terapia aerosolica
- d) Utilizzo di β -2 short acting al bisogno < 4 somministrazioni/die
- e) Stabilità clinica cioè
 - assenza di segni quali: cianosi, edemi declivi, non aumento di RAG o PVC, reperto polmonare quo ante riacutizzazione, riduzione delle secrezioni e dell'espettorazione
 - assenza di sintomi quali la dispnea, da più di 12 – 24 ore
- f) Stabilità EGA da più di 12 – 24 ore (pH nei limiti di norma; $pO_2 > 55\text{mmHg}$; pCO_2 con variazioni inferiori ai 5 mmHg, con o senza O_2)

La dimissione va sempre comunicata, attraverso il servizio di continuità assistenziale, al Distretto del paziente.

Quando è necessario va attivato il servizio infermieristico distrettuale, ambulatoriale o domiciliare, per la raccolta dei parametri riportati di seguito nel paragrafo 3.6.3. *Follow up*.

3.6.2. Condizioni cliniche del paziente da dimettere da parte della S.C. Pneumologia di AOUTs

- a) Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore
- b) Senza rete familiare o care giver adeguato
- c) Necessita o meno di presenza medica ed infermieristica h 24
- d) Deve effettuare terapie con farmaci H
- e) Ha bisogno di training per l'uso delle apparecchiature (es: ventilatore)
- f) Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

3.6.2.1. Destinazione alla dimissione (vedi check list 1)

→ Ricovero per Riabilitazione presso la Casa di Cura Pineta del Carso:

Caso A

1. Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore
2. Deve effettuare terapie con farmaci H
3. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

Caso B

1. Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore
2. Necessita di presenza medica ed infermieristica h 24
3. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

Caso C

1. Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore
2. Necessita di presenza medica ed infermieristica h 24
3. Deve effettuare terapie con farmaci H
4. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

Caso D

4. Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore
5. Ha bisogno di training per l'uso delle apparecchiature (es: ventilatore)
6. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

→ Ricovero per Riabilitazione presso RSA

1. Senza rete familiare o care giver adeguato
2. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

→ Riabilitazione Ambulatoriale

1. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

→ Domicilio

1. Nessuna delle condizioni indicate

3.6.2.2. Controlli Post Ricovero

BPCO grave con riacutizzazione o non stabile ma dimissibile:

pH nei limiti della norma (7.35 e 7.45)

p O₂ > 55mmHg

Controllo entro 21 gg dal ricovero (la prestazione rientra nel DRG) : emogasanalisi ed eventuale Rx Torace

BPCO grave con riacutizzazione:

Attivazione continuità assistenziale del distretto ed invio al MMG

Controllo entro 21 gg dal ricovero (la prestazione rientra nel DRG) : emogasanalisi ed eventuale Rx Torace

BPCO grave senza riacutizzazione:



attivazione continuità assistenziale del distretto ed invio al MMG

3.6.3. Follow Up

A seconda delle condizioni cliniche della persona dimessa e inviata al proprio domicilio i controlli da eseguire sono i seguenti :

- a) Visita di controllo entro 21 gg dalla dimissione da parte dell'ambulatorio specialistico ospedaliero
- b) Visita di controllo entro 21 gg dalla dimissione da parte dell'ambulatorio specialistico territoriale (in questo caso il medico ospedaliero fornirà al momento della dimissione l'appuntamento presso il Distretto di competenza utilizzando l'agenda informatica a questo scopo attivata)
- c) Invio al MMG

Prima del controllo ambulatoriale, entro 15 – 20 gg dalla dimissione, il MMG provvederà alla misurazione dei seguenti parametri:

- Polso
- Pressione
- Pulsossimetria
- Temperatura
- Valutazione dell'aderenza alla prescrizione nell'uso dei farmaci broncodilatatori

3.6.4. Condizioni cliniche delle persone che necessitano di controllo entro 21 gg dalla dimissione

- relativa instabilità dei dati dell'ossiemia (confermare o escludere ossigenoterapia)
- necessità di controllo tramite Rx o esami ematochimici (in particolare gli indici di flogosi e squilibri idroelettrolitici)
- controllo della terapia (compliance, necessità di proseguire o meno un determinato farmaco)

I successivi follow up vanno eseguiti:

in pazienti autosufficienti o che usufruiscono di cure giver adeguato , in grado di auto gestire la malattia, non in ossigenoterapia né ventiloterapia



dal MMG 2 – 3 volte all'anno

in pazienti instabili in ossigenoterapia o ventiloterapia



dallo specialista pneumologo 1 - 2 volte all'anno con richiesta del MMG

- *pneumologo territoriale* se persona che ha difficoltà a muoversi dal domicilio e già seguita dal Distretto
- *pneumologo ospedaliero* (ambulatorio insufficienza respiratoria) se persona che non ha difficoltà a spostarsi dal domicilio

3.6.5. Condizioni cliniche del paziente da dimettere da parte di SS.CC. di area medica di AOUTs

- a) Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore
- b) Senza rete familiare o care giver adeguato
- c) Necessita o meno di presenza infermieristica h 24
- d) Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

Nella lettera di dimissione andranno sempre riportati:

- a) valore dell'emogasanalisi
- b) eventuale prescrizione dell'Ossigenoterapia da parte della S.C. Pneumologia

3.6.5.1. Destinazione alla dimissione:

Attivare il Distretto di competenza per l'organizzazione della continuità assistenziale.

➔ Ricovero per Riabilitazione presso RSA

- 1. Senza rete familiare o care giver adeguato
- 2. Ha necessità e possibilità di recupero funzionale

Altrimenti:

- a) Dallo Stadio II in poi: invio al MMG e attivazione della Riabilitazione Ambulatoriale in Ospedale per allenamento allo sforzo, della durata di 6-8 settimane continuate per 3 volte a settimana
- b) Attivazione continuità assistenziale del distretto ed invio al MMG
- c) Visita di controllo entro 21 gg dalla dimissione da parte dell'ambulatorio specialistico territoriale

3.7. Condizioni cliniche per attivare il servizio infermieristico distrettuale

- 1) Stadio BPCO severo
- 2) Persona già in O₂ terapia per la quale è necessario, entro 21 gg dalla dimissione, verificare la necessità di continuazione
- 3) Presenza di altre patologie importanti quali Scompenso Cardiaco, Diabete o altra patologia che rende necessario un controllo regolare delle condizioni generali di salute (es: paziente diabetico che assume cortisonici)
- 4) Instabilità complessiva: persona fortemente dispnoica o con frequente dispnea valutata con la scala BORG > 3 o di 2 punti rispetto alla dimissione
- 5) Condizioni nutrizionali scadenti BMI < 20 oppure persona francamente obesa BMI > 35
- 6) Fumatore
- 7) Necessità di controllo di una corretta assunzione dei farmaci

3.8. Il controllo domiciliare infermieristico del paziente con BPCO

L'obiettivo è favorire tutto ciò che consenta la stabilità della malattia e il riconoscimento della riacutizzazione (caratterizzata da aumento della dispnea e della tosse, del volume dell'escreato e modifica delle sue caratteristiche) in modo da iniziare quanto prima l'eventuale trattamento, ridurre il danno e ottenere una SaO₂ di almeno 90%.

3.8.1. Attività da svolgere al domicilio del paziente

L'infermiere valuta il suo stato generale e le condizioni nelle quali vengono conservati gli ausili sanitari a sua disposizione.

1. valuta lo stato generale
2. rileva i parametri vitali :
 - frequenza cardiaca,
 - P/A,
 - Temperatura,
 - SaO₂ specificando se è in aria ambiente [AA] o in O₂ [da specificare il flusso]
 - frequenza respiratoria se dispnoico o accusa malessere generico
 - altri nuovi segni o sintomi rilevanti quali cianosi, alterazioni cutanee, febbre.
3. verifica il grado di comprensione della malattia e se il paziente assume regolarmente i farmaci e l'ossigeno, sia come frequenza sia come modalità
4. verifica la capacità di autogestione della malattia (riconoscimento della riacutizzazione, conoscenza dei punti di riferimento, come MMG, Distretto, SID, 118...) da parte sua e dei caregivers
5. verifica se vi è un evidente ristagno di secrezioni endobronchiali. Vanno considerati e segnalati anche i sintomi tipici della riacutizzazione quali aumento del volume dell'escreato e sue variazioni del colore (da bianco/chiaro a color giallo, verde, marrone, con sangue)
6. verifica la possibilità di fare movimento (anche solo camminare sino a 30 minuti al giorno consecutivi per tre volte alla settimana)
7. verifica la congruità tra prescrizione di OLT e consumi di ossigeno
8. verifica se il paziente abbia un manuale di istruzioni d'uso dell'apparecchiatura in appalto per l'ossigenoterapia e lo abbia compreso
9. verifica se l'OLT sia stata prescritta dalla SC Pneumologia o da altri. Se diverso dalla SC Pneumologia, comunica tale dato al dr Muzzi, pneumologo ASS1 via email aureo.muzzi@ass1.sanita.fvg.it.

L'infermiere ricorda al paziente di:

1. seguire i consigli del medico pneumologo, usando l'ossigeno per il numero d'ore prescritto ed al flusso che è stato stabilito.
2. passare a riposo il periodo in cui non è collegato all'ossigeno, se l'ossigenoterapia è stata prescritta per almeno 15-18 ore,

3. non aumentare senza criteri prestabiliti il flusso dell'ossigeno, a maggior ragione in caso di peggioramento del respiro. I cambiamenti del flusso, al di là della situazione di emergenza, vanno valutati dal medico.
4. evitare lunghe prolunghe, poiché sono causa di dispersione e quindi si rischia una insufficiente ossigenazione
5. mantenere pulita l'attrezzatura e rabboccare di *acqua distillata* l'umidificatore.
6. cambiare gli occhialini spesso, soprattutto quando sono induriti
7. non fumare vicino all'ossigeno, né tenerlo vicino a fonti di calore
8. non usare creme non compatibili con l'ossigeno in sede di posizionamento della maschera o degli occhialini
9. non toccare le superfici dell'apparecchiatura che si dovessero mostrare visibilmente fredde o coperte da brina: tali parti si trovano ad una temperatura molto bassa e possono provocare USTIONI DA FREDDO.

3.8.2. I criteri di allarme per i pazienti con BPCO e IRC:

1. Segni di grave riacutizzazione (dispnea, con + di 24 atti respiratori/min, confusione acuta, insorgenza/accentuazione di cianosi o tosse, presenza o accentuazioni di edemi, febbre, aumento o modifica delle caratteristiche dell'espettorato, come purulenza o emottisi)
2. Insorgenza di nuovi sintomi: dolore toracico, ipotensione (P/A sistolica inferiore a 90 mmHg) o ipertensione (P/a sistolico maggiore di 200 mmHg o diastolica > di 120 mmHg)
3. Desaturazione, con SaO₂ inferiore a 90%
4. Frequenza cardiaca superiore a 100 battiti/min
5. Incapacità di mantenere l'assunzione orale di farmaci e cibo
6. Incapacità di mangiare o di dormire a causa di sintomi

Chi contattare

In caso di riacutizzazione, l'Infermiere contatta il MMG. Se questo non è reperibile contatta il Medico di Distretto, preferendo contattare direttamente lo pneumologo nel caso si tratti di una chiara riacutizzazione pneumologica della patologia di base.

Va sempre indicato nella cartella del SID il medico di riferimento, quando diverso dal MMG

3.9. Ambulatorio del MMG

L'attività del MMG riportata nelle schede allegate si esplica:

- a) alla prima visita per inquadramento generale della persona, valutazione della presenza di fattori di rischio ed attivazione di tutte le misure di prevenzione possibile, quali prima tra tutte la cessazione dell'abitudine al fumo anche attraverso l'invio al Dipartimento per le Dipendenze (DDD) – S.C. Dipendenza da Sostanze Legali;
- b) nelle visite programmate successive di controllo (biennali) nei soggetti a rischio o in quelli con BPCO stadiata (annuale o semestrale) al fine di prevenire o ridurre le

riacutizzazioni per valutazione:

- aderenza alla terapia
 - effetti della terapia
 - abitudine al fumo
 - misurazione BMI
 - saturimetria
 - presenza di comorbidità cardiologiche o metaboliche
 - richiesta approfondimenti diagnostici
 - necessità di prescrizione ossigenoterapia a lungo termine
- c) in caso di vaccinazione antinfluenzale ed antipneumococcica per i soggetti d'età > 65 aa
- d) in caso di riacutizzazione della BPCO già stadiata per attuare una terapia adeguata
- e) successivamente a dimissione da PS o altra struttura Ospedaliera con diagnosi di BPCO riacutizzata.

3.10. Riabilitazione Respiratoria

Ha l'obiettivo di un riallenamento allo sforzo, deve durare almeno 6 - 8 settimane con un numero di sedute settimanali non inferiore a 3.

Serva a migliorare i sintomi e la qualità di vita dei soggetti affetti da BPCO.

Assieme alla disassuefazione al fumo e l'ossigenoterapia a lungo termine è l'unico intervento che si è dimostrato capace di migliorare la sopravvivenza dei soggetti affetti da BPCO.

Le persone con malattia con livello di gravità basso, non necessitano di riabilitazione ma debbono solo essere spinte a fare movimento fisico.

E' importante iniziare la riabilitazione respiratoria già in regime di ricovero per i pazienti dopo un prolungato periodo di ricovero.

Da chi può essere prescritta

Dallo specialista Pneumologo : dopo Visita ambulatoriale o Ricovero per BPCO

Dove può essere svolta:

- o presso la S.C. Pneumologia di AOUSTS
- o presso la Casa di Cura Pineta del Carso, anche in regime di ricovero

Il Distretto, su indicazione del MMG o dello specialista pneumologo inserisce la persona con BPCO nelle iniziative di attività motorie organizzate in collaborazione con le associazioni dei cardiopatici e dei diabetici che si occupano di queste attività.

4. INDICATORI DI PROCESSO E INDICATORI DI ESITO

Si riportano di seguito alcuni degli Indicatori di Processo e di Esito dell'applicazione del PDTA che potranno far parte di specifici accordi con i MMG.

4.1. Indicatori di Processo

n° assistiti x MMG età > 40 aa con BPCO con registrazione Spirometria/ n > 40 aa assistiti x MMG età con BPCO

n° assistiti con BPCO che riportano in cartella la registrazione dell'abitudine al fumo x MMG

n° assistiti con BPCO che riportano in cartella la registrazione del BMI x MMG

n° soggetti con BPCO Vaccinati contro l'influenza/ n° soggetti totali con BPCO per MMG

n° soggetti con BPCO Vaccinati contro lo pneumococco/ n° soggetti totali con BPCO per MMG

n° infermieri formati sulla gestione della BPCO riacutizzata del SID, delle RSA e delle Strutture protette > 60%

4.2. Indicatori di Esito

n° ricoveri DRG 88 anno in corso < anni precedenti

n° riammissioni in ospedale entro 30 gg dalla dimissione < anni precedenti

n° persone con prescrizione di almeno 8 confezioni ultimo anno farmaci LABA o LAMA o ICS

5. AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Utilizzazione farmaci per una migliore gestione domiciliare anche presso le strutture ospedaliere nel momento della dimissione per poter addestrare il paziente alla loro utilizzazione.

Utilizzazione delle check list presso i CAP e verifica della loro utilità.

Accordi con i MMG per una migliore gestione della BPCO per la definizione di obiettivi incentivati.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Linee Guida G.O.L.D. (Global Initiative for chronic Obstructive Lung Diseases)
www.goldcopd.it/materiale2013.html
2. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J 2004; 23: 932–946
3. Intermediate care—Hospital-at-Home in chronic obstructive pulmonary disease: British Thoracic Society guideline. Thorax 2007;62:200–210.
4. An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med Vol 188, Iss. 8, pp e13–e64, Oct 15, 2013
5. Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline Update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society.
6. Ann Intern Med.2011;155:179-191
7. Chronic obstructive pulmonary disease. Management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. NICE clinical guideline 101
guidance.nice.org.uk/cg101

7. ABBREVIAZIONI, ACRONIMI

BPCO: bronco pneumopatia cronica ostruttiva

BMI: indice di massa corporea

CAP: Centro di Assistenza Primaria –modalità organizzativa distrettuale della Medicina generale

FiO₂: frazione inspirata di O₂, indica la percentuale di O₂ inspirata. Si esprime con un numero compreso tra 0 e 1 o come percentuale. La FiO₂ in aria atmosferica è pari a 0,21 (21%).

EGA: emogas analisi

IRC: insufficienza respiratoria cronica

MMG : Medico di Medicina Generale

NIV :

OLT: ossigeno terapia a lungo termine

P/A : pressione arteriosa sistemica

PFR: prove di funzionalità respiratoria

SaO₂: saturazione arteriosa per l'ossigeno

SCALA DI BORG: è una scala che serve a valutare la percezione soggettiva dello sforzo in relazione all'entità o intensità dello sforzo stesso durante l'attività fisica. Valuta il grado di dispnea.

SCA: Servizio Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica)

SID: Servizio infermieristico domiciliare

VC: capacità vitale

VEMS: Volume espiratorio massimo al secondo

8. ALLEGATI

Allegato 1 - Scala di Borg per la valutazione della dispnea

Allegato 2 - La pulsossimetria

Allegato 3 - Ossigenoterapia continuativa

Allegato 4 – check list per invio post dimissione

Allegato 5 – check list infermiere distrettuale

Allegato 6- Questionario GOLD

Allegato 7 – check list di controllo per Ossigenoterapia o ventiloterapia domiciliare

Allegato 8 – Flow chart

Allegato 8.1. - BPCO sospetta o prima diagnosi

Allegato 8.2. –percorso BPCO riacutizzata

Allegato 8.3.- percorso complessivo

Allegato 9 – Schede Riassuntive

1 -5 Percorso del paziente nell'ambulatorio del medico di medicina generale

1. valutazione iniziale
2. valutazione dopo spirometria alterata
3. valutazione BPCO stadiata
4. valutazione BPCO stadio 2- 3 con sintomi o segni di gravità
5. gestione riacutizzazione BPCO

6. Percorso del paziente nel sistema 118

7. Percorso del paziente in ospedale

8. Percorso del paziente alla dimissione

9. Assistenza domiciliare

Scala di Borg per la valutazione della dispnea

Il grado di dispnea è descritto con parole semplici e comprensibili , corrisponde ad un numero compreso tra 0 (assenza di dispnea) e 10 (massima dispnea)

0	NESSUNA
0.5	MOLTO MOLTO LIEVE
1	MOLTO LIEVE
2	LIEVE
3	MODERATA
4	PIUTTOSTO FORTE
5	FORTE
6	
7	MOLTO FORTE
8	
9	
10	MOLTO MOLTO FORTE

LA PULSOSSIMETRIA

Saturimetria: misurazione nel sangue arterioso periferico della percentuale di emoglobina saturata in ossigeno

Si valuta con il pulsossimetro/saturimetro/ossimetro.

Il saturimetro rileva la saturazione dell'ossigeno attraverso la valutazione del diverso colore del sangue. Il sangue ossigenato è di colore rosso brillante mentre quello ridotto ha un colore meno vivo.

Misurando la differenza di assorbimento di due fasci luminosi (rosso assorbito dall'Hb ossigenata e infrarosso assorbito dall'Hb ridotta), il saturimetro calcola la saturazione di ossigeno del paziente.

Il valore della saturimetria indica la quantità di gas legato all'Hb (la % di saturazione) e non il contenuto ematico di O₂; non dà quindi informazioni sulla ventilazione.

Tipicamente siti di misurazione negli adulti sono le dita, la lingua, la fronte o il lobo dell'orecchio.

- Da distinguere se il paziente è in aria ambiente (AA) o in O₂ (da specificare il flusso)
- Importante avere noti i valori di base in fase di stabilità, sia in aria ambiente sia in O₂ terapia

Il paziente deve essere a riposo, da almeno 5 minuti, possibilmente dopo l'espettorazione mattutina, controllando se è in OLT, che la FiO₂ sia quella prescritta, mantenendo il lettore (ditale) sul dito (o altra sede prevista) per almeno 1 minuto, finché i valori si stabilizzano

La misurazione non va fatta durante l'aerosol terapia, se non in emergenza

Va sempre specificata la FiO₂ (AA, Ventimask o occhiali x l/min)



Criteri generali

Obiettivo saturare almeno a 90%, di più solo se chiaro scompenso cardiaco o infarto cardiaco

Il dato della SaO₂ va messo in relazione ai sintomi del paziente)

Alcuni riferimenti approssimativi per una valutazione dello stato di ossigenazione del paziente:

SaO₂:

> 95%	= saturazione accettabile/buona
> 90% e <93%	= rischio ipossico
< 90% e >85%	= grave ipossia
<80- 85%	= rischio di arresto cardiorespiratorio

Se SaO₂ inferiore a 90%:



inviare in PS con ambulanza del 118, contattando prima il medico di riferimento (MMG, Medico di distretto o Pneumologo).

Paziente in OLT (ossigenoterapia a lungo termine)

Nei pazienti in OLT la misurazione va fatta in O₂, assunto in continuo da almeno 30',

È accettabile temporaneamente una variazione rispetto alle condizioni di base sino a 1-2 punti %, senza che vi siano altri sintomi significativi.

Il dato va ricontrollato dopo 1-2 giorni.

Se la variazione è superiore, la si segnala al medico di riferimento (MMG, Specialista o medico del distretto, MCA), in genere quello che segue il paziente.

In particolare, se la variazione è:

1. da 2 a 3 punti %, sempre mantenendosi sopra il 90%, senza altri sintomi significativi e non vi sono i caratteri dell'urgenza, si informa entro poche ore il medico di riferimento che provvede per quanto di competenza. In genere è opportuna una visita medica entro 24 ore.
2. oltre i 4 punti %, sempre mantenendosi sopra il 90%, senza altri sintomi significativi, si informa in tempi brevi il medico pneumologo e il MMG. In tale caso la visita medica va prevista nella giornata, possibilmente con l'esecuzione dell'EGA.

OSSIGENOTERAPIA CONTINUATIVA

L'ossigeno è un farmaco e come tale deve essere trattato controllando e registrando:

- modo di somministrazione
- dosi
- tempi di somministrazione

Si effettua per almeno 15 ore al giorno con l'obiettivo di saturare almeno a 90%, di più solo se presente franco scompenso cardiaco o infarto

Obiettivi:

A riposo : Sat O₂ > 90% o pO₂> 60 mmHg

Durante il sonno :(+1 – 2 litri/min)

Durante l'esercizio fisico : Sat O₂ > 90 – 91%%

Va prescritta dallo specialista Pneumologo nella BPCO di IV stadio nei seguenti casi:

- a) PaO₂ stabilmente < = 55 mmHg e non modificabile con altre terapie
- b) PaO₂ tra 56 e 59 mmHg in presenza di
 - Policitemia (Ht >55%)
 - Segni di ipertensione polmonare
 - Segni di ipossia tissutale (presenza di edemi, disturbi del sensorio).

Check list per definire Destinazione post Dimissione

Spazio per etichetta

Nome e Cognome

Struttura Complessa _____

1. Insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore	SI	NO
2. Necessita di presenza medica ed infermieristica h 24	SI	NO
3. Deve effettuare terapie con farmaci H	SI	NO
4. Necessita di training per l'uso delle apparecchiature (es: ventilatore)	SI	NO
5. Necessita e ha possibilità di recupero funzionale	SI	NO
6. Presenza di rete familiare o care giver adeguato	SI	NO

Trieste,

Firma e Timbro del Medico

LEGENDA

Può essere inviato a

Ricovero presso Casa di cura Pineta del Carso se Risposta SI:

1 + 2 + 5

1 + 2 + 3 + 5

1 + 3 + 5

1 + 4 + 5

Ricovero per Riabilitazione presso RSA

Risposta SI → 5

Risposta NO → 6

Riabilitazione Ambulatoriale se Risposta SI

5 + 6 tutte le altre NO

Domicilio se Risposta NO

da 1 a 5

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA BPCO

Distretto n° _____ Infermiere _____

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____

Domicilio _____

MMG _____ recapito _____

	Data									
Condizioni generali										
Frequenza cardiaca										
Pressione Arteriosa										
Temperatura										
Pulsossimetria										
Frequenza respiratoria										
Edemi declivi										
Cianosi										
Alterazioni cutanee										
Alterazioni del Sensorio										
Aumento espettorato										
Variazioni espettorato										
Variazioni Tosse										
Riposo notturno adeguato										
OLT										
Sa gestire l'OLT										
Fuma										
Assume regolarmente i farmaci										

Condizioni generali - risposte: 1= molto male; 2= male; 3= discreta;4= buona, 5= molto buona

Altre domande: rispondere **SI** o **NO**

QUESTIONARIO GOLD
Per la valutazione di BPCO

Hai tosse e catarro frequentemente ?	SI	NO
Fai fatica a respirare rispetto ai tuoi coetanei ?	SI	NO
Hai limitato l'attività fisica perché fai fatica a respirare ?	SI	NO
Hai più di 40 anni ?	SI	NO
Sei fumatore o lo sei stato ?	SI	NO

Sottoporre a Spirometria chi ha risposto SI a 3 o più domande

VERIFICA OSSIGENOTERAPIA o VENTILOTERAPIA DOMICILIARE

Distretto n° _____

Nome e Cognome _____ Data di nascita _____

Domicilio _____

Apparecchio in uso _____

1	E' in possesso del manuale d'uso dell'apparecchio ?	SI	NO
2	In che data è stato effettuato l'ultimo intervento di manutenzione ordinaria ?	mese	anno
3	In caso di malfunzionamento/guasto l'intervento da parte della ditta in appalto avviene entro 12 ore dalla chiamata ?	SI	NO
4	La ditta in appalto le rilascia sempre il verbale dell'intervento di manutenzione ordinaria o straordinaria ?	SI	NO
5	In che data ha ricevuto l'ultima fornitura di materiale di consumo	mese	anno
6	Ha rilevato problemi nella fornitura del materiale di consumo ?	SI	NO
	Per favore specificare quali		
7	Per le persone in terapia con O2 liquido: Il ricambio del serbatoio avviene su chiamata (A) o a cadenza prestabilita (B) ?	A	B

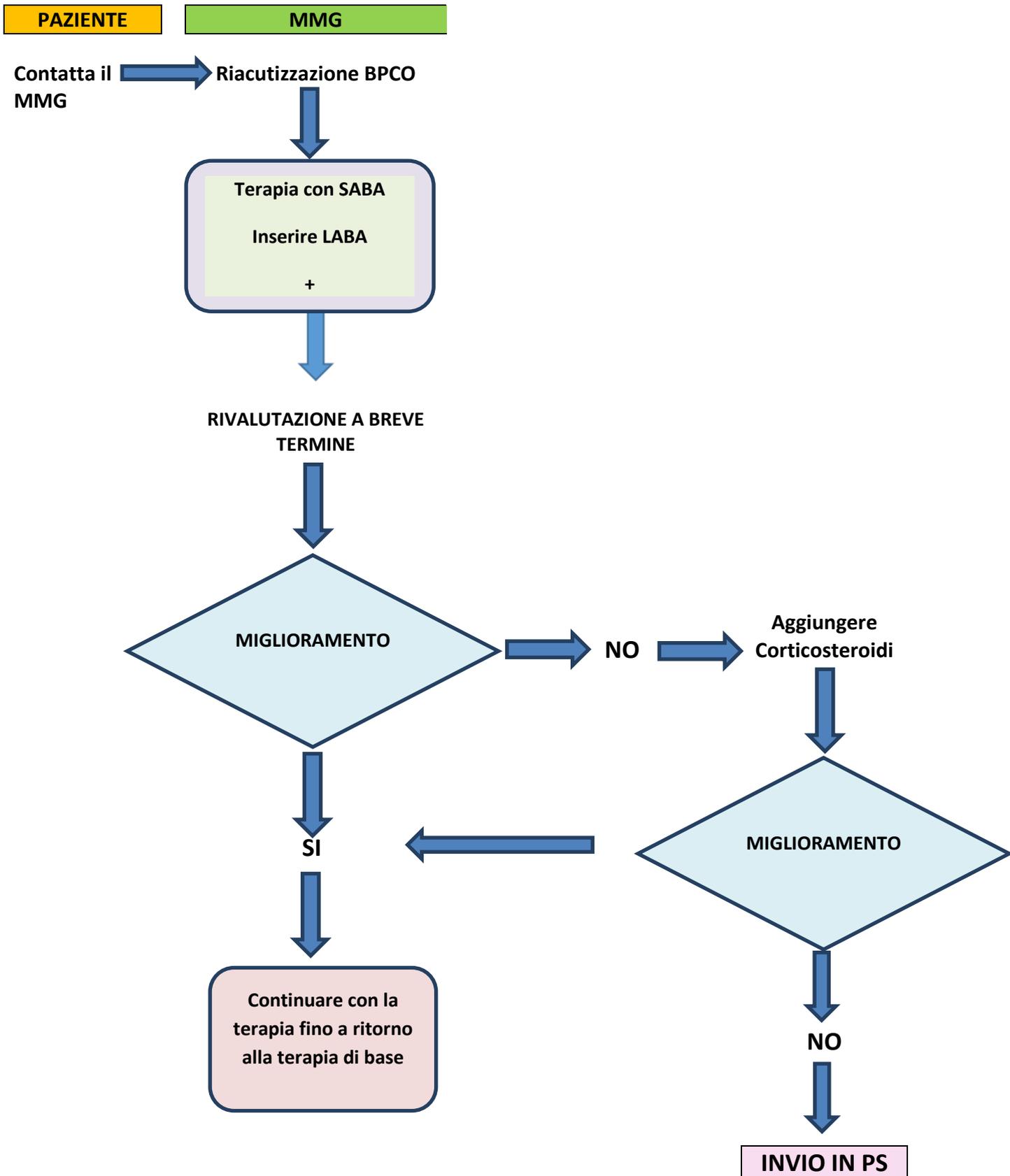
Trieste,

Firma dell'operatore

FLOW CHART BPCO SOSPETTA o PRIMA DIAGNOSI

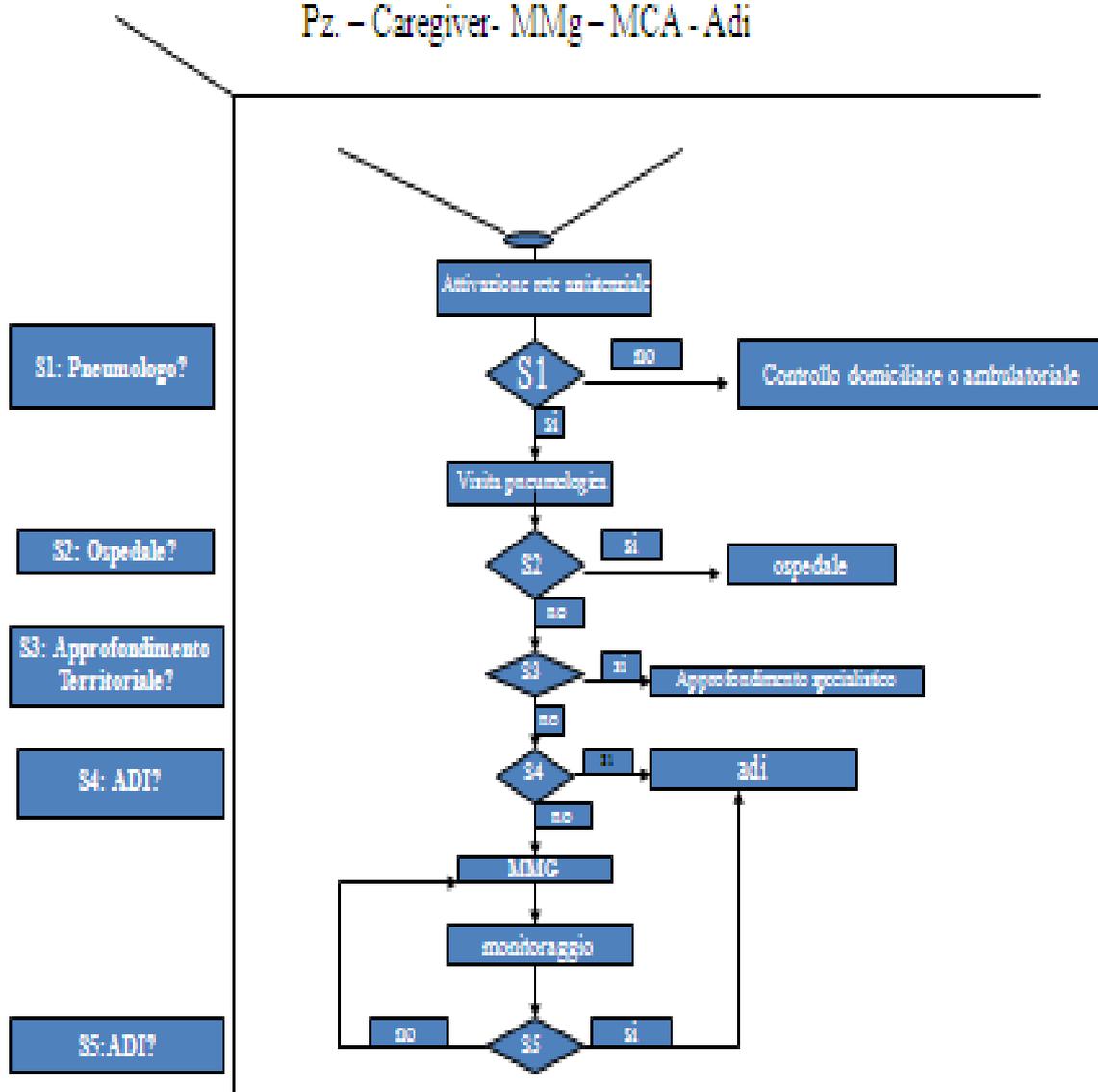


FLOW CHART PERCORSO RIACUTIZZAZIONE



Pdta bpcO territoriale – riacutizzazione (ipotesi di lavoro)

Pz. – Caregiver- MMg - MCA - Adi



1. PERCORSO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
VALUTAZIONE INIZIALE	MMG	Anamnesi ed E.O.				Aggiornamento Cartella clinica
		Accertamento abitudine al fumo		Alla 1a visita	Alla 1a visita	Invitare a smettere di fumare, ev., invio al DDD
		Valutazione del BMI				Valutazione dieta, ev. invio al Nutrizionista
						Invitare a praticare attività fisica
		Valutazione Presenza BPCO	Somm. Questionario GOLD	ogni 2 anni dopo i 40 aa. d'età nei fumatori con catarro e tosse o esposti polveri, fumi o vapori nocivi per motivi professionali	Alla 1a visita e ogni 2 anni	Spirometria

2. PERCORSO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
VALUTAZIONE DOPO SPIROMETRIA ALTERATA	MMG	Invio a visita specialistica pneumologica presso il Distretto di residenza		Alla visita	Alla visita	Prescrizione visita specialistica pneumologica presso il Distretto
		Accertamento abitudine al fumo				Prescrizione terapia in caso di sintomatologia con broncodilatatori
		Valutazione del BMI				Invitare a smettere di fumare, ev., invio al DDD Valutazione dieta, ev. invio al Nutrizionista

3. PERCORSO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
VALUTAZIONE BPCO STADIATA	MMG	Visita di controllo	In base al livello di gravità Verifica : - aderenza alla terapia, - uso dispositivi inalatori - abitudine al fumo, - regime alimentare, - attività fisica - intolleranza allo sforzo	STADIO 1- 2 Annuale	Secondo la stadiazione	Visita o Consulto Pneumologico per verifica terapia o invio alla Riabilitazione Pneumologica Vaccinazione antinfluenzale Vaccinazione antipneumococcica
				STADIO 3 semestrale		
				Alla visita di controllo		
		Accertamento abitudine al fumo		Alla visita di controllo	Invitare a smettere di fumare, ev., invio al DDD	
		Valutazione del BMI		Alla visita di controllo	Valutazione dieta, ev. invio al Nutrizionista in caso di BMI < 21 o > 30	
		Prescrizione Spirometria e pulsossimetria	Valutazione esami strumentali	STADIO 1- 2 Biennale STADIO 3 Annuale o dopo stabilizzazione di una riacutizzazione	Spirometria e Pulsossimetria	

4. PERCORSO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
VALUTAZIONE BPCO STADIO 2-3 con sintomi o segni di gravità	MMG	Visita di controllo per riacutizzazione sintomi	In caso di : - dispnea non controllata dalla terapia in atto, - cardiopalmò, - cianosi - dimagrimento - + di 1 riacutizzazione nel corso dell'anno - discrepanza tra quadro clinico e quadro funzionale		In presenza dei sintomi	Visita Pneumologica
			In caso di aggravamento o comparsa di: - Cardiopatica ischemica - SCC - FA			Visita Cardiologica
			In caso di aggravamento o comparsa di: - Iperglicemia - Sindrome metabolica			Visita Diabetologica

5. PERCORSO DEL PAZIENTE NELL'AMBULATORIO DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
GESTIONERACUTIZZAZIONE BPCO	MMG	<p>Visita per riacutizzazione sintomi</p> <p>N.B. – si intende per riacutizzazione una variazione dei sintomi di base e cioè di dispnea, tosse ed espettorazione, con esordio acuto con o senza febbre</p>	<p>In caso di :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peggioramento dispnea - Comparsa di febbre - Peggioramento della tosse - Variazione quali – quantitativa dell'espettorato 		<p>In presenza dei sintomi</p>	<p>Trattamento domiciliare</p> <p>SAMA e/o SABA 4 die</p> <p>CORTICOSTEROIDI sistemici per os</p> <p>40 mg prednisona per 5-10gg</p> <p>ANTIBIOTICI (amoxicillina+ ac Clavulanico, macrolidi) per 7-8 gg</p>
			<p>In caso di peggioramento entro le 24 – 48 h</p> <p>In caso di miglioramento entro le 24 – 48 h continuare il trattamento e ridurre le dosi appena possibile per rivalutazione periodica</p>			<p>Invio in PS</p> <p>Visite di controllo o invio all'ambulatorio pneumologico ospedaliero con richiesta di visita urgente</p> <p>o se paziente non trasportabile richiesta di visita domiciliare all'ambulatorio territoriale, tramite richiesta telefonica o fax</p>

6. PERCORSO DEL PAZIENTE NEL SISTEMA 118

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
GESTIONE RIACUTIZZAZIONE BPCO	118, SCA,	Visita domiciliare per riacutizzazione sintomi N.B. – si intende per riacutizzazione una variazione dei sintomi di base e cioè di dispnea, tosse ed espettorazione, con esordio acuto con o senza febbre	In caso di : - Peggioramento dispnea - Comparsa di febbre - Peggioramento della tosse - Variazione quali – quantitativa dell'espettorato - Senza indicazioni al ricovero ospedaliero (vedi n 7)		In presenza dei sintomi	Trattamento domiciliare, previa esecuzione di ECG, esami ematochimici, EGA SAMA e/o SABA 4 die CORTICOSTEROIDI sistemici per os 40 mg prednisone per 5-10gg ANTIBIOTICI (amoxicillina+ ac Clavulanico, macrolidi) per 7-8 gg
			In caso di peggioramento entro le 24 – 48 h			Invio in PS
			In caso di miglioramento entro le 24 – 48 h continuare il trattamento e rivalutazione periodica		Visite di controllo o invio all'ambulatorio pneumologico ospedaliero con richiesta di visita o se paziente non trasportabile richiesta di visita domiciliare all'ambulatorio territoriale, tramite richiesta telefonica o fax	

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9
7. PERCORSO DEL PAZIENTE IN OSPEDALE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
GESTIONE/RIACUTIZZAZIONE BPCO IN OSPEDALE	PS		<p>In caso di :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cianosi - Edemi periferici - Saturazione di O₂ < 92% in aria ambiente o alla stessa Fi O₂ - Disturbi del sensorio (confusione acuta) - FR > 30 atti/sec - Aritmia di nuova insorgenza 		<p>Se necessita di NIV o persistenza dei sintomi nonostante adeguata terapia</p> <p>Se presenza di comorbidità importanti, non necessita di NIV e presenza di sintomi senza adeguata terapia</p> <p>Se risoluzione significativa dei sintomi dopo trattamento in PS</p>	<p>:Ricovero in SC Pneumologia</p> <p>Ricovero in SSSC di Area Medica</p> <p>invio al MMG</p>
	SC Pneumologia	<p>Con richiesta di visita pneumologica urgente (dal L al V dalle h 8 alle h 16, altrimenti in PS)</p>	<p>In caso di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riacutizzazione moderata della BPCO in persone con Stadio 3 – 4 in ossigenoterapia - presenza di dispnea da più di 12 -24 h resistente al trattamento - Saturazione di O₂ < 92% in aria ambiente o alla stessa Fi O₂ 		<p>A giudizio dello specialista</p>	<p>Ricovero in Ospedale oppure invio al MMG</p>

8. PERCORSO DEL PAZIENTE ALLA DIMISSIONE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
ALLA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE	<p>S.C. OSPEDALIERA</p> <ul style="list-style-type: none"> - PNEUMOLOGIA - MEDICINE - GERIATRIA 	<p>Lettera di dimissione con indicazioni per il follow up</p>	<p>Valutare se la persona :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ha un'insufficienza respiratoria in ossigeno terapia e/o ventilatore - Ha una rete familiare o care giver adeguato - Necessita di presenza medica ed infermieristica h 24 - Deve effettuare terapie con farmaci H - Ha bisogno di training per l'uso delle apparecchiature (es: ventilatore) - Ha necessità e possibilità di recupero funzionale 		<p>Quando il paziente ha superato la fase acuta o non ha alcun giovamento dalla permanenza in Ospedale</p>	<p>Attivare il servizio di continuità assistenziale del Distretto di competenza</p> <p>Valutare qual è la struttura di accoglienza alla dimissione (Pineta del Carso, RSA, Domicilio)</p>
	<p>CASA DI CURA</p> <p>PINETA DEL CARSO</p>					

9. ASSISTENZA DOMICILIARE

ATTIVITA'	CHI	COME/AZIONE	DESCRIZIONE	FREQUENZA	QUANDO	COSA FARE
GESTIONE DOMICILIARE	SID	<p>L'infermiera del SID:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valuta lo stato generale della persona - rileva i parametri vitali - verifica il grado di comprensione della malattia e l'aderenza alla terapia - verifica la capacità di autogestione della malattia - controlla l'erogazione dell'appalto di OLT - allerta il MMG in caso di variazioni dello stato di salute 	<p>Parametri vitali da rilevare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frequenza cardiaca, - P/A, - temperatura - SaO₂ specificando se è in aria ambiente [AA] o in O₂ [da specificare il flusso] - frequenza respiratoria se dispnoico o accusa malessere generico - altri nuovi segni o sintomi rilevanti quali cianosi, alterazioni cutanee, febbre 			Visite domiciliari
	MMG	<ul style="list-style-type: none"> - valuta lo stato generale della persona - gli effetti della terapia 			In caso di Riacutizzazione	<p>Visite domiciliari</p> <p>Allerta il medico specialista di Distretto (vedi scheda 6)</p>

APPENDICE

PROTOCOLLO DI GESTIONE INTRAOSPEDALIERA DELLA BPCO RIACUTIZZATA

IN ASS2.

Responsabile della stesura del seguente protocollo: Dr Fabio G Vassallo, SOS Pneumologia
Protocollo redatto ed approvato dai Direttori delle SO Pronto Soccorso ASS2 Isontina, Dr Alfredo Barillari e Dr Giuseppe Giagnorio.

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE BRONCOPENUMOPTICO ACUTO CHE ACCEDE AL PS E CRITERI RAZIONALI PER LA OSPEDALIZZAZIONE.

Premessa

La BPCO rappresenta oggi un crescente problema di ordine sociale e sanitario. Unica tra le patologie croniche ad aver mostrato negli ultimi decenni un costante incremento in termini di prevalenza, rappresenta oggi la quinta causa di morte e si prevede che nei prossimi anni diverrà la terza causa globale di morte, con conseguente lievitamento dei costi economici e sociali per la sua gestione.

Proprio da un attenta analisi dei costi in tale ambito, secondo Dal Negro (1) (Fig 1) emerge un forte sbilanciamento nella gestione della BPCO in Italia verso la fase di acuzie, intra-ospedaliera, piuttosto che verso azioni preventive e curative della fase stabile della malattia. Il peso economico della terapia farmacologica si attesta a poco più del 10% circa dei costi totali, diretti ed indiretti, mentre l'ospedalizzazione assorbe quasi il 60% dei costi totali della malattia. Inoltre, tali studi prospettivi dimostrano chiaramente le possibilità che una terapia appropriata e continuativa, farmacologica e non, possa incidere in maniera significativa sul costo globale della malattia.

L'orientamento preferenziale verso il trattamento della riacutizzazione tradisce invero una sostanziale sottostima della BPCO da parte della collettività a cui conseguono spesso diagnosi tardive ma anche trattamenti inadeguati e discontinui. Non di rado proprio la riacutizzazione, se non l'ospedalizzazione, è il momento diagnostico. La sottodiagnosi e l'under-treatment contrastano fortemente con le nozioni acquisite negli ultimi anni riguardo alla possibilità delle terapie farmacologiche stabili, oggi disponibili, di interferire con la progressione della malattia in termini di funzione ma anche di qualità di vita e nella riduzione dell'evento riacutizzazione.

Pertanto, non è paradossale affermare che la gestione ospedaliera del paziente BPCO origina da una corretta gestione ambulatoriale, finalizzata all'inquadramento accurato con parametri oggettivi e multidimensionali, alla scelta di terapie appropriate ed alla individuazione del corretto timing di follow-up, secondo per esempio caratteristiche peculiari di "clusters" di pazienti (il cosiddetto fenotipo riacutizzante per esempio) (fig 2). In sintesi la facile individuazione clinica-strumentale dei fenotipi più fragili consente di modulare meglio lo risorsa ambulatoriale-territoriale.

Concludendo un'Azienda Sanitaria si propone di fronteggiare l'epidemia BPCO con le seguenti azioni:

- Ricerca di una diagnosi più possibile precoce di BPCO attraverso campagne di sensibilizzazione della Medicina Territoriale, tenendo presente che il fumo di sigaretta costituisce ancora oggi il principale fattore eziologico e che i sintomi sono facilmente individuabili;
- Corretto inquadramento del paziente BPCO, e corretta gestione ambulatoriale a cura dello specialista Pneumologo;
- Creazione di una rete tra MMG e Specialista Pneumologo e percorsi facilitati per pazienti più

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9

fragili con possibilità di accesso rapido all'ambulatorio specialistico in caso di acuzie al fine di individuare in corretto setting di cura (abitazione, Osservazione Temporanea, Osservazione Breve Intensiva, Degenza Ordinaria, (Medicina d'Urgenza), Unità di Terapia semi-Intensiva Respiratoria, Unità di Terapia Intensiva);

- Dimissione protetta con controlli nel breve ambulatoriali/domiciliari;
- Individuazione di percorsi riabilitativi.

La gestione intra-ospedaliera della BPCO riacutizzata in maniera schematica comprende le seguenti fasi:

- 1. Valutazione della gravità della riacutizzazione;**
- 2. Valutazione dei criteri di ospedalizzazione;**
- 3. Scelta del setting di cura secondo livelli di gravità;**
- 4. Monitoraggio e continua rivalutazione del caso.**
- 5. Dimissione.**

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA' DELLA RIACUTIZZAZIONE E CRITERI DI OSPEDALIZZAZIONE.

La valutazione della severità si basa sulla individuazione di elementi anamnestici, clinici, obiettivi e strumentali; la presenza di una insufficienza respiratoria acuta di nuova insorgenza o l'insufficienza respiratoria acuta su cronica costituisce di per sé indicazione a ricovero ospedaliero, così come l'insorgenza di ipercapnia (od il peggioramento della ipercapnia) con acidosi respiratoria. L'alterazione della coscienza e l'instabilità emodinamica con presenza di scompenso acuto ed insorgenza di aritmie sono indicazioni a ricovero. Anche in assenza di tali evenienze la scelta del ricovero può essere considerata in merito a fattori di particolare rischio (gravità della patologia sottostante, età avanzata, comorbilità ecc). I sintesi valuteremo i seguenti aspetti.

Elementi anamnestici

- Severità della malattia sottostante (livello di ostruzione stadio GOLD, utilizzo di OLT o NIV);
- Numero di riacutizzazioni pregresse e gravità delle stesse e pregressi ricoveri;
- Pregressi ricoveri con ventilazione invasiva o non invasiva;
- Rapida insorgenza di nuovi sintomi o peggioramento di quelli esistenti;
- Mancata risposta a terapia già impostata a domicilio (fallimento terapeutico);
- Comorbilità cardiovascolari, metaboliche ecc.;
- Necessità di terapie complesse;
- Insufficiente supporto familiare.
- Età avanzata.

Elementi Clinici ed obiettivi

- Insorgenza di Cianosi centrale;
- Aumento della frequenza respiratoria;
- Utilizzo della muscolatura accessoria e respiro paradossoso;
- Deterioramento dello stato mentale (Scale di Kelly o Glasgow Coma Scale);
- Insorgenza di edemi declivi.

Elementi strumentali

- **Insufficienza respiratoria ipossiémica e/o ipercapnica valutata con EGA** (e non con solo SaO₂% non invasivo);
- **Instabilità emodinamica.**

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9

La valutazione iniziale quindi non può prescindere anche da indagini strumentali quali la radiografia del torace anche per diagnosi differenziale con altre condizioni o complicanze (polmonite, PNX, versamento pleurico, ecc), esami ematici urgenti, ECG. Inoltre monitoraggio non invasivo della PA, FC, SaO₂%, ed EGA ripetuto nel tempo.

SCELTA DEL SETTING DI CURA DEI PAZIENTI AFFETTI DA BPCO RIACUTIZZATA SECONDO LIVELLI DI GRAVITA'.

Stabilita la necessità di ricovero la decisione riguardo ove ubicare il paziente dipende dalla severità della insufficienza respiratoria acuta e dalla presenza di acidosi e dal suo grado (lieve, moderata e severa). La presenza di acidosi respiratoria indica la necessità di un supporto ventilatorio il cui livello di invasività è funzione della gravità dello stesso ma anche in relazione alle risorse disponibili, secondo vari modelli che l'Azienda voglia adottare, ma rispettando il rapporto n° pazienti/n° infermieri relativo alla necessità assistenziali che tali pazienti presentano. (fig 5 e 6). La Ventilazione Non Invasiva può essere eseguita o intrapresa in Pronto Soccorso, può essere eseguita in un reparto di degenza ordinaria purchè vi sia la presenza del Personale Medico h 24, personale infermieristico istruito e vi sia il monitoraggio parametrico non invasivo con possibilità di eseguire EGA di controllo e il rapido accesso alla terapia intensiva per intubazione oro-tracheale e ventilazione meccanica. L'indicazione alla NIV è circoscritta ad acidosi lieve e moderata (pH superiore a 7,30), con paziente collaborativo, non in stato di coma. La risposta alla NIV avviene nelle prime due ore di ventilazione e va valutata con la ripetizione dell'EGA; il miglioramento precoce del PH è indicativo di risposta e predittivo di un successo della NIV, al contrario il mancato miglioramento, o il peggioramento del pH indica la necessità di ventilazione meccanica (Fig 7 e 8). Anche la riduzione della frequenza respiratoria precoce dopo due ore di NIV è espressione di successo terapeutico, sinonimo di una buona interazione paziente-ventilatore. I vantaggi nell'intraprendere la NIV nel contest descritto è ampiamente dimostrato dalla letteratura scientifica in termini di riduzione della mortalità complessiva per BPCO riacutizzata, la drastica riduzione del numero di pazienti intubati e ventilati meccanicamente, la conseguente riduzione del decorso alla tracheotomia (la NIV ha anche un ruolo nello svezzamento dalla ventilazione meccanica) e nella riduzione della durata di ospedalizzazione. Ne conseguono vantaggi in termini di prognosi ed in termini economici.

Le indicazioni al Ricovero in Terapia Intensiva (UTI) sono in sintesi:

- Dispnea severa che non migliora con la terapia praticata, grave distress respiratorio con esaurimento muscolare;
- Compromissione del sensorio (stato confusionale, letargia coma);
- Persistere di marcata ipossiemia e/o peggioramento della ipercapnia e dell'acidosi nonostante la terapia compreso la terapia ventilatoria non invasiva;
- Necessità di ventilazione meccanica invasiva;
- Instabilità emodinamica che necessita di amine vaso attive.

Le indicazioni alla Ventilazione meccanica invasiva sono:

- Intolleranza alla NIV o controindicazioni (recente chirurgia gastro-esofagea, sanguinamento gastro-esofagea in atto, recente trauma o chirurgia naso-facciale);
- Arresto respiratorio o cardiaco;
- Gaspig;
- Perdita di coscienza o agitazione psicomotoria non controllabile con sedazione cosciente;
- Alto rischio di inalazione, difficoltà ad eliminare secrezioni, in sintesi l'impossibilità di proteggere le vie aeree;

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9

- Bradicardia sintomatica o marcata;
- Severa instabilità emodinamica non responsiva alle amine vasoattive;
- Aritmie ventricolari severe;
- Ipossiemia marcata in paziente che non tollera NIV.

MONITORAGGIO CONTINUO

Quale che sia il percorso intra-ospedaliero del paziente BPCO riacutizzato e quale sia il setting di cura scelto, risulta necessaria una continua rivalutazione dello stesso con frequenza proporzionata alla gravità del caso:

- Monitoraggio invasivo/non invasivo continuo se il paziente è intubato e ventilato come da degenza in UTI;
- Monitoraggio non invasivo continuo di FR, traccia ECG, PA, SaO₂%, livello di coscienza, obiettività, parametri ventilatori (Volume corrente espirato, Ventilazione/minuto) ed EGA frequente in funzione del grado di acidosi respiratoria se il paziente è sottoposto a NIV (PS, UTIR, UTIIR, UMR, Degenza Ordinaria specialistica e non).
- Monitoraggio clinico e parametrico non invasivo (non necessariamente continuo) ed EGA quotidiano, se paziente in degenza ordinaria e sottoposto a sola terapia medica.

Nel corso della degenza il supporto dello specialista Pneumologo è indicato in tutte le fasi della degenza e in tutti i livelli di gravità allo scopo di collaborare con gli Operatori sanitari delle Strutture che lo hanno in cura nella gestione di alcuni aspetti specifici (ottimizzazione della terapia farmacologica, supporto per diagnosi differenziali, settaggio del ventilatore non invasivo, fibrobroncoscopia se necessaria, eventuale FKTR, compatibilmente con la disponibilità di risorse. Tale collaborazione ha lo scopo collaterale ma non meno importante di trasferire competenze specialistiche anche su altri operatori sanitari implicati nel processo di cura di tali pazienti.

DIMISSIONE PROTETTA

La dimissione avviene quando sono soddisfatti i seguenti criteri:

- Paziente abile ad utilizzare broncodilatatori a lunga durata di azione (beta 2 agonisti e/o anticolinergici) ed associazioni con steroidi inalatori con corretto utilizzo dei devices;
- Necessità di ricorso a beta 2 agonista a breve durata di azione al bisogno (spray o aerosol) meno frequente che ogni 4 ore;
- Clinicamente stabile da 12-24 ore;
- EGA stabile da 12-24 ore;
- Ripristino delle capacità pre-esistenti al ricovero di alimentarsi, dormire, deambulazione;
- Conoscenza del significato e della corretta gestione della terapia domiciliare da parte del paziente e/o dei caregiver;
- Organizzazione di necessità eventuali come O₂ terapia o ventilazione domiciliare;
- Concordanza tra Medico, paziente e familiari sulla possibilità di gestione a domicilio.

La Checklist alla dimissione prevede:

- Assicurarsi sulla corretta tecnica di assunzione dei farmaci;
- Stabilire il piano del proseguimento delle cure farmacologiche (antibiotico, steroide orale a scalare, O₂ ecc);
- Programmare la visita a 4-6 settimane;
- Redigere un piano di gestione delle comorbidità e loro follow-up;
- Counseling antitabagico.

La Checklist al controllo a 4-6 settimane prevede:

- Valutazione della ripresa delle abilità del paziente;
- Misurazione funzionale (FEV1);
- Rivalutazione aderenza al trattamento e tecnica di assunzione dei farmaci;
- Rivalutazione necessità di O2 terapia o verifica della persistenza di tale necessità se in atto;
- Valutazione della capacità di esercizio;
- Misurazione del grado di dispnea (CAT o mMRC);
- Condizione delle comorbilità.

FIGURE

Parameters	Baseline		Follow-up	
	Mean cost per patient (n = 561)		Mean cost per patient (n = 561)	
	Value in €	%	Value in €	%
Principal pharmacological therapy	347.23	12.7	663.78	31.1
Concomitant pharmacological therapy	186.82	6.9	256.44	12.0
Hospital admissions	1519.67	55.8	823.12	38.6
Day Hospital	88.68	3.3	70.41	3.3
Access to Emergency Care	7.62	0.3	3.83	0.2
Visits to GP and specialist	150.59	5.5	93.99	4.4
Examinations*	162.68	6.0	124.66	5.8
Verifications of side effects	0.70	0.0	0.12	0.0
Environmental preventive therapy and home help	3.07	0.1	2.35	0.1
Alternative therapy [†]	39.77	1.5	5.88	0.3
Total direct costs	2506.84	92.0	2044.58	95.9
Work days lost	216.84	8.0	88.31	4.1
Total indirect costs	216.84	8.0	88.31	4.1
Total costs	2723.68 ± 3831.24	100	2132.89 ± 2776.30[†]	100

Fig 1. Analisi dei Costi diretti ed indiretti procapite per paziente BPCO in Italia. Dal Negro W.R. Respir Med 2008;102:92-101

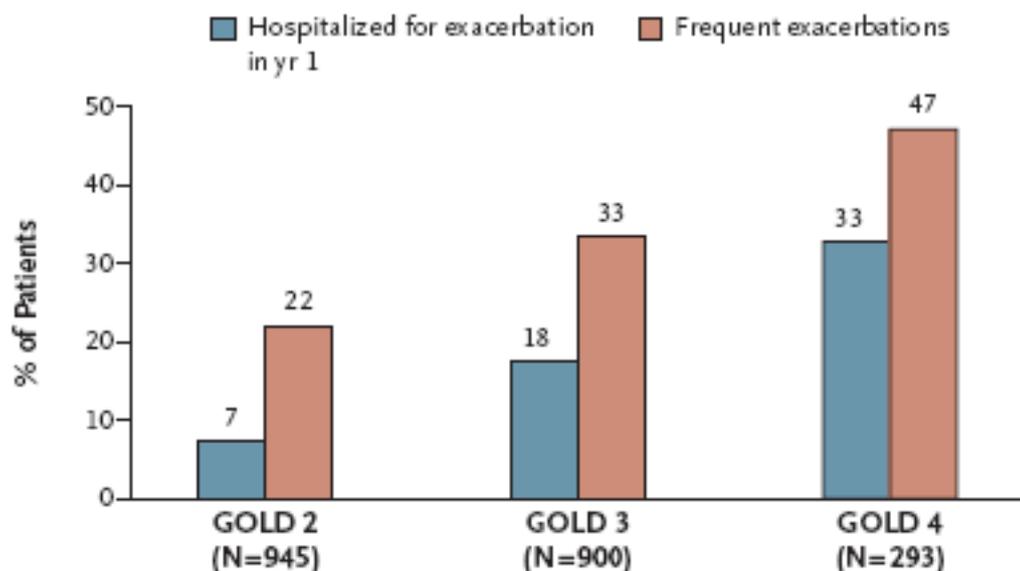


Fig 2. Frequenza delle riacutizzazioni e delle ospedalizzazioni in funzione della gravità della BPCO (stadio funzionale GOLD). Hurst J. N Engl J Med 2010 363;12.

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9

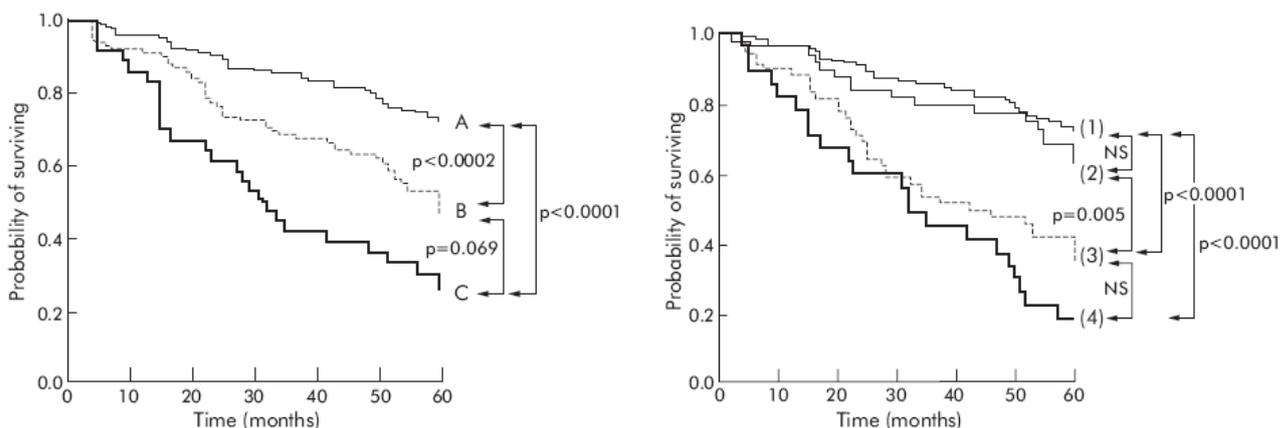


Fig 2: Mortalità nei pazienti BPCO in funzione di numero (sinistra) e gravità (destra) delle riacutizzazioni. Soler-Cataluna J.J. Thorax 2005;60:925-931.

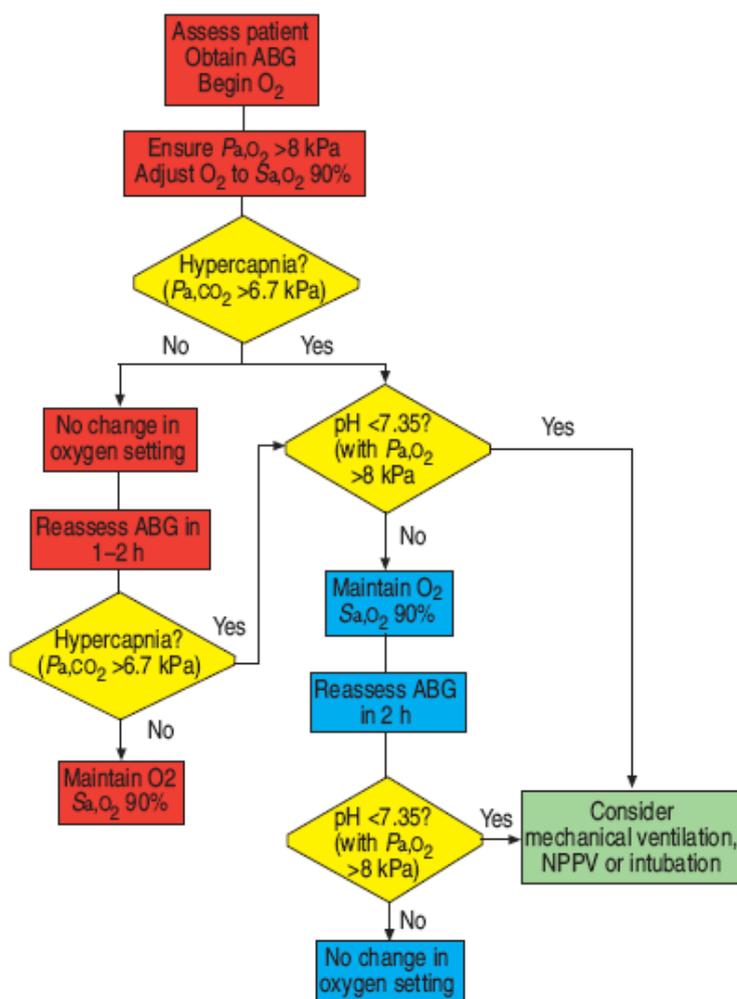


Fig.4: Algoritmo di gestione intra-ospedaliera della Insufficienza Respiratoria Acuta ipossiémica e/o ipercapnica nella BPCO riacutizzata. Hurst JR. Eur Respir Mon 2006,36,16-33.

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9

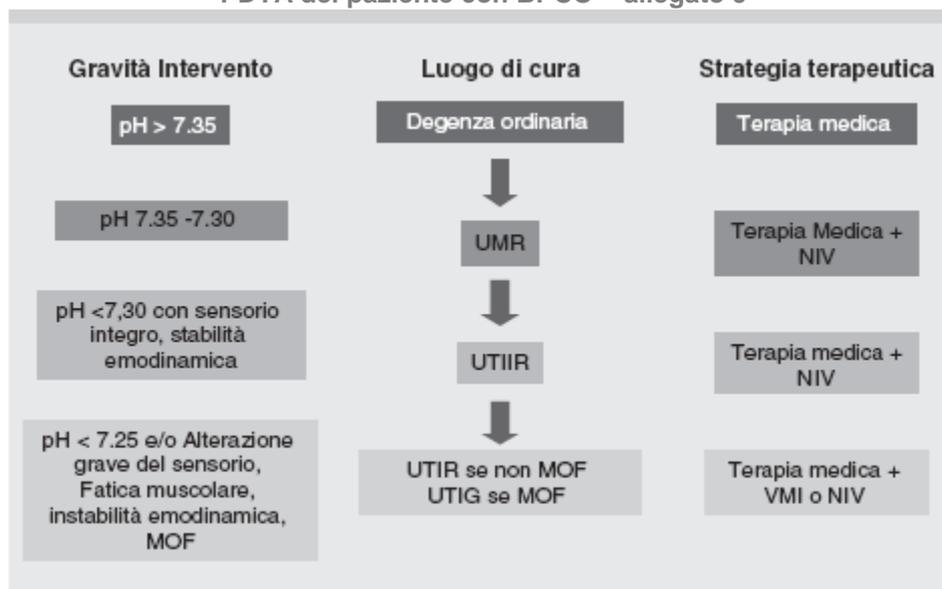


Fig 5: Collocazione del paziente secondo livelli di gravità dell'acidosi respiratoria nelle diverse strutture; UMR: Unità di Monitoraggio Respiratorio; UTIIR: Unità di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria; UTIR: Unità di Terapia Intensiva Respiratoria; UTI: Unità di Terapia Intensiva. R Scala. Rec Progr Med, 100,4,2009

	UTIR	UTIIR	UMR
CRITERI MAGGIORI			
Rapporto infermiere/paziente per turno lavorativo	> 1:3	1:3 o 1:4	1:5 o 1:6
Ogni letto provvisto di	Monitor polifunzionali* Ventilatori meccanici da terapia intensiva	Monitor polifunzionali* Ventilatori meccanici per ventilazione non invasiva con disponibilità di ventilatori da terapia invasiva	Monitor polifunzionali* Ventilatori meccanici per VM non invasiva
Trattamento	Insufficienza respiratoria mono-organo o insufficienza di più organi	Insufficienza respiratoria (insufficienza mono-organo)	Insufficienza respiratoria (insufficienza mono-organo)
Medico di guardia	24 ore/24 ore (esclusivamente dedicato)	Disponibile immediatamente (non esclusivamente dedicato)	Su chiamata (all'interno dell'ospedale)
Ventilazione meccanica	Invasiva e non-invasiva se necessario	Non-invasiva, invasiva se necessario	Non-invasiva
Personale medico	La responsabilità deve essere affidata ad un pneumologo esperto in ventilazione meccanica		
CRITERI MINORI			
Broncoscopio	All'interno dell'Unità	All'interno dell'Unità	All'interno o all'esterno dell'Unità
Emogasanalizzatore	All'interno dell'Unità	All'interno dell'Unità	All'interno o all'esterno dell'Unità
Tutti i criteri maggiori e almeno 1 dei criteri minori devono essere soddisfatti per poter includere una Unità in un livello.			
*Ossimetria, ECG, PA non invasiva, frequenza respiratoria.			
UTIR: Unità di Terapia Intensiva Respiratoria; UTIIR: Unità di Terapia Intensiva Intermedia Respiratoria; UMR: Unità di Monitoraggio Respiratorio.			

Fig 6: Criteri di Definizione di UTIR, UTIIR e UMR. R Scala. Rec Progr Med, 100,4,2009.

PDTA del paziente con BPCO – allegato 9

		pH admission <7.25		pH admission 7.25-7.29		pH admission >7.30	
RR		APACHE ≥29	APACHE <29	APACHE ≥29	APACHE <29	APACHE ≥29	APACHE <29
GCS 15	<30	29	11	18	6	17	6
	30-34	42	18	29	11	27	10
	≥35	52	24	37	15	35	14
GCS 12-14	<30	48	22	33	13	32	12
	30-34	63	34	48	22	46	21
	≥35	71	42	57	29	55	27
GCS ≤11	<30	64	35	49	23	47	21
	30-34	76	49	64	35	62	33
	≥35	82	59	72	44	70	42

Fig 7: Carta del rischio % di fallimento della Ventilazione Non Invasiva in condizioni basali. Confalonieri M. Eur Respir J 2005;25:348-355

		pH after 2 h <7.25		pH after 2 h 7.25-7.29		pH after 2 h ≥7.30	
RR		APACHE ≥29	APACHE <29	APACHE ≥29	APACHE <29	APACHE ≥29	APACHE <29
GCS 15	<30	72	35	27	7	11	3
	30-34	88	59	49	17	25	7
	≥35	93	73	64	27	38	11
GCS 12-14	<30	84	51	41	13	19	5
	30-34	93	74	65	28	39	12
	≥35	96	84	78	42	54	20
GCS ≤11	<30	93	74	65	28	39	12
	30-34	97	88	83	51	63	26
	≥35	99	93	90	66	76	40

Fig 8: Carta del rischio % di fallimento della Ventilazione Non Invasiva dopo due ore. Confalonieri M. Eur Respir J 2005;25:348-35.

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) DEL PAZIENTE AFFETTO DA MESOTELIOMA DELLA PLEURA

Gruppo di lavoro

Fulvio Calucci – Distretto Basso Isontino (ASS 2) - Coordinatore
Fabrizio Zanconati – Anatomia ed Istologia Patologica (AOUTs)
Massimo Bovenzi – Medicina del Lavoro (AOUTs)
Maurizio Cortale – Chirurgia Toracica (AOUTs)
Aulo Beorchia – Radioterapia (AOUTs)
Pietro Geri – Pneumologia (AOUTs)
Corrado Negro - Medicina del Lavoro (AOUTs)
Paola De Michieli - Medicina del Lavoro (AOUTs)
Valentino Patussi - Dipartimento di Prevenzione (ASS 1)
Aureo Muzzi –Pneumologia (ASS 1)
Rita Ceccherini –Centro Sociale Oncologico (ASS 1)
Maria Peresson - Medicina del Lavoro (ASS 1)
Anna Muran - Dipartimento di Prevenzione (ASS 1)
Donatella Calligaro - Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (ASS 1)
Gabriella Borsoi - Dipartimento di Prevenzione (ASS 1)
Fabio Vassallo - Pneumologia (ASS2)
Roberta Perlazzi - Oncologia (ASS2)
Marta Calligaris - Assistenza Domiciliare e Residenziale Monfalcone (ASS2)
Paolo Barbina - Sicurezza e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro (ASS2)
Luigi Finotto - Sicurezza e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro (ASS2)
Maura Nappa - Centro Regionale Amianto (ASS2)
Flavio Pieruzzo - Medico medicina generale
Paolo Casseti – Radiologia (ASS2)

Documenti di riferimento

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology : Malignant Pleural Mesothelioma - Version I. 2014
- Asbestos Diseases Research Institute 2013: Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Malignant Pleural Mesothelioma
- Malignant Pleural Mesothelioma ESMO clinical practice guideline for diagnosis, treatment and follow up Ann Oncol. 2010; 21 (S5): 126-8
- A proposed new international TNM staging system for malignant pleural mesothelioma. From the International Mesothelioma Interest Group. Chest 1995;108:1122-8.
- Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia Arcispedale S. Maria Nuova IRCCS – Il percorso diagnostico-terapeutico del Paziente con mesotelioma maligno della pleura. 2012
- Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico - Pavia - Percorso diagnostico terapeutico assistenziale territoriale – Mesotelioma maligno della pleura. 2014

Ultima revisione: novembre 2014

INTRODUZIONE

Le raccomandazioni contenute nel presente elaborato devono essere ritenute di supporto per la diagnosi, la stadiazione ed il trattamento del mesotelioma maligno della pleura.

Il mesotelioma è un tumore raro, che assume importanza rilevante in situazioni di esposizione all'asbesto di tipo ambientale e di tipo professionale, con impatti sanitari e sociali estremamente diversi.

E' una malattia a prognosi severa, con una mediana di sopravvivenza di un anno circa e mortalità totale nei casi con diagnosi certa.

I dati di incidenza nella popolazione generale, relativi quindi all'esposizione ambientale, sono di 1-7 casi per milione mentre nella popolazione esposta l'incidenza aumenta di centinaia di volte.

Il MMP viene diagnosticato per lo più in soggetti di sesso maschile, con età mediana di 72 anni, la cui esposizione all'asbesto può risalire da 25 fino a 40 anni prima.

Sebbene il fumo di sigaretta non costituisca un fattore di rischio per il mesotelioma, risulta essere, negli esposti all'asbesto, un rischio aggiuntivo per lo sviluppo del cancro del polmone.

Lo screening per il mesotelioma in pazienti ad alto rischio non si è dimostrato utile nel ridurre la mortalità e quindi non è attualmente raccomandato. I dati recenti riguardanti lo screening per la diagnosi precoce del cancro del polmone con la TAC a bassa dose non sono applicabili al mesotelioma.

La normativa e le linee guida nazionali e regionali individuano le strutture dei Centri Operativi Regionali (COR) nell'ambito del Registro Nazionale Mesoteliomi (ReNaM) per la ricerca attiva dei casi diagnosticati e la definizione dell'eventuale esposizione all'amianto. La nostra regione ha individuato la sede COR presso il PUCO di Medicina del Lavoro dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste che opera in collaborazione con il Registro Tumori, gli SPSAL delle Aziende Sanitarie e l'INAIL..

DIAGNOSI

I Pazienti con sospetto mesotelioma e dato anamnestico di esposizione all'asbesto, lamentano spesso dispnea, dolore toracico, tosse, calo di peso, febbre e presentano versamento pleurico e/o ispessimento della pleura. Possono essere valutati per tali sintomi dal Medico di Medicina Generale, dal Medico del Pronto Soccorso o da uno Specialista (es. pneumologo, cardiologo o radiologo). Tenuto conto delle condizioni del Paziente, l'iter diagnostico può essere svolto in regime ambulatoriale, di Day Hospital o di ricovero ordinario. La presa in carico in fase diagnostica è dello Pneumologo o dell'Internista nel caso si tratti di un Paziente ricoverato in Medicina. Questi specialisti divengono i case manager. I case manager chiedono la collaborazione degli SPSAL competenti per territorio al fine di sapere se il paziente fosse o meno iscritto all'elenco regionale degli esposti ad amianto ex L.R. 22/01 (in tal caso potrebbero essere disponibili informazioni sulla specifica lavorazione, nel rispetto della privacy). Gli SPSAL, inoltre forniranno, per quanto a loro disposizione,

l'elenco delle aziende nelle quali c'è evidenza vi sia stato un utilizzo di amianto e informeranno il case manager sul fatto che i lavoratori occupati nelle stesse siano andati incontro o meno a patologie asbesto/correlate. Analoghe informazioni potranno essere richieste al responsabile del Registro nazionale Mesoteliomi per la Regione Friuli Venezia Giulia, presso l'UCO di Medicina del Lavoro dell'AOUS.

Nei Pazienti che non possono giovare, visto lo stadio di malattia, di trattamenti attivi, la diagnosi ha inoltre notevole importanza in funzione dei risvolti assicurativi/risarcitori (oltre che per la rilevanza penale nel caso si configuri la fattispecie della malattia professionale) ed epidemiologici (per una attenta valutazione dell'evoluzione dell'incidenza del mesotelioma in zone ad alto rischio professionale o ambientale).

INDAGINI DI PRIMO LIVELLO

Il paziente con sintomatologia e/o obiettività toracica suggestiva per versamento pleurico esegue una radiografia del torace in due proiezioni o su richiesta del Medico curante o dopo accesso in PS.

Se viene confermata la presenza di un interessamento pleurico con versamento il paziente viene inviato allo specialista pneumologo con priorità breve o urgente.

Lo specialista pneumologo, in caso di sospetto mesotelioma, avvia l'iter diagnostico che prevede:

1. Toracentesi, eventualmente previa ecografia per identificare eventuali forme saccate, da eseguirsi quanto prima, sia per l'inquadramento del versamento che per finalità palliative sulla dispnea. I campioni di liquido pleurico vengono inviati ai laboratori di anatomia patologica per l'esame citologico, di microbiologia per la ricerca di eventuali germi, di analisi per l'esame chimico fisico.
2. Ecografia toracica, che può essere eseguita immediatamente prima della toracentesi. Serve a valutare l'entità del versamento e l'eventuale presenza di aderenze pleuriche.
3. TC torace e addome superiore con mezzo di contrasto. Serve per lo studio della pleura e per valutare l'estensione della malattia a livello delle strutture mediastiniche, del polmone, della gabbia toracica, dell'addome e degli organi addominali.

Nella refertazione va precisata la presenza di:

- versamento pleurico monolaterale, libero o scattato;
- ispessimento pleurico diffuso e/o noduli pleurici solidi associati o meno a versamento pleurico con misurazione dello spessore sul piano assiale;
- coinvolgimento della pleura diaframmatica e/o scissurale;
- retrazione dell'emitorace interessato con eventuale spostamento controlaterale delle strutture mediastiniche;
- diretta estensione a:
 - a) parete toracica;
 - b) peritoneo per via trans diaframmatica;
 - c) pleura controlaterale;
 - d) tessuto adiposo – strutture mediastiniche;

- e) rachide;
- f) pericardio con evidenza o meno di versamento;
- linfadenomegalie (asse corto > 1 cm) ilo mediastiniche omolaterali e contro laterali, mammarie interne, sovraclavari mono e/o contro laterali e pericardio freniche; eventuali linfadenomegalie addominali;
- metastasi a distanza.

4. Esami ematochimici.

Questi accertamenti possono essere fatti in regime ambulatoriale o di DH.

Qualora il paziente si presenti in buone condizioni generali (Karnofsky > 60 o ECOG < 3) e privo di particolari comorbilità viene quindi proposta la

- 5. Pleuroscopia medica o, in caso di aderenze pleuriche significative, la VATS (chirurgia toracica video assistita). La biopsia pleurica a cielo coperto va riservata a casi particolari che non possono essere sottoposti a toracosopia o nei casi in cui la prima diagnosi di sospetto non sia il mesotelioma. Entrambe le procedure permettono la visualizzazione dei foglietti pleurici e l'esecuzione di biopsie pleuriche.**

Le due procedure sono indicate per:

- a) ottenere una diagnosi di certezza, anche in presenza di un esame citologico su liquido pleurico positivo per mesotelioma, è raccomandabile infatti avere una conferma istologica con biopsie pleuriche.
- b) eseguire la pleurodesi con talco ("talcaggio"), ossia l'introduzione in cavità pleurica di talco sterile che inducendo una flogosi a livello dei due foglietti pleurici favorisce poi l'obliterazione dello spazio pleurico.

INDAGINI DI SECONDO LIVELLO

- Fibrobroncoscopia da riservare in quei casi ove la primitività è di sospetta origine broncopulmonare e in casi selezionati, per il campionamento di linfonodi mediastinici con agoaspirato trans bronchiale.
- PET, utile a scopo stadiativo dopo le indagini di primo livello o allo scopo di individuare le sedi per il prelievo bioptico.
- RNM, più accurata della TAC, utile al fine di individuare precocemente l'invasione del diaframma, delle regioni apicali della fascia toracica e della parete. Non è indicata nei pazienti nei quali sia già noto un criterio di inoperabilità.
- Laparoscopia, riservata ai casi in cui, in previsione di un trattamento chirurgico, gli altri esami non siano risultati dirimenti. Non è indicata nei pazienti nei quali sia già noto un criterio di inoperabilità.
- Ecocardiogramma, utile alla valutazione dell'interessamento cardiaco o di una disfunzione che controindichi l'intervento chirurgico.
- Spirometria, utile al fine di valutare l'ammissibilità all'intervento chirurgico

CITOLOGIA ED ISTOLOGIA

La diagnostica di mesotelioma può essere posta sia sul sedimento del versamento pleurico che sul materiale istologico della biopsia pleurica. Per quanto riguarda il materiale citologico è importante poter disporre di un citoincluso del sedimento che permetta l'esecuzione dei test immunocitochimici di conferma. Il referto deve contenere, se possibile, almeno la specifica del tipo morfologico (epiteliomorfo, misto, sarcomatoso) e, nei casi in cui sia documentabile, deve essere specificata la presenza di infiltrazione dei tessuti.

IL GRUPPO MULTIDISCIPLINARE

E' composto da un Pneumologo, un Oncologo, un Anatomopatologo, un Internista, un Radioterapista, un Chirurgo Toracico, un Radiologo, uno Psico-oncologo, uno Specialista in Cure palliative ed eventuali altri Specialisti o Professionisti convocati in ragione delle peculiarità e necessità del caso.

Dopo la diagnosi citoistologica il case manager presenta il caso al gruppo che valuta:

- la necessità di ulteriori approfondimenti al fine di una corretta stadiazione;
- se la stadiazione è completa assegna il Paziente ad uno stadio di malattia;
- propone un approccio terapeutico.

Il Medico di Medicina Generale, oppure lo Specialista che ha inviato il Paziente, viene invitato a partecipare all'incontro del Gruppo Multidisciplinare.

L'esito della riunione viene formalizzato ed inserito in cartella

E' compito del case manager informare il Paziente sulla diagnosi e le eventuali opzioni terapeutiche comunicando l'esito della riunione del Gruppo Multidisciplinare. Si prevede la notifica a scopo statistico epidemiologico al COR Friuli Venezia Giulia che come gli SPSAL può fornire supporto al case manager.

Il Medico di Medicina Generale, nel rispetto del consenso sulla privacy rilasciato dal paziente nel GE.CO., riceve puntuale documentazione clinica sia nel caso il Paziente sia candidato a trattamento attivo, che a quello palliativo, quest'ultimo con l'attivazione dell'equipe territoriale delle cure palliative.

ASPETTI MEDICO - LEGALI

Nel caso di esposizione ad amianto, sospetta o certa, a seguito della diagnosi di mesotelioma, ai sensi dell'art. 139 del D.P.R. 1124/1965 e s.m.i., vi è l'obbligo di redigere la denuncia di malattia professionale ed inviarla alle sedi territoriali dell'Azienda per i Servizi Sanitari (Dipartimento di Prevenzione – SPSAL), dell'INAIL e della Direzione Territoriale del Lavoro, ciò al fine di garantire la tutela assicurativa/assistenziale dell'interessato, nel rispetto dell'art. 38 della Costituzione.

Ai sensi dell'art. 365 del Codice Penale, inoltre, vi è l'obbligo di redigere il referto ed inviarlo all'Autorità Giudiziaria. Sulla base delle DGR 291/09 - "Linee di indirizzo in materia di infortuni sul lavoro e malattie professionali concordate tra la Regione Friuli Venezia Giulia, le Aziende per i Servizi Sanitari e le Procure della Repubblica del distretto Friuli Venezia

Giulia”, il referto va inviato immediatamente alla SPSAL competente per territorio.

Andrà infine compilata la Denuncia ai sensi dell’art. 52 del D.P.R. 1124/1965 (c.d. primo certificato di malattia professionale), da lasciare al lavoratore, che lo consegnerà al datore di lavoro, il quale invierà all’INAIL le informazioni di sua competenza per completare l’iter della tutela assicurativa del lavoratore.

Nel rispetto dei contenuti previsti dalla normativa può essere adottato un modello unico di denuncia/referto/certificato, che in tal modo può essere compilato in tre copie, da inviare rispettivamente alle SPSAL, all’INAIL ed alle DTL.

Gli atti di cui sopra devono essere predisposti immediatamente dal case manager o da altri medici, non appena venga posta la diagnosi od il sospetto diagnostico.

TERAPIA E FOLLOW UP DEL PAZIENTE

Le evidenze di letteratura indicano che la gestione del Paziente con MMP debba essere attuata da una equipe multidisciplinare con l’identificazione di un case manager allo scopo di definire il trattamento ottimale.

Le opzioni terapeutiche includono la chirurgia, la radioterapia e/o la chemioterapia che possono essere associate in un trattamento multimodale in casi selezionati (in stadio I-III, senza gravi comorbidità e buona performance status). La radioterapia isolata non è indicata per pazienti portatori di MMP non resecabile.

Il trattamento viene definito sulla base dello stadio clinico, del sottotipo morfologico e delle caratteristiche del Paziente definendone lo scopo curativo oppure palliativo.

PAZIENTI IN PROGRESSIONE DI MALATTIA

- Chemioterapia: può essere considerata la possibilità di un trattamento di II linea con gemcitabina, carboplatino-gemcitabina, raltritrexed, vinorelbina o ripetizione del pemetrexed;
- il miglior trattamento di supporto (Best Support Care) dovrebbe essere considerato in tutti i casi di rapida progressione, scadente PS, età avanzata, comorbidità.
- Radioterapia: in casi selezionati sintomatici.
- Talcaggio: eventuale ripetizione se inefficace.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Viene garantita ad ogni paziente attraverso una serie di controlli programmati dal case manager in collaborazione con il Medico di medicina generale, l’equipe delle cure palliative, l’assistenza infermieristica domiciliare.

INDICATORI DI QUALITÀ CLINICA

Definizione dell' Indicatore	Formula	Fonte dati
Discussione di casi in modo multidisciplinare	$\frac{\text{N}^\circ \text{ dei casi di mesotelioma discussi dal gruppo multidisciplinare}}{\text{Totale Pazienti con mesotelioma}}$	G2 clinico, archivio SDO, archivio Anatomia Patologica
Completezza della stadiazione	$\frac{\text{N}^\circ \text{ dei casi di mesotelioma con indicazione dello stadio}}{\text{Totale Pazienti con mesotelioma}}$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ dei casi con indicazione dello stadio}}{\text{N}^\circ \text{ dei casi portati al Gruppo Multidisciplinare}}$	G2 clinico, archivio SDO, archivio Anatomia Patologica
Appropriatezza degli esami	$\frac{\text{N}^\circ \text{ di toracoscopie effettuate e precedute da toracentesi (se indicata) e TAC}}{\text{Numero di toracoscopie effettuate}}$	G2 clinico, archivio SDO

PDTA del paziente affetto da Mesotelioma pleurico

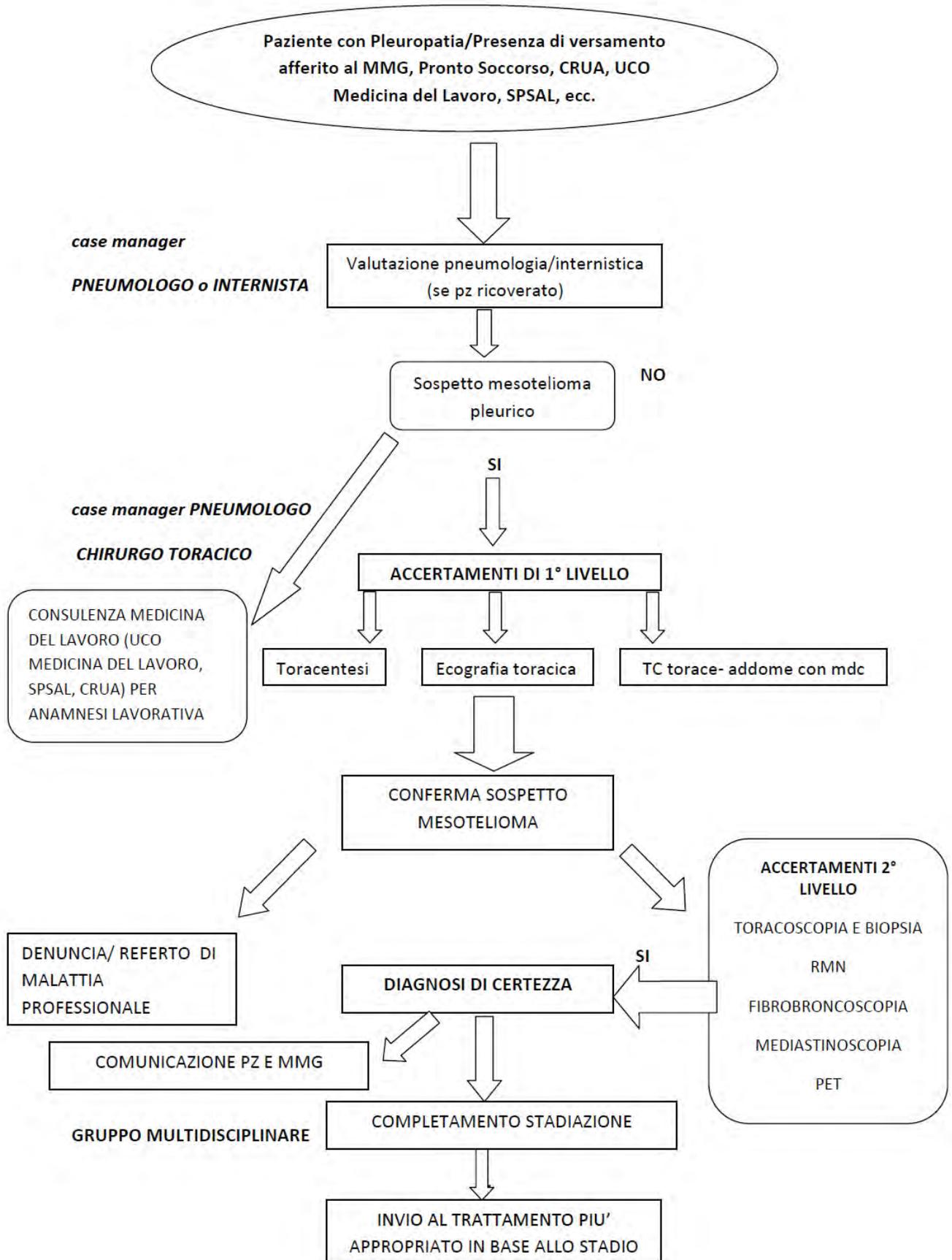


Figura 1: PDTA del paziente affetto da mesotelioma pleurico

STADIAZIONE

Secondo l'International Mesothelioma Interest Group (2010)

T tumore primario

TX tumore primario non definibile

T1 tumore limitato alla pleura ipsilaterale cono senza interessamento della pleura mediastinica o diaframmatica

- T1a: Tumore limitato alla pleura parietale, mediastinica e diaframmatica omolaterale. Pleura viscerale indenne.
- T1b: Tumore che interessa la pleura parietale, mediastinica e diaframmatica omolaterale e parte della pleura viscerale-.

T2 tumore che interessa la pleura parietale e viscerale, mediastinica e diaframmatica omolaterale con almeno una delle seguenti caratteristiche:

- o coinvolgimento del diaframma
- o estensione al parenchima polmonare oppure estesa compromissione della pleura viscerale (incluse le scissure)

T3 tumore (potenzialmente resecabile) che interessa estesamente pleura parietale e viscerale, mediastinica e diaframmatica omolaterale con almeno una delle seguenti caratteristiche:

- compromissione della fascia endotoracica
- estensione nel grasso mediastinico
- nodulo tumorale unico completamente resecabile con estensione nei tessuti molli della parete toracica
- coinvolgimento non trasmurale del pericardio

T4. Tumore (non resecabile) che interessa estesamente la pleura parietale e viscerale, mediastinica e diaframmatica omolaterale con almeno una delle seguenti caratteristiche:

- estensione diffusa del tumore oppure noduli multifocali nella parete toracica associati o meno a distruzione di costa
- estensione transdiaframmatica al peritoneo
- estensione alla pleura controlaterale
- estensione ad uno o più organi del mediastino
- estensione al rachide
- estensione a tutto spessore del pericardio parietale associata o meno a versamento pericardico oppure
- compromissione del miocardio

N (linfonodi regionali)

- NX: Linfonodi locoregionali non valutabili
- NØ: Assenza di metastasi linfonodi regionali
- N1: Metastasi linfonodi broncopolmonari o ilari omolaterali
- N2: Metastasi linfonodi sottocarenali o mediastinici omolaterali o linfonodi mammari

**PDTA del paziente affetto da Mesotelioma pleurico - allegati
interni omolaterali**

- N3: Metastasi linfonodi mediastinici, mammari interni controlaterali oppure linfonodi sopraclaveari omolaterali o controlaterali.

M (metastasi a distanza)

- MX: Metastasi a distanza non valutabili
- MØ: Assenza di metastasi
- M1: Presenza di metastasi

STADIO	T	N	M
I	T1	N0	M0
IA	T1a	N0	M0
IB	T1b	N0	M0
II	T2	N0	M0
III	T1, T2	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
IV	T4	Ogni N	M0
	Ogni T	N3	M0
	Ogni T	Ogni N	M1

DENUNCIA/REFERTO/CERTIFICATO DI MALATTIA PROFESSIONALE STRUTTURE DI RIFERIMENTO CUI VA INVIATA LA CERTIFICAZIONE

Servizi di Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPSAL):

- SPSAL dell'ASS n.1 "Triestina" - Via Sai, 1 - 34128 Trieste
- SPSAL dell'ASS n. 2 "Isontina" - Ospedale S. Polo – 34174 Monfalcone (GO)
- SPSAL dell'ASS n. 3 "Alto Friuli" – Piazzetta Baldissera, 2 – 33013 Gemona (UD)
- SPSAL dell'ASS n. 4 "Medio Friuli" – Via Chiusaforte 2, 33100 - Udine
- SPSAL dell'ASS n. 5 "Bassa Friulana" – Via Molin 21 – 33057 Palmanova (UD)
- SPSAL dell'ASS n. 6 "Friuli Occidentale" – Via della Vecchia Ceramica n.1 - 33170 Pordenone;

INAIL

- Sede di Trieste – Via Teatro Romano, 18/22 – 34121 Trieste
- Sede di Gorizia – Via Roma, 20 – 34170 Gorizia
- Sede di Monfalcone – Via Cosulich 4 – 34074 Monfalcone (GO)
- Sede di Tolmezzo (UD) – Via R. Del Din, 11 – 33028 Tolmezzo (UD)
- Sede di Udine – P.zza Duomo, 7 – 33100 Udine
- Sede di Cervignano del Friuli (UD) – Via Roma, 97 – 33052 Cervignano del F. (UD)
- Sede di Pordenone Via della Vecchia Ceramica n.3 - 33170 Pordenone;

Direzioni Territoriali del Lavoro

- Sede di Trieste – Via S. Francesco, 27 – 34100 Trieste
- Sede di Gorizia – Via C. Goldoni, 6 – 34170 Gorizia
- Sede di Udine – V.lo Stabernaio, 7 – 33100 Udine
- Sede di Pordenone – Via Mazzini, 62 – 33170 Pordenone

STRADIAZIONE DEL MESOTELIOMA ED INDICAZIONI TERAPEUTICHE

Mesotelioma epitelioide

Stadio I

Intento curativo con terapia multimodale

Criteri di esclusione: età > 80 anni, P.S. >1, FEV1 ≤ 800ml, F.E. ≤ 40%

Chemioterapia neoadiuvante: cisplatino 75 mg/mq e.v. + pemetrexed 500 mg/mq e.v. ogni 21 gg per tre cicli

Chirurgia dopo 3 -8 settimane:

- Stadio Ia – pleurectomia associata a citoriduzione con argon laser
- Stadio Ib – pleurectomia e decorticazione o citoriduzione con argon laser

In pazienti selezionati può essere considerata la pleuropneumectomia extrapleurica (EPP)

Radioterapia adiuvante :

- 1) dopo pleurectomia su residuo macroscopico o tramite in casi selezionati;
- 2) dopo EPP il trattamento sul cavo pleurico viene considerato in base all possibilità di rispettare le dosi di tolleranza del polmone controlaterale, del cuore e midollo;

Terapia palliativa

Per i Pazienti che non rientrano nei criteri di ammissione o rifiutano l'intervento chirurgico:

- talcaggio
- chemioterapia solo in casi selezionati (PS 0-1, senza comorbilità)
- radioterapia su sedi sintomatiche, su sedi a rischio di diventarlo, sul tramite

Stadio II

Criteri di esclusione: età > 80 anni, P.S. >1, FEV1 ≤ 800ml, F.E. ≤ 40%

Chemioterapia neoadiuvante: cisplatino 75 mg/mq e.v. + pemetrexed 500 mg/mq e.v. ogni 21 gg per tre cicli

Chirurgia dopo 3 -8 settimane:

- pleurectomia associata a citoriduzione con argon laser
- in pazienti selezionati può essere considerata la pleuropneumectomia extrapleurica (EPP)

Radioterapia adiuvante :

- 1) dopo pleurectomia su residuo macroscopico o tramite in casi selezionati
- 2) dopo EPP il trattamento sul cavo pleurico viene considerato in base all possibilità di rispettare le dosi di tolleranza del polmone controlaterale, del cuore e midollo

Terapia palliativa

Per i Pazienti che non rientrano nei criteri di ammissione o rifiutano l'intervento chirurgico:

- talcaggio
- chemioterapia: cisplatino 75 mg/mq e.v. + pemetrexed 500 mg/mq e.v. ogni 21 gg per 4-6 cicli solo in casi selezionati (PS 0-1, senza comorbilità)
- radioterapia su sedi sintomatiche, su sedi a rischio di diventarlo, sul tramite

Stadio III

Terapia palliativa

- chemioterapia: cisplatino 75 mg/mq e.v. + pemetrexed 500 mg/mq e.v. ogni 21 gg per 4-6 cicli solo in casi selezionati con PS 0-1, senza comorbilità ed età non > di 70 anni. In Pazienti con PS > 1 ed età >70 anni e comorbilità carboplatino + pemetrexed 500 mg/mq o pemetrexed in monoterapia per 4-6 cicli
- talcaggio
- radioterapia su sedi sintomatiche, su sedi a rischio di diventarlo, sul tramite

Stadio IV

Terapia palliativa

- chemioterapia: cisplatino 75 mg/mq e.v. + pemetrexed 500 mg/mq e.v. ogni 21 gg per 4-6 cicli solo in casi selezionati con PS 0-1, senza comorbilità ed età non > di 70 anni. In Pazienti con PS > 1 ed età >70 anni e comorbilità carboplatino + pemetrexed 500 mg/mq o pemetrexed in monoterapia per 4-6 cicli;
- talcaggio;
- radioterapia su sedi sintomatiche, su sedi a rischio di diventarlo, sul tramite.

Mesotelioma non epitelioide

- 1) forme miste (mesoteliomi bifasici): in casi selezionati (stadi I e II) può essere preso in considerazione l'intervento chirurgico di pleurectomia / decorticazione;
- 2) forme sarcomatoidi: trattamento chirurgico non indicato.

Terapia palliativa (per entrambe le forme):

- chemioterapia: cisplatino 75 mg/mq e.v. + pemetrexed 500 mg/mq e.v. ogni 21 gg per 4-6 cicli solo in casi selezionati con PS 0-1, senza comorbilità ed età non > di 70 anni. In Pazienti con PS > 1 ed età >70 anni e comorbilità carboplatino + pemetrexed 500 mg/mq o pemetrexed in monoterapia per 4-6 cicli;
- talcaggio;
- radioterapia su sedi sintomatiche, su sedi a rischio di diventarlo, sul tramite

MODELLO DELLA DENUNCIA/CERTIFICATO/REFERTO DI MALATTIA PROFESSIONALE

Approvato dal Comitato regionale di coordinamento ex art. 7 del D.lgs. 81/08 il 7.4.2010

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO

- 1) Barrare la casella / le caselle per cui lo stesso viene compilato
- 2) In caso di referto o primo certificato di sospetta malattia professionale (denuncia ai sensi dell'art. 52 del Testo Unico) compilare tutto il modulo.
- 3) Nel caso di denuncia ai sensi dell'art. 139 del Testo Unico e successive modifiche risulta sufficiente compilare le voci 1 – 2 – 3 – 10 – 11.
- 4) Invio dei moduli come da specchietto allegato

Modulo	INAIL	DIR. PROV. LAV.	SPSAL
A*	SI	SI	SI
B	NO	NO	SI
C**	SI**	NO	NO
A+B**	SI	SI	SI
A+B+C**	SI**	SI	SI

A= Denuncia art. 139 TU e successive modifiche

B= Referto

C= Primo certificato di malattia professionale (denuncia art. 52 TU)

SPSAL = Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

* Ha un uso solo ai fini statistico-epidemiologici

** Copia deve essere consegnata al lavoratore che deve essere informato sui diritti correlati e su sua autorizzazione (firmata) il certificato va inviato all'INAIL e al datore di lavoro. Tale firma non è da apporsi quando il lavoratore risulta aver cessato il rapporto di lavoro, come accade quasi di regola in caso sia affetto da mesotelioma della pleura.

Accertamenti praticati: copia degli accertamenti sanitari va inviata all'INAIL e all'organo di vigilanza. Sono da allegare tutti gli accertamenti che hanno portato alla compilazione del modulo e tutti gli accertamenti, eventualmente posseduti, che dimostrino un aggravamento della patologia oggetto della segnalazione.

PDTA del paziente affetto da Mesotelioma pleurico - allegati

A	<input type="checkbox"/> Denuncia art. 139 T.U. DPR 1124/1965 art- 10 D.Lgs. 38/2000 (DM 11/12/09)
B	<input type="checkbox"/> Referto giudiziario ai sensi art. 365 c.p.
C	<input type="checkbox"/> Primo certificato medico di malattia professionale – Denuncia Art. 52 T.U.
1	Medico (Cognome e nome) _____ Codice fiscale _____ n. telefono _____ In qualità di _____ Residente nel Comune di _____ Prov. _____ In via/piazza _____ n° _____
2	Persona assistita (cognome e nome) _____ Sesso M/F ____ Codice Fiscale _____ nato il ___ / ___ / _____ a (Comune/città) _____ Prov. _____ Nazionalità _____ Residente nel Comune di _____ Prov. _____ CAP _____ In via/piazza _____ N. _____ ASL _____ Attualmente lavora SI / NO _____
3	Datore di lavoro attuale (ragione sociale) _____ Settore di Lavoro _____ Sub settore di Lavoro _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____ via/piazza _____ N. _____
4	Malattia _____ Agente / Lavorazione / Esposizione _____
5	Data prima diagnosi ___ / ___ / _____ Eventuale data abbandono lavoro ___ / ___ / _____ Eventuale data della morte conseguente alla malattia professionale ___ / ___ / _____ Datore di lavoro presso il quale è possibile si sia verificata l'esposizione che ha determinato l'insorgenza della patologia (ragione sociale, se diversa dal punto 3) _____ _____ Settore di Lavoro _____ Sub settore di Lavoro _____ Comune di _____ Prov. _____ CAP _____ via/piazza _____ N. _____
6	Mansione/attività lavorativa: _____ _____ dal _____ al _____ Svolta quale Dipendente <input type="checkbox"/> Lavoratore autonomo <input type="checkbox"/> Altro (specificare) _____
7	Visita eseguita il ___ / ___ / _____, alle ore _____ presso: _____ _____

Luogo e data

_____ / _____ / _____

IL MEDICO COMPILATORE

(firma e timbro)

Autorizzo l'invio diretto all'INAIL _____

(firma dell'assicurato)

8 INFORMAZIONI INTEGRATIVE (da riportare in caso di esposizione a rischio presso diverse aziende/con diverse mansioni)									
ANAMNESI LAVORATIVA									
	Datore di lavoro (Ragione Sociale)	Indirizzo (Via, Comune, CAP)	Settore / Subsettore	Mansione/ Attività Lavorativa	Rischio	Periodo			
						dal		al	
						Mese	Anno	Mese	Anno
1									
2									
3									
4									
5									

ACCERTAMENTI SANITARI (da allegare nell'invio ad INAIL e SPSAL)			
	Accertamento	di data	Esito
1			
2			
3			

9	Note / Altre informazioni: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
----------	--

10	Il lavoratore è affetto da precedenti stati patologici? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Se Sì indicarli qui sotto) Precedenti _____ stati _____ patologici _____ E' invalido civile? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Percepisce rendita INAIL? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No E' pensionato INPS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Il lavoratore è/era sottoposto a sorveglianza sanitaria? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
-----------	---

Luogo e data

_____ / ____ / _____

IL MEDICO COMPILATORE

(firma e timbro)

ALCUNE ISTRUZIONI

Punto 1

Medico compilatore: che ha prestato assistenza in qualità di: curante / specialista in / medico competente, ecc.

Punti 3- 5 – 8

SETTORE

Utilizzare il codice ATECO ovvero il comparto come determinato dalla ricodifica della voce di tariffa INAIL

Gruppo ATECO	Comparto
A Agrindustria	00 Agricoltura
B Pesca	01 Agrindustria e pesca
C Estrazione minerali	02 Estrazioni minerali
DA Industria alimentare	03 Industria Alimentare
DB Industria tessile	04 Industria Tessile
DD Industria legno	05 Industria Conciaria
DE Industria carta	06 Industria Legno
DG Industria chimica	07 Industria Carta
DH Industria gomma	08 Industria Chimica e Petrolio
DI Industria non metalliferi	09 Industria Gomma
DJ Industria metalli	10 Ind. Trasf. Non metalliferi
DK Industria meccanica	11 Industria Metalli
DL Industria elettrica	12 Metalmeccanica
DM Industria mezzi trasporto	13 Industria Elettrica
DN Altre industrie	14 Altre industrie
E Elettricità gas acqua	15 Elettricità Gas Acqua
F Costruzioni	16 Costruzioni
G50 Commercio riparazione auto	17 Commercio
G51 Commercio ingrosso	18 Trasporti
G52 Commercio dettaglio	19 Sanita'
H Alberghi e ristoranti	20 Servizi
I Trasporti	21 Conto Stato
J Intermediazione finanziaria	
K Attività immobiliari	
L Pubblica amministrazione	
M Istruzione	
N Sanità	
O Servizi pubblici	

SUBSETTORE

Indicare il subsetto, qualora noto, come ottenuto dalla voce ATECO riportata per esteso nella misura camerale dell'Azienda. Si consiglia in caso di dubbi di descrivere per esteso al punto 9 la lavorazione di riferimento.

Punto 4

Riportare esattamente la denominazione della malattia: mesotelioma della pleura, ed indicare se la patologia sia accertata o vi sia un sospetto diagnostico.

Punto 5

I dati del datore di lavoro sono riportati solo se diversi da quelli indicati al punto 3

Punto 8

Anamnesi lavorativa indicando ditte con possibile esposizione a rischi connessi alla patologia oggetto di segnalazione ad esclusione della ditta indicata al punto 5.

Punto 9 (Note)

E' importantissimo siano indicate informazioni aggiuntive, se disponibili, quali:

il luogo in cui si trova il paziente al momento della compilazione degli atti (reparto, propria residenza, altro domicilio, indicandone l'indirizzo ed il recapito telefonico.

Se vi sia già stata una denuncia all'INAIL o alla SPSAL (precisandone la data/il periodo).

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA DONNA IN GRAVIDANZA (FISIOLOGICA)

Gruppo di lavoro

Adele Maggiore – Direttore Sanitario (ASS1) - Coordinatore

Luisella Giglio (IRCCS Burlo Garofolo) - Coordinatore

Annamaria Cortese (ASS1)

Daniela Gerin (ASS1)

Maria Vittoria Sola (ASS1)

Maria Chiara Calligaris (ASS2)

Roberta Giornelli (ASS1)

Michela Bottegaro (IRCCS Burlo Garofolo)

Ultima revisione: novembre 2014

INTRODUZIONE

Viene descritto il percorso attuale, cioè l'iter seguito dalle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Giuliano Isontina per dare risposta ai problemi di salute della singola **donna** ovvero “la miglior sequenza spaziale e temporale *osservata* delle attività clinico assistenziali svolte nell'organizzazione, per risolvere i problemi di salute di una “tipologia” di paziente”.

Il percorso di riferimento è individuato nelle LLGG - ISS del 2011 e fa riferimento al Percorso assistenziale della gravidanza fisiologica (a basso rischio) elaborato dal Comitato Regionale del Percorso Nascita sull'agenda della gravidanza che fa riferimento alle attuali LLGG ministeriali.

GRAVIDANZA FISIOLOGICA

Il profilo assistenziale considerato si sviluppa dalla visita preconcezionale al puerperio (6-8 settimane dopo il parto) e si sviluppa ulteriormente fino alla fine del primo semestre di vita del bambino.

Comprende:

1. Controlli clinici
 - 1.1. Visite (*def*)¹
2. Esami di laboratorio²
3. Esami strumentali³
4. Informazioni⁴

Verranno descritte le attività sanitarie da attuare nel periodo che va dal momento della positività accertata della gravidanza alla visita ginecologica nel dopo parto.

Si indicherà, inoltre, il contenuto delle attività aziendali rivolte alla madre, al bambino e alla famiglia nel primo semestre dopo il parto.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE:

- Medico specialista ostetrico-ginecologo

¹ Definizione: incontri a cadenze stabilite, strutturati e programmati tra l'operatore che segue la gravidanza la donna o la coppia, durante il quale si valuta lo stato di salute, si forniscono indicazioni di promozione alla salute (es. allattamento al seno, alimentazione...), si danno precise informazioni su norme di prevenzione primaria e secondaria. Hanno l'obiettivo di attuare una valutazione globale dello stato di benessere della donna in relazione all'ambiente nel quale vive, promuovendo attivamente il benessere fisico, emozionale, mentale e sociale

- colloquio e counselling
- visita
- prescrizione esami e loro valutazione
- programmazione interventi futuri

² Rif a D.M. 10/09/1998 e successive integrazioni; LLGG- ISS 2011

³ Rif a D.M. 10/09/1998 e successive integrazioni; LLGG- ISS 2011

⁴ Agenda gravidanza ministeriale, LLGG ISS 2011, Politica Aziendale di ASS1 e Modello assistenziale 2014-2015 per l'allattamento al seno e la sana alimentazione

- Ostetrica
- Equipe Consultorio Familiare (Psicologa, Assistente sociale)
- Mediatore Culturale (attivato nelle situazioni appropriate)
- Infermiera
- Medico di Medicina Generale

Nel puerperio si aggiungono:

- Medico pediatra (SSTSBA, PLS)
- Assistente Sanitaria,
- Fisioterapista/ Neuropsicomotricista

ACCESSO AL SERVIZIO

Può avvenire senza impegnativa:

- con accesso diretto presso il Consultorio Familiare (CF) del distretto di residenza in ASS 1 e in ASS 2,
- previo appuntamento al CUP presso l'IRCCS Burlo Garofolo di Trieste.

Viene richiesto alla donna di presentarsi con un test di gravidanza refertato eseguito preferibilmente su sangue oppure su urine.

In casi selezionati, di maggior fragilità della donna, il test iniziale può essere eseguito su urine direttamente presso il CF.

La prima visita viene garantita a tutte le donne in gravidanza indipendentemente dall'età gestazionale al primo accesso (preferibilmente 6°- 7a settimana) e viene effettuata entro 10 gg dalla richiesta.

Per le donne in età superiore ai 35 anni i tempi per la prima visita possono essere inferiori (in relazione alla programmazione dell'amniocentesi), così come per le donne che svolgono un lavoro a rischio.

VISITA PRECOCEZIONALE

E' garantita su richiesta, in previsione della programmazione della gravidanza.

Le informazioni sull'assunzione dell'acido folico vanno fornite a tutte le donne prima della sospensione della contraccezione.

ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

1. controlli in gravidanza

- a) prima visita
- b) visite successive
- c) termine di gravidanza (continuità assistenziale Territorio  Ospedale)

2. corso di accompagnamento alla nascita prima del parto

3. periodo dopo-parto

(continuità assistenziale Ospedale → Territorio)

- a) Visita post partum (40 gg dopo il parto ca)
- b) Conclusione del Corsi di Accompagnamento alla Nascita (6 mesi dopo il parto)

CRITERI DI DIMISSIONE/ USCITA TOTALE O PARZIALE DAL PERCORSO

- Interruzione spontanea o volontaria della gravidanza
- Fine del puerperio (per quanto riguarda i controlli clinici)

PRIMA VISITA:

Operatore

medico ostetrico-ginecologo/ostetrica

Contenuti

- Raccolta dei dati socio/sanitari.
- Apertura della cartella della gravidanza e sua compilazione.
- Anamnesi (familiare, sociale, patologica prossima, remota e ostetrica, stato di benessere psichico e relazionale, violenza domestica).
- Peso, altezza, BMI (bilancia e statimetro).
- Pressione Arteriosa.
- Visita senologica.
- Esplorazione vaginale.
- Verifica della presenza di Mutilazioni Genitali Femminili.
- Pap Test, se non eseguito negli ultimi tre anni.
- Valutazione del rischio ostetrico (check list).
- Certificato di gravidanza per esenzione ticket.
- Richiesta esami:
 - o Ematochimici;
 - o Urine;
 - o ecografia (laddove possibile fissato contestualmente l'appuntamento per la prima ecografia presso la struttura ospedaliera di erogazione).
- Prescrizione di acido folico, se non già in corso.
- Supplementazione vitaminiche mirate se rischio di carenza.

Informazioni e counselling

- informazioni sul percorso di assistenza e sostegno in gravidanza offerto dall'Azienda
- informazioni sui test di screening e di diagnosi prenatale della S. di Down
- misure igienico-alimentari volte alla prevenzione di Toxoplasmosi, Salmonellosi,>Listeriosi.

- Informazioni e counselling su stili di vita:
 - alcolici
 - fumo
 - sostanze illegali
 - attività lavorativa, sportiva, sessuale, viaggi in gravidanza

La prima visita si conclude con la valutazione degli esami di laboratorio refertati, indicando il livello di rischio della gravidanza e l'eventuale uscita dal PDTA.

All'atto dell'esonazione del ticket (Sportelli amministrativi territoriali) e comunque al primo accesso ai Consultori Familiari presso ASS 1 viene consegnata la Politica Aziendale Sintetica sull'allattamento e l'alimentazione nella prima infanzia (Brochure) contenente le indicazioni dei servizi disponibili per la gravidanza e il post parto a livello distrettuale.

VISITE DI CONTROLLO:

Operatore

presso ASS 1: medico ostetrico-ginecologo

presso ASS 2: ostetrica

presso IRCCS Burlo Garofolo: ostetrica

Le visite vengono programmate ogni 5-6 settimane (dati appuntamenti "a cluster"), salvo diversa indicazione.

Contenuti

Rivalutazione del rischio ostetrico (check list) e compilazione della cartella clinica:

- colloquio con la donna/coppia (aggiornamento approfondimento dell'anamnesi, ascolto; stato di benessere psichico e relazionale);
- valutazione dell'aumento ponderale;
- rilevazione PA;
- esplorazione vaginale se indicate;
- misurazione sinfisi-fondo;
- BCF e MAF;
- prescrizione e valutazione esami ematochimici e strumentali relativi al determinato trimestre di gravidanza.

Informazioni e counselling

- stili di vita
- Corsi di Accompagnamento alla Nascita (dopo la 2a ecografia)
- allattamento al seno (entro le 34 settimane - check list prenatale).

A 33- 34 SETTIMANE:

- Informazioni su controllo dolore e invio presso l'Ospedale per gli incontri informativi sul controllo del dolore e sull'assistenza durante il parto e la degenza
- eventuale invio all'Ospedale per valutazioni attinenti all'analgesia epidurale

- tampone vaginale e rettale per GBS

Presso ASS 2: a 36 settimane viene prescritta la visita ospedaliera presso il Punto Nascita di Monfalcone

Presso ASS 1: la donna viene seguita fino a 40⁺⁰ settimane

A 40 SETTIMANE:

Contenuti

- visita ginecologica (eventuale);
- peso;
- PA;
- controllo esami;
- prescrizione per CTG e ecografia presso l'Ospedale a 41⁺⁰ (presso ASS 1) ;
- informazioni/ rinforzo sul riconoscimento dei segni di travaglio o dei motivi per ricorrere rapidamente all'ospedale;
- informazioni sul percorso ospedaliero;
- informazioni sul percorso territoriale dopo il parto;
- importanza appuntamento per visita post partum e per pianificazione familiare, nelle donne che non hanno seguito il CAN.

CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO DOPO LA DIMISSIONE DALL'OSPEDALE⁵

Alla dimissione dal Punto Nascita

- vengono fornite informazioni orali e scritte per l'accesso ai servizi distrettuali dedicati:
 - o fasce orarie dedicate
 - o accesso diretto

Accoglienza Mamma Bambino (entro il 1° mese di vita)

Personale coinvolto: ostetriche/ ass. sanitarie/ infermiere/ pediatra di comunità

- prima accoglienza e apertura della cartella in caso di nuovo utente, registrazione dei dati in GWEB dove possibile
- valutazione dello stato di benessere della madre e del neonato e piano assistenziale per la presa in carico
- valorizzazione della rete familiare e sociale
- osservazione della poppata se difficoltà di allattamento e piano di presa in carico⁶

⁵ **Protocollo di continuità per i neonato fisiologico** (Accoglienza mamma bambino) alla dimissione dall'ospedale vengono inviate le coppie mamma bambino al distretto di riferimento; **Protocollo di continuità per il neonato patologico (+/- ricovero in TIN):** segnalazione al servizio non appena stabilizzato; attivazione UVD prima della dimissione se necessità di prosecuzione cure domiciliari; continuità/ attivazione del Servizio Sociale/altri servizi per adulto (DDD, DSM) se situazione a rischio psicosociale; **Protocollo Gravidanze a rischio psicosociale, in corso di revisione**

⁶ Politica Aziendale 2014- 2015 ASS 1 per il sostegno all'allattamento materno e ad una sana alimentazione

- offerta visita domiciliare su indicazione dell'operatore o nell'ambito di specifici progetti aziendali
- offerta di controllo ginecologico in puerperio (4- 6 settimane) per salute e pianificazione familiare
- invio al ginecologo, pediatra di libera scelta, personale del Punto Nascita a seconda delle necessità rilevate

Informazioni e counselling:

- salute donna e stili di vita
- accudimento e cura del neonato, cure prossimali (sviluppo della relazione di attaccamento)
- informazioni di base sull'allattamento (avvio della check list post natale – Allegato 2)
- promozione salute (Genitori+, incidenti domestici)
- invito ad iscrivere il bambino con un Pediatra di Libera Scelta
- dove trovare aiuto in caso di necessità (es.: gruppi di sostegno tra pari/ autoaiuto, microarea, associazioni, servizio sociale)

Incontri Successivi:

- presa in carico di eventuali problemi rilevati all'accoglienza (allattamento, difficoltà nella gestione del bambino, ecc.)
- attivazione della continuità assistenziale a seconda delle necessità (MMG, PLS, ginecologo, assistente sociale, altri specialisti)

Presso ASS 2 tutte le donne del Distretto Alto Isontino ricevono la prima visita domiciliare da parte delle ostetriche ospedaliere entro la prima settimana dal parto. Vengono effettuate ulteriori visite nei 15 giorni successivi.

E' attivo dal lunedì al venerdì presso l'ospedale di Gorizia l'ambulatorio pediatrico con apertura 8.30 -18.

E' sempre attivo presso il Punto nascita di Monfalcone un ambulatorio infermieristico pediatrico con apertura 16 – 18 per i neonati

.

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA (CAN)

Attività di Gruppo prima e dopo il parto

Operatore di riferimento

Ostetrica

Altri operatori coinvolti nel dopo parto

Infermieri del centro vaccinale, fisioterapisti, psicologi, pediatra di comunità, logopedista

Contenuti attività di gruppo nel dopo parto

- continuità degli incontri di gruppo tra pre e post fino al 6° mese di vita del bambino
- promozione salute:
 - o informazioni sull'allattamento e l'alimentazione del bambino (+al. Complementare e al. familiare)
 - o cure prossimali e accudimento del bambino
 - o Genitori + (vaccinazioni, trasporto sicuro, fumo, posizione nel sonno, lettura ad alta voce)
 - o incidenti domestici
 - o salute donna: ripresa attività sessuale dopo il parto, eventuale riabilitazione perineale, procreazione responsabile
- vissuti materni e familiari nel dopoparto
- ripresa del lavoro
- prosecuzione gruppi autogestiti dopo il 6° mese

I medesimi contenuti vengono proposti alle donne che per motivi specifici sviluppano un percorso individuale con l'ostetrica (es.: donne immigrate che necessitano della mediazione culturale).

Le donne che non hanno seguito i CAN prima del parto sono incoraggiate ad entrare nei gruppi dopo il parto.

AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Sono state individuate le seguenti azioni di miglioramento:

1. predisposizione di un diario da consegnare ai genitori del bambino che riporti le attività svolte dal Punto nascita e dal Distretto nel periodo del post partum da consegnare al Pediatra di libera scelta al fine di assicurare una corretta continuità assistenziale
2. elaborazione, anche con la collaborazione dei PLS, di una specifica procedura per il passaggio del bambino dai servizi che l'hanno seguito alla nascita (ospedale e distretto) al PLS
3. Revisione del PDTA sulla base delle Linee guida nazionali di prossima emanazione
4. Gestione della gravidanza fisiologica da parte delle ostetriche nell'adeguato setting assistenziale

PDTA per la donna in gravidanza (fisiologica)

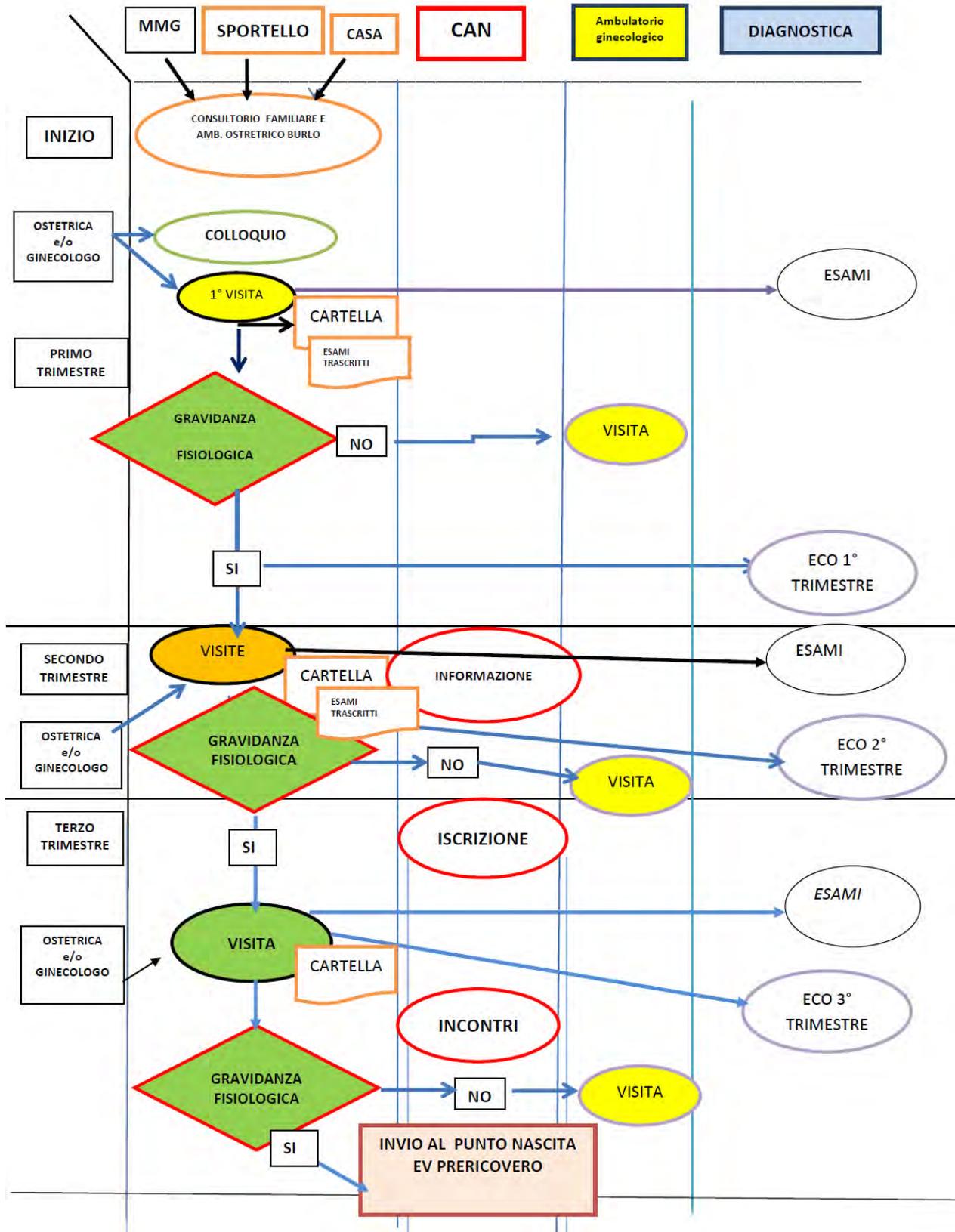


Figura 1: PDTA attuale in AREA VASTA giuliano-isontina



Checklist postnatale – Informazioni per le madri che allattano al seno

Tutti gli argomenti della checklist devono essere affrontati con tutte le mamme seguite presso il Consultorio.
L'operatore che ha fornito l'informazione deve registrare l'avvenuto colloquio e firmare il modulo.

Consultorio / Distretto _____ Cartella numero: _____
 Cognome Nome madre: _____ Cognome Nome bambino/a: _____
 Data del parto: _____

Primogenito SI No
 Precedente allattamento SI No Durata _____
 Corso accompagnamento alla nascita SI No Dove _____
 Incontro gruppo prenatale allattamento SI No Dove _____
 Opuscolo allattamento SI No

Argomento	Discusso*	Data	Firma
Gestione dell'allattamento: <ul style="list-style-type: none"> allattamento a richiesta guidato dal bambino; riconoscimento dei segnali precoci di fame; segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale ed emissione feci e urine); come e quando intervenire con un bambino in difficoltà (es. sonnolento, piccolo, etc); importanza del tenere i bambini vicini giorno e notte; importanza del contatto pelle a pelle alla nascita e in ogni occasione utile. 	_____	_____	_____
Osservazione della poppata: <ul style="list-style-type: none"> posizionamento e attacco efficaci; segni di adeguata suzione e deglutizione. 	_____	_____	_____
Importanza dell'allattamento esclusivo: <ul style="list-style-type: none"> significato e vantaggi; rischi legati all'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapeczoli nel periodo di calibrazione; raccomandazioni OMS su età adeguata per l'introduzione di alimenti complementari. 	_____	_____	_____
Spremitura manuale: <ul style="list-style-type: none"> dimostrazione pratica; modalità di adeguata conservazione e somministrazione del latte spremuto. 	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti: <ul style="list-style-type: none"> prevenzione/gestione ingorgo e mastite; compatibilità dell'allattamento con la maggior parte dei farmaci; gestione rientro al lavoro della madre; condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. 	_____	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità	_____	_____	_____

*annotare eventuale rifiuto alla discussione

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



Checklist postnatale Informazioni per le madri che utilizzano sostituti del latte materno

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.

Consultorio / Distretto _____ Cartella numero: _____
 Cognome Nome madre: _____ Data del parto: _____
 Cognome Nome bambino/a: _____

Primogenito	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Precedente allattamento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Durata _____
Corso accompagnamento alla nascita	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dove _____
Incontro gruppo prenatale allattamento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Dove _____
Opuscolo allattamento	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	

Argomento	Discusso*	Data	Firma
L'importanza di:			
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • raccomandazioni OMS su età adeguata per l'introduzione di alimenti complementari. 	_____	_____	_____
Modalità di preparazione, somministrazione e conservazione dei sostituti del latte materno:			
<ul style="list-style-type: none"> • dimostrazione pratica individuale sulla preparazione e somministrazione del latte di formula. 	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti:			
<ul style="list-style-type: none"> • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. 	_____	_____	_____
Come e dove cercare aiuto se necessario	_____	_____	_____

*annotare eventuale rifiuto alla discussione

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



Checklist prenatale - Alimentazione infantile

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

Consultorio / Distretto _____ Cartella numero: _____
 Cognome Nome della donna: _____
 Data presunta del parto: _____ Data compimento 34a sett. gestazione: _____
 Primigravida Si No
 Precedente allattamento Si No Durata _____
 Corso accompagnamento alla nascita Si No Dove _____
 Incontro gruppo prenatale allattamento Si No Dove _____
 Opuscolo allattamento Si No

Argomento	Discusso*	Data	Firma
Importanza dell'allattamento materno esclusivo:			
<ul style="list-style-type: none"> • benefici per bambino e mamma; • raccomandazioni OMS durata allattamento esclusivo e introduzione alimenti complementari; • rischi dell'alimentazione artificiale; • rischi dell'uso di tettarelle, biberon, ciucci e paracapezzoli nel periodo di calibrazione. 	_____	_____	_____
Un buon inizio:			
<ul style="list-style-type: none"> • contatto pelle/pelle precoce e prolungato; • attacco precoce ed efficace; • allattamento a richiesta, guidato dal bambino; • segnali di fame (precoci – tardivi); • importanza di tenere vicino il bambino giorno e notte in ospedale e a casa: rooming-in. 	_____	_____	_____
Un buon attacco:			
<ul style="list-style-type: none"> • posizionamento e attacco efficaci; • segni di suzione efficace con adeguato trasferimento di latte; • segni di adeguato apporto nutritivo (incremento ponderale e emissione di feci e urine. 	_____	_____	_____
Spremitura manuale:			
<ul style="list-style-type: none"> • dimostrazione pratica; • quando può essere utile. 	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti:			
<ul style="list-style-type: none"> • ragadi, ingorgo, mastite; • prevenzione e gestione; • mantenimento della produzione di latte in caso di separazione dal bambino (ricovero, rientro al lavoro, etc.); • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. 	_____	_____	_____
Fisiologia del travaglio e del parto:			
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • alternative ai farmaci per il dolore durante il parto e i loro effetti sulla madre e sul neonato; • informazioni adeguate per procedure invasive. 	_____	_____	_____
Come e dove chiedere aiuto in caso di necessità	_____	_____	_____

* annotare eventuale rifiuto

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



Checklist prenatale - Alimentazione con sostituti del latte materno

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

Consultorio / Distretto _____ Cartella numero: _____

Cognome Nome della donna: _____

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

Primigravida Si No

Precedente allattamento Si No Durata _____

Corso accompagnamento alla nascita Si No Dove _____

Incontro gruppo prenatale allattamento Si No Dove _____

Opuscolo allattamento Si No

Argomento	Discusso*	Data	Firma
L'importanza dell'allattamento materno per la madre e per il bambino	_____	_____	_____
L'importanza di:			
<ul style="list-style-type: none"> • un'alimentazione sostitutiva AFASS (accettabile, fattibile, abbordabile, sostenibile e sicura); • contatto pelle a pelle immediatamente dopo la nascita e in ogni occasione utile; • importanza di tenere vicino il bambino giorno e notte in ospedale e a casa: rooming-in; • raccomandazioni OMS sulla introduzione di alimenti solidi. 	_____	_____	_____
Modalità di preparazione, conservazione e somministrazione dei sostituti del latte materno	_____	_____	_____
Problematiche più frequenti:			
<ul style="list-style-type: none"> • condivisione del letto, rischi e benefici, accorgimenti utili per rispondere al bambino durante le ore notturne. 	_____	_____	_____
Fisiologia del travaglio e del parto			
<ul style="list-style-type: none"> • 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; • alternative ai farmaci per il dolore durante il parto e i loro effetti sulla madre e sul neonato; • informazioni adeguate per procedure invasive. 	_____	_____	_____
Come e dove cercare aiuto se necessario	_____	_____	_____

*annotare eventuale rifiuto a discutere

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

Le donne in gravidanza che manifestano una propensione per l'utilizzo di sostituti del latte materno per scelta personale o che per motivi medici non allatteranno al seno (vedi es. HIV+) devono ricevere individualmente informazioni (registrate nella documentazione clinica) chiare, complete, aggiornate e indipendenti da interessi commerciali.

IL PERCORSO INTEGRATO DI CURA DEL PAZIENTE COLPITO DA ICTUS ACUTO NELL'AREA VASTA GIULIANO ISONTINA

Gruppo di lavoro

Sandro Centonze –Programmazione & Controllo (AOUTs) -Coordinatore

Fabio Chiodo-Grandi - Associazione ALICE

Vittorio Antonaglia – 118 (ASS1)

Doriano Battigelli – MMG, Trieste

Barbara Brajnik – 118 (ASS1)

Gabriella Cernigoj – Riabilitazione, Distretto 3 (ASS1)

Gilberto Cherri – Riabilitazione, Distretto 2 (ASS1)

Stefano Chiarandini –Chirurgia Vascolare (AOUTs)

Paola Comuzzi – Distretto 2, UO Anziani e Residenze (ASS1)

Maria A. Cova –Radiologia (AOUTs)

Carlo De Vuono – Distretto 4, UO Anziani e Residenze (ASS1)

Giuseppe Giagnorio – 118 (ASS2)

Angela Giovagnoli – Riabilitazione, Distretto 4 (ASS1)

Barbara Gregoretti – Direzione Medica di Presidio (AOUTs)

Nadia Koscica –Clinica Neurologica (AOUTs)

Gabriella Lamprecht – Direzione Sanitaria (AOUTs)

Giuseppe Latella – MMG (ASS2)

Lucio Giuseppe Lazzarino de Lorenzo – S.C. Neurologia (ASS2)

Barbara Mazzoleni – Distretto 3, ASS1

Marcello Naccarato –Clinica Neurologica (AOUTs)

Stefano Palcic –Farmaceutica (ASS1)

Valentina Pesavento –Medicina Riabilitativa (AOUTs)

Cristina Pierluca –. ORL (AOUTs)

Paolo Platania –Riabilitazione (ASS2)

Fabio Pozzi Mucelli –Radiologia (AOUTs)

Silvia Ros –Neurologia (ASS2)

Carlo Emanuele Saggese –Neurologia (ASS2)

Diego Stefi –Clinica Neurologica (AOUTs)

Leonello Tacconi –Neurochirurgia (AOUTs)

Maja Ukmar– Radiologia (AOUTs)

Walter Zalukar –Pronto Soccorso (AOUTs)

Elena Zorzetto – Riabilitazione, Distretto 4 (ASS1)

PREMESSA

L'Ictus acuto, tra le innumerevoli patologie cronico-degenerative dell'anziano, è uno degli eventi più imprevedibili ed invalidanti.

Nell'Area Vasta Giuliana Isontina (circa 380.000 residenti nel 2013) circa 1.000 dimissioni ogni anno riguardano pazienti con Ictus acuto. Nel 2011 i decessi attribuiti in Area Vasta a questa malattia sono stati 517 (dati Istat¹). Si stimano circa 6.300 cittadini residenti nelle due Province di Gorizia e Trieste sopravvissuti ad un evento cerebrovascolare acuto maggiore (ictus).

L'ictus acuto è definito nelle Linee Guida SPREAD (14 marzo 2012) come *“l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale”*². Si tratta di infarto cerebrale ischemico nell'80% dei casi, emorragia cerebrale nel 15%, emorragia parenchimale ed emorragia sub aracnoidea nel restante 5%. Quando il quadro clinico evidenzia un peggioramento del deficit neurologico attribuibile ad estensione della lesione cerebrale nell'arco di ore o giorni dall'insorgenza dei primi sintomi, l'ictus è definito in progressione o in evoluzione.

Sempre le linee guida SPREAD 2012 considerano l'Attacco Ischemico Transitorio (*Transient Ischaemic Attack: TIA*) come *“l'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”*³. Quando due episodi riferibili a TIA si verificano in 24 ore, o tre episodi o più in 72 ore, si parla di TIA “in crescendo”.

L'EPIDEMIOLOGIA E LA PREVENZIONE DELL'ICTUS

L'ictus è la seconda malattia a prognosi infausta nel mondo.

Ogni anno, negli Stati Uniti e in Europa Occidentale continuano a verificarsi circa 1,75 milioni di nuovi casi di ictus ischemico. La malattia ha un impatto notevole sui budget sanitari in tutti i Paesi del mondo e non solo incide sulla disponibilità di spesa sanitaria degli Enti e degli Ospedali ma anche sui redditi e sulle capacità di spesa delle singole famiglie.

A livello mondiale, nel 1990, l'Ictus ischemico era responsabile di oltre 86.000.000 di anni di vita vissuti con disabilità-DALY. Questi ultimi nel 2010 sono aumentati del 21% (oltre 102.000.000 DALY/yr)⁴. A livello globale l'ictus è al terzo posto come condizione di disabilità e ha registrato una crescita costante negli ultimi 20 anni (+20%).

L'Italia, con altri Paesi europei, si differenzia dal quadro globale fin qui descritto. Dal 1990 al 2010 nel nostro Paese si è verificato un significativo decremento della disabilità conseguente ad ictus (-26%). Ciò significa che da circa 1,1 milione di anni vissuti con disabilità (DALY) attribuibili ad un evento cerebrovascolare di tipo ischemico (o emorragico acuto) si è passati a poco più di 800 mila DALY.

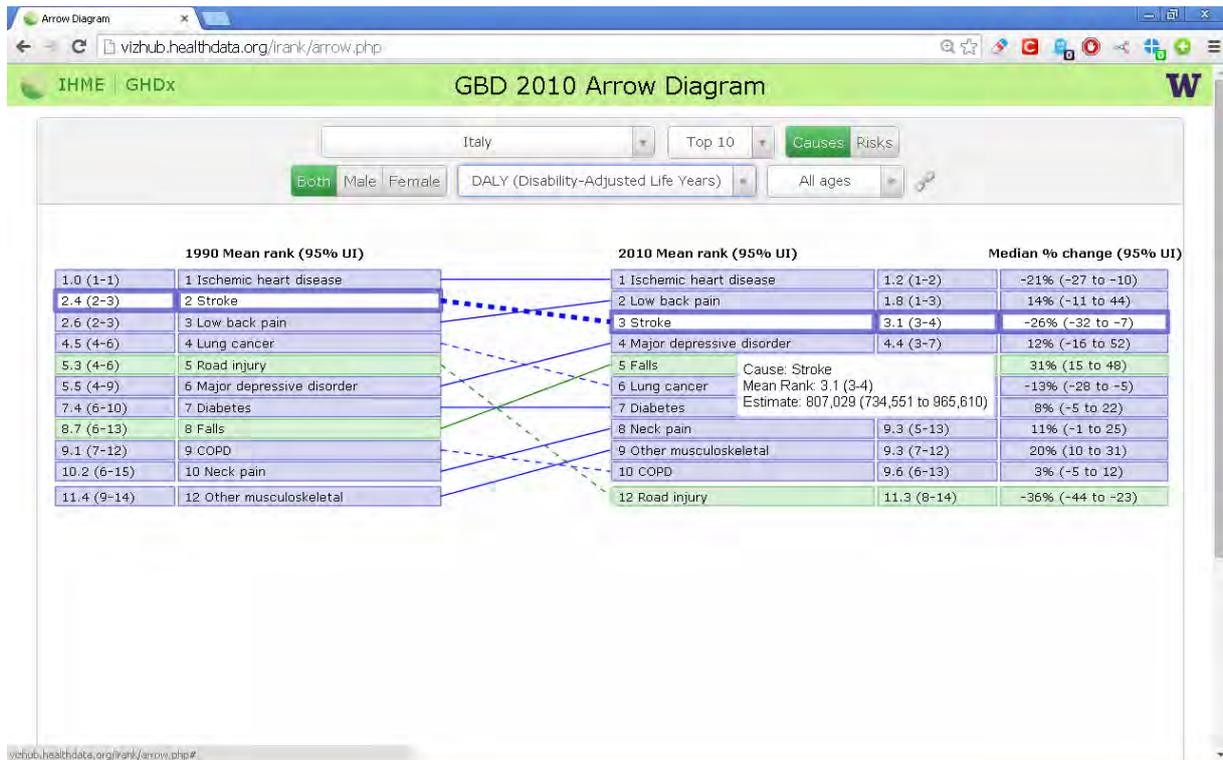
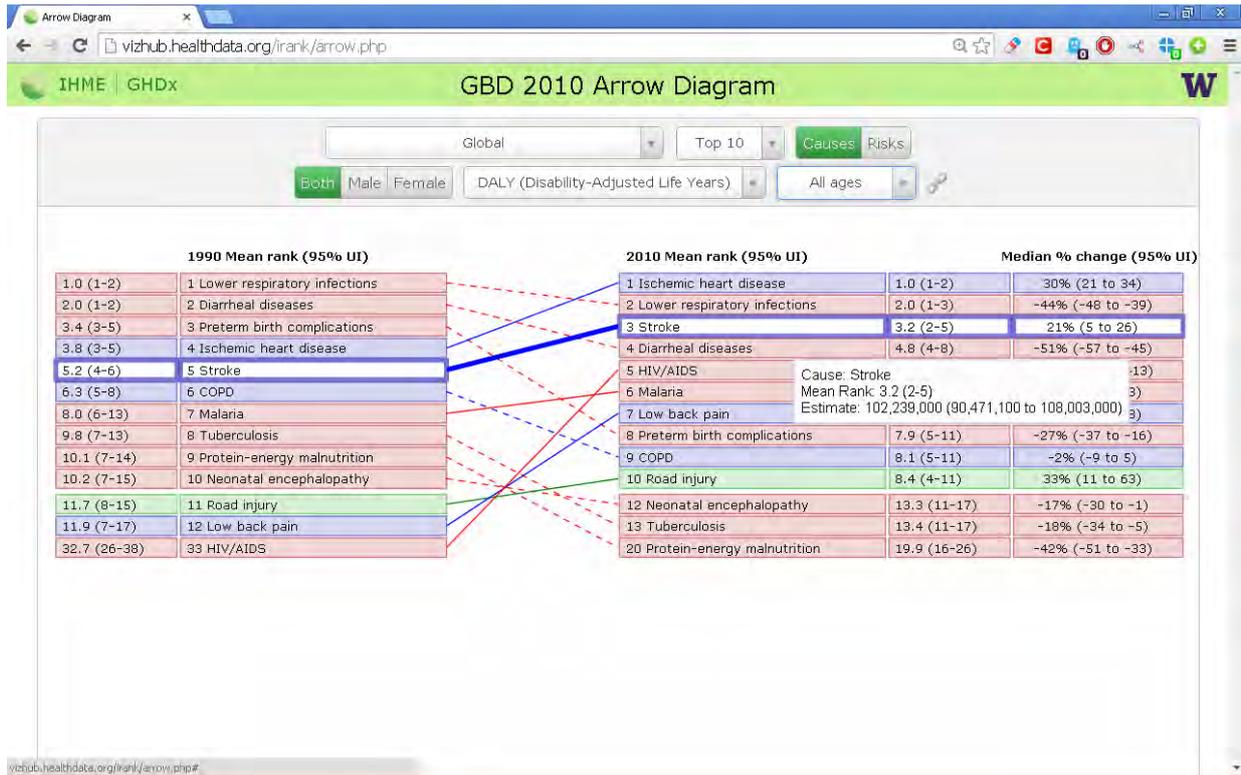
¹ ISTAT, <http://dati.istat.it/#> Dati estratti il 16 ott 2014, 03h53 UTC (GMT), da [I.Stat](#)

² SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion - Ictus cerebrale: Linee guida italiane, 14 Marzo 2012; pag. 8.

³ Ibidem, pag. 7.

⁴ [Stime tratte da: <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>, ultimo accesso 10.09.2014].

PDTA del paziente con Ictus



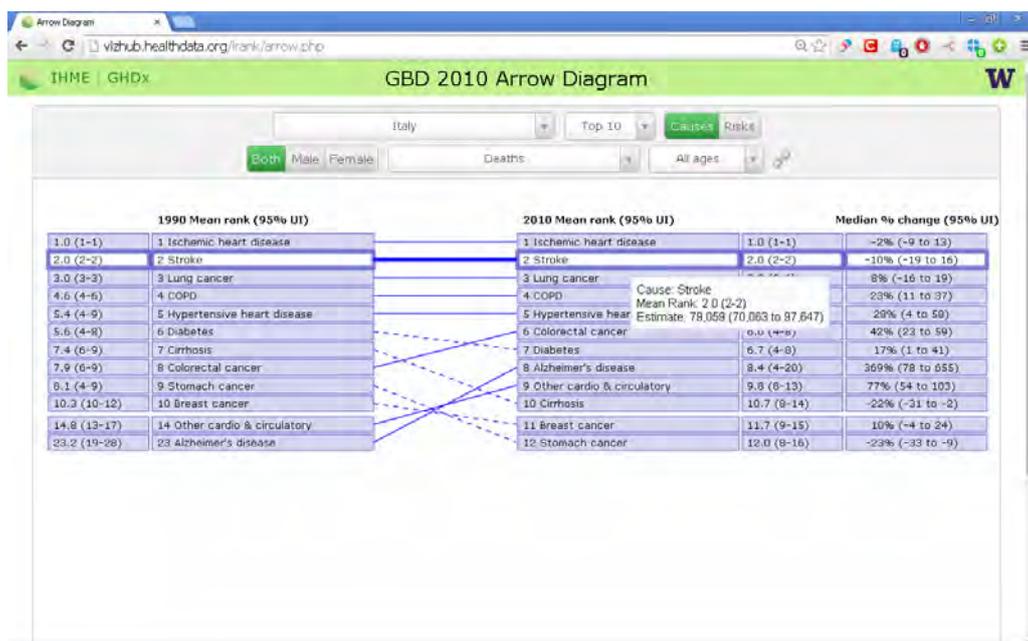
PDTA del paziente con Ictus



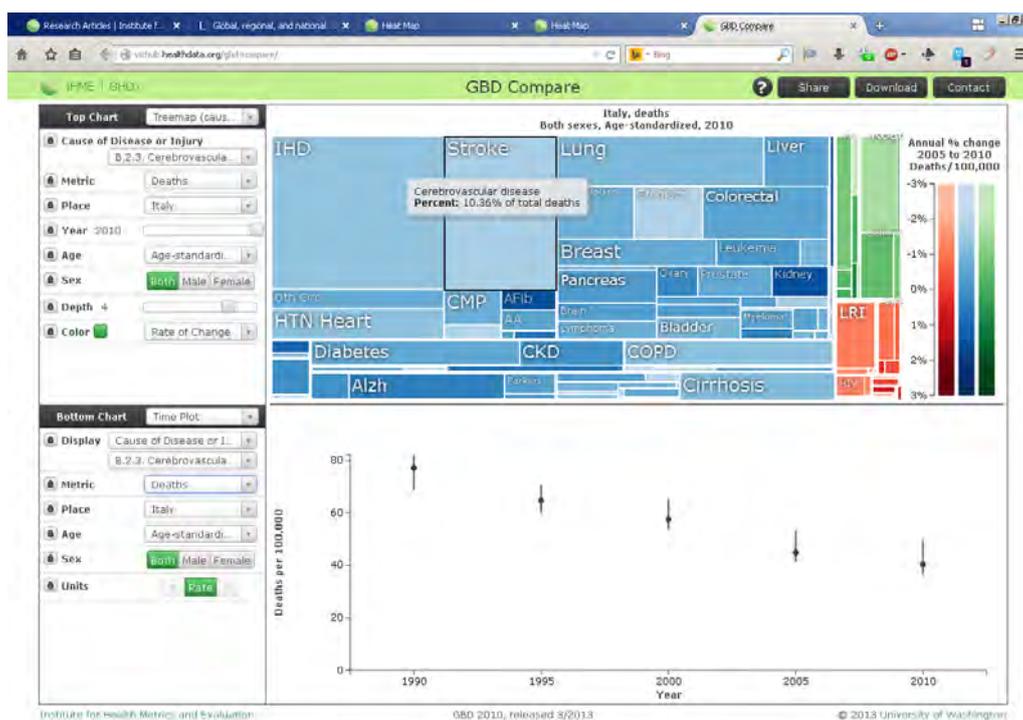
[Figure tratte da: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>]

L'ictus è caratterizzato da una alta mortalità. Si tratta della seconda causa di morte a livello globale. Il numero di decessi è aumentato del 27% negli ultimi 20 anni.

Anche in Italia l'Ictus rappresenta la seconda causa di morte (e di morti premature) dopo le malattie ischemiche del miocardio. Tuttavia, a differenza del trend osservato a livello mondiale (rapido incremento) e di quello di molti altri paesi industrializzati (lieve flessione, -2% in 20 anni), l'Italia registra un numero di decessi attribuibili ad ictus inferiore del 10% rispetto a 20 anni fa (da 85.000 a circa 79.000/anno) ed un numero di anni perduti prematuramente ridotti del 32% (da 1.009 a 708 YLLs).



PDTA del paziente con Ictus



[Figure tratta da: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>]

Gli ultimi dati Istat disponibili (mortalità anno 2011) indicano che i morti per malattie cerebrovascolari sono stati in tutto poco più di 60.500, si sono cioè ridotti di circa 3.000 rispetto al 2009.

	Decessi Anno 2011			Decessi Anno 2009			Var decessi con 2009			Var % decessi con 2009		
	U	D	totale	U	D	totale	U	D	totale	U	D	totale
Italia	23915	36609	60524	24957	38338	63295	-1042	-1729	-2771	-4,36	-4,72	-4,58
Nord-est	3804	6062	9866	3995	6284	10279	-191	-222	-413	-5,02	-3,66	-4,19
Trentino Alto Adige / Südtirol	276	427	703	272	447	719	4	-20	-16	1,45	-4,68	-2,28
Veneto	1427	2337	3764	1507	2298	3805	-80	39	-41	-5,61	1,67	-1,09
Friuli Venezia Giulia	473	803	1276	504	820	1324	-31	-17	-48	-6,55	-2,12	-3,76
Udine	198	303	501	215	329	544	-17	-26	-43	-8,59	-8,58	-8,58
Gorizia	57	106	163	49	98	147	8	8	16	14,04	7,55	9,82
Trieste	109	245	354	152	218	370	-43	27	-16	-39,45	11,02	-4,52
Pordenone	109	149	258	88	175	263	21	-26	-5	19,27	-17,45	-1,94

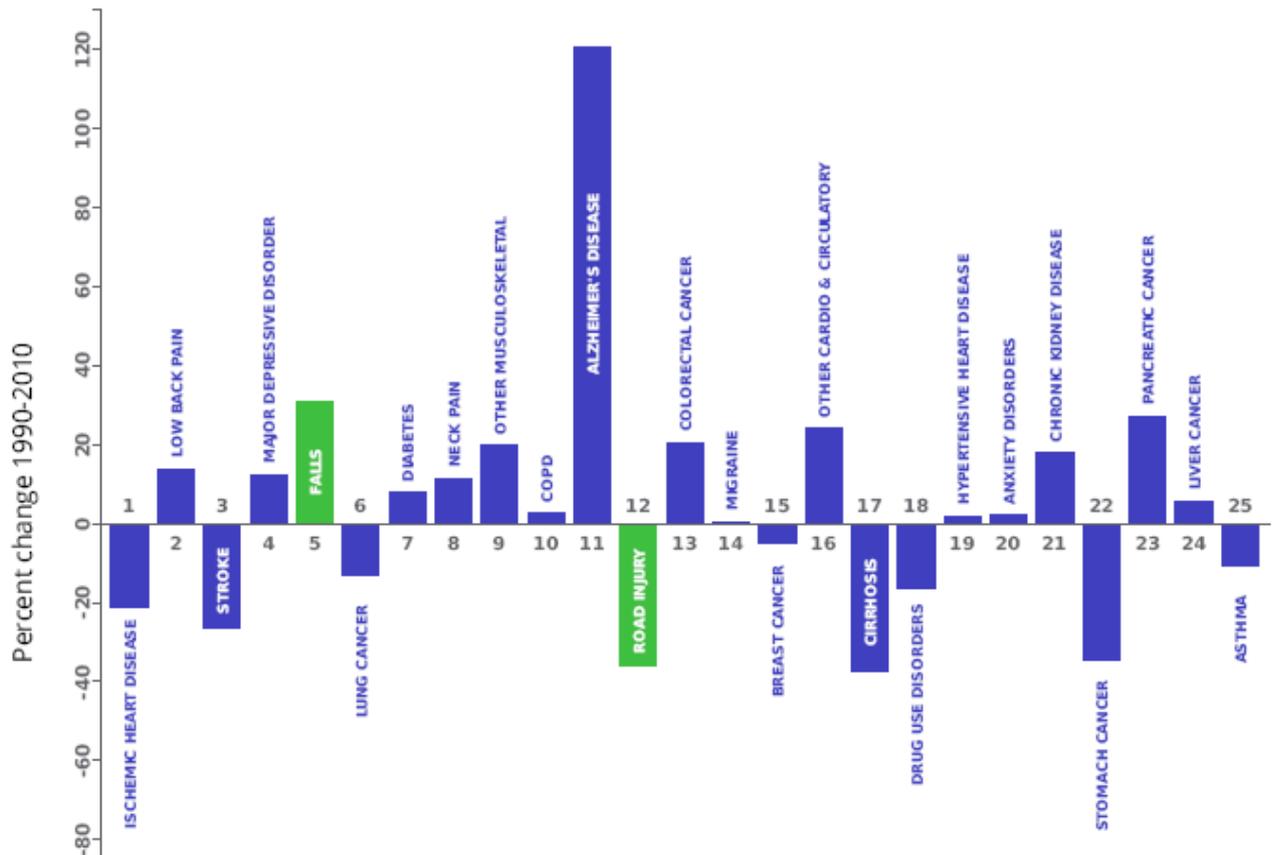
Fonte: ISTAT, <http://dati.istat.it/#> Dati estratti il 16 ott 2014, 03h53 UTC (GMT), da **I.Stat**

L'Ictus, assieme ad altre condizioni croniche (malattie a carico del sistema cardiocircolatorio, cancro al polmone, stomaco e mammella, cirrosi, asma), ha diminuito il suo impatto ("burden") sul profilo sanitario italiano⁵. Ciò si deve evidenzia probabilmente ai primi effetti delle misure preventive adottate nel nostro Paese, ad un aumento di consapevolezza nella popolazione generale, al miglioramento delle abitudini di vita e delle condizioni alimentari ed ad una migliore performance nel campo organizzativo e tecnologico.

⁵ Da GDB Profile:Italy, accessibile su:

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_ita.ly.pdf, a cura dell'Institute for Health Metrics and Evaluation. Seattle, WA 98121 USA

Leading causes of DALYs and percent change 1990 to 2010 for Italy



[Figura tratta da *GDB Profile:Italy*. Accessibile su: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>]

Si può ottimisticamente affermare che il quadro delineato in precedenza si inserisce in un modello di sanità pubblica che ha sviluppato azioni miranti a ridurre l'insorgenza della patologia e anche a limitarne gli effetti in termini di disabilità.

Se le misure preventive stanno contribuendo a ridurre l'incidenza dell'ictus, altri fattori, organizzativi e relativi al miglioramento delle cure, favoriscono una maggiore sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti, ossia ne riducono la mortalità come anche la disabilità associata. L'ictus acuto, infatti, è caratterizzato da una mortalità a 30 giorni molto elevata (tasso di letalità o "case fatality") ed i recenti confronti europei pubblicati dall' *European Heart Network*⁶ evidenziano che, a fronte di una riduzione di incidenza nei paesi a più alto reddito, il tasso di letalità si riduce molto meno⁷.

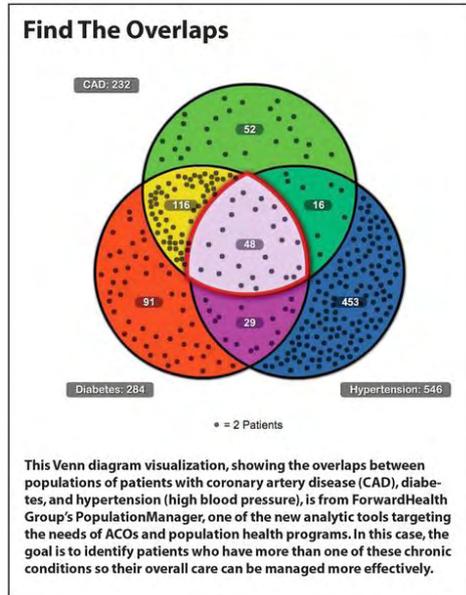
All'interno della UE esistono differenze molto marcate di questo indicatore (mortalità a 30 giorni). Per l'ictus ischemico questa varia tra il 2,6% in Danimarca ed il 9,7% in Slovenia (Italia 3,4%). Il Tasso di letalità per la forma emorragica è più elevato (con variazioni all'interno dei Paesi UE che vanno dal 6,5% in Finlandia al 38,6% in Belgio; Italia 17,6%).

⁶ Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipoli

⁷ Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol* 2009;8(4):355-69.

PDTA del paziente con Ictus

	pazienti			Totale Condizioni	
	1 condiz	2 condiz	3 condiz		
1) Hypertension (high blood pressure) Hyper + CAD	453 41,9%	16 1,5%		564	52,2%
2) Diabetes Hyper + Diab + CAD	91 8,4%		48 4,4%	284	26,3%
Diab + Ipert			29 2,7%		
3) CAD (Coronary Artery Disease) CAD + Diab	52 4,8%		116 10,7%	232	21,5%
				1.080	100%



In Europa il dato mediano di letalità standardizzato per età registrato per l'infarto acuto del miocardio, ictus ischemico e ictus emorragico è rispettivamente di 4.7%, 4.4% and 18.6%.

Rispetto agli studi condotti nel 2000 e poi nel 2005 (che prevedevano una crescita impressionante di eventi cerebrovascolari acuti e che stimavano una prevalenza di oltre 1.000.000 di cittadini con sequele a lungo termine della malattia) sarebbe opportuno approfondire gli aspetti che hanno modificato in modo così drastico e incoraggiante il quadro epidemiologico, anche a livello regionale.

Da tali aspetti si possono trarre delle considerazioni dall'apparenza

complicate ma che si ritengono utili per comprendere l'importanza della prevenzione primaria e "secondaria"⁸ dell'ictus.

Year	30-day case-fatality rate after admission for AMI		30-day case-fatality rate after admission for ischaemic stroke		30-day case-fatality rate after admission for hemorrhagic stroke		
	Crude rate	Age - sex standardized rate (%)	Crude rate	Age - sex standardized rate (%)	Crude rate	Age - sex standardized rate (%)	
Austria	2009	8.6	5.7	6.3	3.1	15.6	12.1
Belgium	2007	13.4	8.6	15.3	8.6	45.8	38.6
Czech Republic	2009	6.6	4.3	10.3	5.8	21.3	18.0
Denmark	2009	3.9	2.3	4.6	2.6	19.7	16.4
Finland	2009	10.6	4.8	5.8	2.8	9.3	6.5
Germany	2009	10.4	6.8	8.0	4.0	17.6	13.8
Iceland	2009	7.1	3.0	8.0	2.8	19.7	14.1
Ireland	2009	6.8	4.3	10.2	6.1	25.2	23.9
Israel	2009	6.8	4.5	5.9	3.5	24.2	20.9
Italy	2009	6.5	3.7	7.3	3.4	22.2	17.6
Luxembourg	2009	5.0	5.2	8.3	4.5	30.6	24.3
Netherlands	2007	7.2	5.3	8.6	5.7	27.3	22.4
Norway	2009	5.0	2.5	6.5	2.8	16.6	11.6
Poland	2009	4.8	3.9				
Portugal	2008	9.7	6.6	11.1	6.2	25.4	23.0
Slovak Republic	2009	7.3	5.7	10.7	7.1	29.0	25.5
Slovenia	2009	6.4	4.7	15.3	9.7	28.8	25.1
Spain	2009	8.4	5.6	11.0	6.1	27.4	23.9
Sweden	2007	6.6	2.9	8.4	3.9	17.2	12.8
Switzerland	2008	6.9	4.5	8.2	4.3	19.9	14.8
United Kingdom	2009	9.1	5.2	12.9	6.7	23.3	19.3

Sources: OECD Health Data 2011 <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/>
The total rates have been age-sex standardized to the 2005 OECD population (45+).

Notes: Rates are 'admission based' rates, reflecting fatalities occurring in the same hospital only. Blank cells indicate data were not available.

[Figura tratta da: Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012, Pag. 41. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis]

La gestione e la "presa in carico" del paziente con patologia cronica o in una fase acuta –in

⁸ Per prevenzione "secondaria" si intende nel caso dell'ictus, l'insieme di misure anche farmacologiche relative al controllo dei fattori di rischio che ne favoriscono la recidiva.

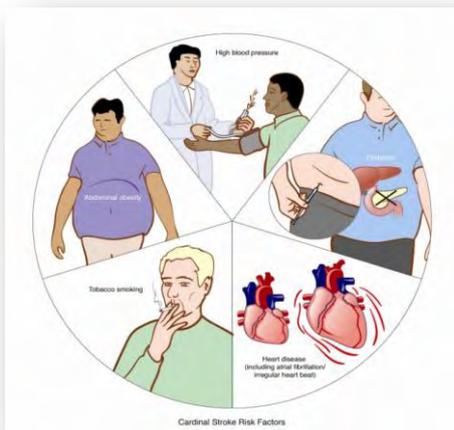
cui si rendono evidenti o si slatentizzano più condizioni di cronicità **contemporaneamente**– non può che avvenire con procedure comuni e condivise, standardizzate ai più alti livelli di qualità.

La figura a sinistra⁹ evidenzia il concetto che nessun percorso di cura dedicato ad una condizione o patologia possa essere considerato isolatamente. Infatti, trattare le patologie o le condizioni numerate nel diagramma di Venn isolatamente (ipertensione, diabete, arteriopatie coronariche), significa affrontare isolatamente **1.080 eventi**, mentre **i pazienti affetti da tali eventi sono 805**.

Questo modello di cura è praticato da anni negli Stati Uniti¹⁰ ed è recepito dalle recenti Linee Guida nazionali sul Diabete mellito (“Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014”; www.standarditaliani.it - 28 Maggio 2014). Si ribadisce pertanto la collaborazione tra discipline e specialisti di diversa provenienza ed esperienza.

La precedente figura considera ipertensione, diabete, arteriopatie coronariche come condizioni patologiche che possono o meno essere contemporaneamente presenti nel paziente. Il successivo elenco evidenzia i fattori di rischio per Ictus determinanti l’insorgere di un evento cerebrovascolare acuto.

Fattore di Rischio	Relazione con l’Ictus
Iipertensione arteriosa	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus
Fumo	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus Aumenta la pressione arteriosa e crea ipossia
Iercolesterolemia	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus Contribuisce al danno vascolare spesso causa di Ictus
Diabete	Può causare danno al microcircolo e può aumentare il rischio di Ictus
Alimentazione, inattività fisica ed obesità	Possono condurre a ipertensione e all’aumento di lipidi e colesterolo ematico
Eccesso di alcool	Aumenta la pressione arteriosa e rende maggiormente probabile la fibrillazione atriale
Fibrillazione atriale	Aumenta il rischio di Ictus (sino a 5 volte)



La prevenzione primaria dell’Ictus si può attuare con uno sforzo congiunto dei diversi attori che operano nel sistema-salute. I principali protagonisti sono gli MMG ed il Distretto Sanitario e gli altri Servizi del Territorio (SID, Dipt. Prevenzione, Dipt. Dipendenze, specialisti, ecc.). Questi devono intervenire in modo coordinato sulle condizioni che predispongono e favoriscono la diffusione delle malattie cerebrovascolari (Ictus in testa).

Di recente è stato stimato che un intervento mi-

⁹ Tratta da: *David F. Carr*. Healthcare IT In The Obamacare Era. InformationWeek HealthCare, Feb 2014. <http://dc.ubm-us.com/i/259849> - ultimo accesso il 5.06.2014

¹⁰ *Vincent Bufalino, Mary Ann Bauman, Jay H. Shubrook, et Al.* Evolution of “The Guideline Advantage”: Lessons Learned From the Front Lines of Outpatient Performance Measurement. *Diabetes Care* 2014;37:1745–1750 (DOI: 10.2337/dc14-0901)

rante a ridurre l'ipertensione arteriosa potrebbe evitare, in una popolazione di 1.000.000 di abitanti, 266 eventi di Ictus (il 19% di tutti i nuovi Ictus che potrebbero insorgere in un anno). Se l'intervento riduce l'abitudine al fumo si eviterebbero ulteriori 236 eventi (-17%) e altri 99 (-7%) se le azioni preventive sono rivolte a correggere l'ipercolesterolemia¹¹.

*Sintesi dell'efficacia delle misure di prevenzione primaria sugli ictus incidenti in una ipotetica popolazione di 1 milione di abitanti*¹²

TABLE 3 Summary of the effectiveness of drug therapies for the (primary) prevention of first-ever stroke in a population of one million people

Strategy/ intervention	Target population (% of general population)	Relative risk (95% CI)	Stroke risk per year		Relative risk reduction (RRR) (95% CI)	Absolute risk reduction (ARR)	No. of strokes avoided per year among target population	% of 1,400 first-ever ischaemic strokes avoided each year in a population of one million
			Control	Intervention				
Nil	988,000	1.0	0.14%	N/A	0	0	0	0
Blood pressure- lowering (by 10 mm Hg systolic)	115,600 (11.7%)	3.6 (2.2–5.8)	0.51%	0.28%	46% (35–55%)	0.23%	266	19%
LDL-cholesterol lowering (by 1.0 mmol/l)	197,600 (20%)	1.4	0.19%	0.14%	36% (22–48%)	0.05%	99	7%
Anticoagulation for atrial fibrillation	4,887 (50% of individuals aged >40 with AF)	5.0	0.70%	0.25%	64% (49–74%)	0.35%	22	2%
Cigarette smo- king cessation	181,792 (18.4%)	1.9 (1.6–2.2)	0.27%	0.14%	47%	0.13%	236	17%
Nicotine replacement therapy	5,454 (3% of 181,792)	1.9 (1.6–2.2)	0.27%	0.14%	47%	0.13%	7	0.5%
HbA _{1c} -lowering	42,484 (4.3%)	3.8 (1.8–8.2)	0.53%	0.49%	7% (-6–19%)	0.04%	17	1%

[Figura tratta da: *Hankey G. Ischaemic stroke--prevention is better than cure. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2010;40(1):56-63*]

La prevenzione primaria è pertanto l'intervento più efficace per diminuire gli eventi cerebrovascolari acuti.

La **prevenzione secondaria** ha l'obiettivo di ridurre il rischio di incorrere in una recidiva di ictus.

Nei pazienti già colpiti da un evento acuto l'efficacia terapeutica o le misure di prevenzione secondaria evitano una recidiva e la probabilità di avere un secondo accidente cerebrovascolare si riduce in modo consistente (dal 10 al 31%)¹³. In questo caso le misure principali

¹¹ *Hankey G. Ischaemic stroke--prevention is better than cure. Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2010;40(1):56-63 (doi:10.4997/JRCPE.2010.111)*

¹² *Ibidem*; pag. 61

¹³ *Ibidem*; pag. 58

sono, nell'ordine, l'abbassamento della pressione sistolica di almeno 10 mm/Hg, l'utilizzo di antitrombotici alla dimissione e l'interruzione del fumo.

TABLE 2 Summary of the effectiveness of interventions for the (secondary) prevention of recurrent stroke among 10,000 prevalent and 2,000 incident stroke and transient ischaemic attack survivors in a population of one million people

Strategy/intervention	Target population (% of all cases of prevalent and incident ischaemic stroke)	Stroke risk per year		Relative risk reduction (RRR) (95% CI)	Absolute risk reduction (ARR)	No. of strokes avoided per year among target population	% of 600 recurrent ischaemic strokes avoided each year in a population of one million
		Control	Intervention				
Nil	12,000	5.0%	N/A	0	0	0	0%
Carotid revascularisation	300 (15% of 2,000)	6.5%	3.5%	48% (38–60%)	3.0%	9	1.5%
Aspirin	9,240 (77%)	5.0%	4.4%	13% (6–19%)	0.7%	60	10%
Aspirin & ER dipyridamole	7,800 (65%)	4.4%	3.6%	18% (8–28%)	0.8%	51	8%
Clopidogrel	As for aspirin + ER dipyridamole						
Anticoagulants	960 (8%)	12.0%	4.0%	61% (37–75%)	7.3%	70	12%
Blood pressure-lowering (by 10 mm Hg systolic)	10,800 (90%)	5.0%	3.3%	34% (21–44%)	1.7%	184	31%
LDL-cholesterol-lowering (by 1 mmol/l LDL)	9,600 (80%)	5.0%	4.4%	12% (1–22%)	0.6%	58	10%
HbA _{1c} -lowering (by 0.9%)	2,400 (20%)	5.0%	4.65%	7% (-6–19%)	0.35%	8	1%
Cessation of cigarette smoking	2,400 (20%)	5.0%	2.6%	47%	2.4%	58	10%

[Figura tratta da: *Hankey G*. Ischaemic stroke--prevention is better than cure. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2010;40(1):56-63]

Il rischio di recidiva si cumula nel tempo al ritmo del 4% l'anno e pertanto un paziente, a distanza di 10 anni da un primo evento, ha quasi il 43-44% di probabilità di ripetere un episodio ischemico o infartuale¹⁴. Simili sono i rischi per un infarto acuto del miocardio e per altre patologie vascolari periferiche.

Oltre al paziente con un ictus acuto, l'intervento di prevenzione secondaria deve concentrarsi anche sui pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA)¹⁵ nei quali il tasso di Ictus successivo è significativamente alto (oltre il 10% a tre mesi).

Le precedenti considerazioni sottolineano che, per una moderna e corretta gestione dell'ictus, è fondamentale integrare le necessarie prestazioni sanitarie in acuto, o nell'immediato periodo sub-acuto, con ulteriori interventi sulle abitudini di vita e di lavoro dei pazienti, intervenire nel loro ambiente di vita e con interventi educativi miranti all'“empowerment” del paziente.

¹⁴ *Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C*. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke* 2004;35(3):731-5

¹⁵ *Giles MF, Rothwell PM*. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurology* 2007;6(12):1063-7

Per quanto riguarda l'Ictus Acuto oltre a parlare di **Percorso Integrato di Cura (PIC)** o **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)** si dovrebbe parlare di **Modello di cura per l'Ictus Acuto** in quanto vengono mobilitati un insieme di attori attorno ad una patologia tra le più invalidanti in assoluto.

Il prototipo che si presenta potrebbe essere considerato come un elemento o un tassello importante da inserire in un sistema di "Chronic Care Model" per l'intero territorio delle due Province di Gorizia e Trieste dove sono presenti tutte le condizioni necessarie per favorire cooperazione ed una rete resiliente di servizi e di associazioni dedicate.

I COSTI DELL'ICTUS ACUTO

Il costo del trattamento dell'ictus è in continua crescita.

Secondo le ultime stime disponibili a livello europeo (European Heart Network, Bruxelles, 2012¹⁶) l'Europa dovrà prepararsi a spendere ogni anno da 72 a 183 miliardi di euro solo per curare le persone colpite da Ictus.

Le due tabelle successive, estratte dal lavoro di Nichols, et Al.¹⁶, stimano per l'Italia una spesa sanitaria nell'anno 2009 pari a oltre 2,7 miliardi di Euro. A questi costi diretti si devono aggiungere costi indiretti per le cure "informali" (out of pocket) pari a 1,5 miliardi e la perdita di produttività causati dagli anni di vita perduti prematuramente e della disabilità che ne deriva. Questi ultimi costi si sono stimati, per l'Italia, pari a 392 milioni di Euro per perdita di produttività e di circa 45 milioni di Euro per disabilità attribuite alla mortalità da malattie cerebrovascolari acute¹⁷.

Da questi dati nazionali deriva un costo di oltre 100 milioni di Euro/anno per la Regione Friuli Venezia Giulia in termini di cure, sia formali che informali e di ricaduta sulla produttività, per il trattamento dell'ictus (con un peso relativo del 2,6% sul Fondo sanitario regionale, costi diretti).

¹⁶ Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis

¹⁷ Ibidem, pagg. 122-123

PDTA del paziente con Ictus

Table 12.4 Health care costs of cerebrovascular diseases (€ thousands) by country, 2009, EU

Country	Primary care	Outpatient care	A&E	Inpatient care	Medications
Austria	€ 7,864	€ 12,745	€ 5,269	€ 389,985	€ 27,851
Belgium	€ 23,484	€ 7,581	€ 1,192	€ 189,615	€ 38,481
Bulgaria	€ 5,063	€ 6,008	€ 1,508	€ 25,246	€ 7,627
Cyprus	€ 602	€ 1,928	€ 508	€ 2,716	€ 1,633
Czech Rep.	€ 12,253	€ 27,611	€ 6,098	€ 283,717	€ 21,180
Denmark	€ 8,174	€ 9,252	€ 5,624	€ 201,556	€ 10,758
Estonia	€ 2,436	€ 4,567	€ 2,701	€ 26,743	€ 1,458
Finland	€ 10,814	€ 12,229	€ 6,311	€ 701,725	€ 9,389
France	€ 43,044	€ 66,390	€ 7,291	€ 1,240,771	€ 172,532
Germany	€ 491,658	€ 1,170,342	€ 19,842	€ 4,016,170	€ 264,919
Greece	€ 17,943	€ 39,985	€ 7,982	€ 429,643	€ 67,606
Hungary	€ 12,087	€ 14,425	€ 2,316	€ 77,699	€ 26,021
Ireland	€ 7,356	€ 6,882	€ 2,946	€ 30,539	€ 12,906
Italy	€ 218,466	€ 201,049	€ 51,816	€ 2,014,216	€ 220,555
Latvia	€ 2,809	€ 4,412	€ 1,430	€ 32,711	€ 2,227
Lithuania	€ 5,438	€ 5,352	€ 2,534	€ 18,335	€ 4,168
Luxembourg	€ 542	€ 957	€ 76	€ 9,315	€ 1,851
Malta	€ 160	€ 212	€ 90	€ 2,004	€ 1,214
Netherlands	€ 67,231	€ 96,478	€ 4,257	€ 1,152,323	€ 44,976
Poland	€ 34,680	€ 118,436	€ 4,827	€ 333,710	€ 57,818
Portugal	€ 15,705	€ 13,918	€ 10,053	€ 83,027	€ 32,112
Romania	€ 3,445	€ 27,083	€ 1,174	€ 74,273	€ 12,487
Slovakia	€ 11,666	€ 29,002	€ 1,410	€ 43,133	€ 7,763
Slovenia	€ 1,556	€ 1,360	€ 946	€ 26,615	€ 5,145
Spain	€ 294,340	€ 128,914	€ 78,736	€ 429,299	€ 135,383
Sweden	€ 58,694	€ 99,781	€ 23,489	€ 371,646	€ 14,211
UK	€ 44,438	€ 180,121	€ 35,278	€ 1,623,543	€ 95,651
Total EU	€ 1,401,949	€ 2,287,019	€ 285,703	€ 13,830,274	€ 1,297,923

Country	Cost per capita	Percentage of total health care expenditure
Austria	€ 53	1%
Belgium	€ 24	1%
Bulgaria	€ 6	2%
Cyprus	€ 9	1%
Czech Rep.	€ 34	3%
Denmark	€ 43	1%
Estonia	€ 28	4%
Finland	€ 139	5%
France	€ 24	1%
Germany	€ 73	2%
Greece	€ 50	2%
Hungary	€ 13	2%
Ireland	€ 14	0%
Italy	€ 45	2%
Latvia	€ 19	4%
Lithuania	€ 11	2%
Luxembourg	€ 26	0%
Malta	€ 9	1%
Netherlands	€ 83	2%
Poland	€ 14	2%
Portugal	€ 15	1%
Romania	€ 6	2%
Slovakia	€ 17	2%
Slovenia	€ 18	1%
Spain	€ 23	1%
Sweden	€ 61	2%
UK	€ 32	1%
Total EU	€ 38	2%

PDTA del paziente con Ictus

Table 12.5 Non health-care costs (€ thousands) of CVD , CHD and cerebrovascular diseases by country, 2009, EL

Country	CVD			CHD		
	Production losses due to mortality	Production losses due to morbidity	Informal care	Production losses due to mortality	Production losses due to morbidity	Informal care
Austria	€ 442,022	€ 233,822	€ 980,348	€ 234,216	€ 50,799	€ 501,081
Belgium	€ 610,318	€ 776,671	€ 802,999	€ 256,243	€ 201,880	€ 487,018
Bulgaria	€ 209,616	€ 43,427	€ 162,079	€ 52,801	€ 7,550	€ 79,916
Cyprus	€ 51,559	€ 9,083	€ 48,667	€ 34,739	€ 7,670	€ 18,451
Czech Rep.	€ 364,212	€ 276,622	€ 522,289	€ 170,234	€ 41,695	€ 275,098
Denmark	€ 510,395	€ 445,050	€ 225,752	€ 190,882	€ 102,680	€ 125,811
Estonia	€ 81,373	€ 56,546	€ 74,219	€ 31,322	€ 15,076	€ 36,673
Finland	€ 457,302	€ 253,653	€ 209,244	€ 201,652	€ 34,115	€ 45,598
France	€ 2,049,415	€ 2,482,111	€ 3,153,216	€ 690,355	€ 904,073	€ 2,200,702
Germany	€ 7,584,053	€ 5,659,342	€ 14,500,758	€ 3,332,466	€ 1,380,995	€ 7,491,747
Greece	€ 885,590	€ 149,385	€ 563,646	€ 570,513	€ 97,578	€ 293,502
Hungary	€ 345,178	€ 80,905	€ 491,856	€ 169,274	€ 18,785	€ 245,885
Ireland	€ 388,271	€ 381,287	€ 213,073	€ 227,120	€ 143,465	€ 93,065
Italy	€ 2,097,533	€ 181,741	€ 6,864,506	€ 861,572	€ 43,359	€ 3,468,716
Latvia	€ 144,340	€ 33,480	€ 100,459	€ 65,822	€ 9,577	€ 49,170
Lithuania	€ 143,894	€ 66,516	€ 127,149	€ 70,231	€ 18,980	€ 61,958
Luxembourg	€ 31,511	€ 27,131	€ 47,212	€ 13,087	€ 5,954	€ 20,294
Malta	€ 5,429	€ 1,471	€ 18,097	€ 3,770	€ 533	€ 6,864
Netherlands	€ 1,181,306	€ 2,323,857	€ 1,359,953	€ 441,322	€ 770,506	€ 757,049
Poland	€ 1,416,633	€ 648,536	€ 1,910,185	€ 424,684	€ 181,603	€ 1,320,857
Portugal	€ 532,412	€ 189,725	€ 593,333	€ 177,566	€ 45,219	€ 235,078
Romania	€ 776,777	€ 135,605	€ 522,035	€ 330,163	€ 17,128	€ 251,533
Slovakia	€ 182,335	€ 143,936	€ 237,672	€ 89,291	€ 22,123	€ 111,908
Slovenia	€ 78,569	€ 83,595	€ 206,266	€ 34,599	€ 24,243	€ 102,726
Spain	€ 1,369,038	€ 939,852	€ 4,898,748	€ 588,440	€ 243,536	€ 2,242,211
Sweden	€ 556,789	€ 534,619	€ 511,146	€ 278,335	€ 119,656	€ 374,236
UK	€ 4,466,456	€ 2,715,698	€ 4,215,296	€ 2,473,550	€ 1,021,775	€ 1,915,000
Total EU	€ 26,963,326	€ 18,873,665	€ 43,560,202	€ 12,014,249	€ 5,530,552	€ 22,812,144

Country	Cerebrovascular diseases		
	Production losses due to mortality	Production losses due to morbidity	Informal care
Austria	€ 74,215	€ 33,761	€ 226,305
Belgium	€ 116,889	€ 151,119	€ 186,695
Bulgaria	€ 44,379	€ 10,165	€ 41,581
Cyprus	€ 5,555	€ 3,073	€ 9,211
Czech Rep.	€ 56,505	€ 21,830	€ 113,095
Denmark	€ 127,713	€ 107,634	€ 81,864
Estonia	€ 12,287	€ 17,990	€ 18,951
Finland	€ 80,758	€ 135,540	€ 70,836
France	€ 418,162	€ 456,197	€ 858,606
Germany	€ 1,124,157	€ 693,771	€ 4,120,745
Greece	€ 148,642	€ 177,057	€ 115,323
Hungary	€ 63,068	€ 20,995	€ 127,035
Ireland	€ 62,522	€ 49,634	€ 64,501
Italy	€ 392,183	€ 45,942	€ 1,551,716
Latvia	€ 26,582	€ 8,178	€ 25,419
Lithuania	€ 26,485	€ 16,531	€ 32,000
Luxembourg	€ 5,481	€ 4,401	€ 11,818
Malta	€ 1,490	€ 246	€ 3,448
Netherlands	€ 210,329	€ 407,466	€ 364,542
Poland	€ 279,825	€ 133,746	€ 588,684
Portugal	€ 200,299	€ 37,363	€ 118,530
Romania	€ 215,070	€ 29,337	€ 129,465
Slovakia	€ 33,356	€ 11,703	€ 56,943
Slovenia	€ 19,476	€ 10,449	€ 53,188
Spain	€ 263,699	€ 210,992	€ 859,550
Sweden	€ 100,903	€ 180,663	€ 167,374
UK	€ 702,379	€ 353,501	€ 1,118,357
Total EU	€ 4,812,409	€ 3,329,282	€ 11,115,782

PDTA del paziente con Ictus

[Figure tratte da: *Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis*]

Il motivo di costi così elevati si ritrova nel fatto che l'Ictus, sebbene caratterizzato da alta fatalità, in 90 malati su 100 lascia segni indelebili, a livello mentale e fisico.

SINTESI DELL'EPIDEMIOLOGIA DELL'ICTUS E DATI IN PROVINCIA DI GORIZIA E DI TRIESTE

I dati italiani sono desunti da varie fonti, non esistendo un registro nazionale.

In sintesi l'ictus:

- è la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari: 10%
- si stimano circa 95-175 mila nuovi casi di ictus ogni anno: 80 % nuovi episodi e 20 % recidive
- l'incidenza aumenta con l'età: negli ultra 65enni l'incidenza è del 6.5 %
- il 75 % degli ictus occorre negli ultra 75 enni
- l'ictus ischemico colpisce soggetti con età media superiore a 70 anni, più uomini che donne
- l'ictus emorragico intraparenchimale colpisce soggetti meno anziani
- l'emorragia subaracnoidea interessa maggiormente soggetti di sesso femminile, di età media intorno ai 50 anni
- ha un tasso di mortalità in fase acuta ("fatality rate") variabile dal 20 al 30% ed una mortalità a 30 giorni dalla dimissione pari al 12%¹⁸
- dopo un episodio di ictus residua una invalidità grave nel 40% dei sopravvissuti (principale causa di invalidità in ambo i generi)
- negli ultimi 25 anni si registra una diminuzione dei casi di ictus, della mortalità e delle disabilità residue
- si stimano oltre 600.000 cittadini che hanno avuto un ictus e ne sono sopravvissuti (prevalenza dell'1% nella popolazione generale). Erano 900.000 nel 2005

Il quadro demografico della provincia di Trieste al 31.12.2012 è rappresentato nella tabella successiva. Particolarmente rilevante è la numerosità della popolazione con più di 65 anni pari al 28% (FVG 24%).

ASS1						FVG			
Classi di età	Femmine		Maschi		TOTALE		Classi di età	TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%		valore	%
000-014	12.820	10,47	13.791	12,62	26.611	11,48	000-014	155.009	12,69
015-064	71.123	58,07	69.196	63,33	140.319	60,55	015-064	769.610	62,98
065-074	17.413	14,22	14.561	13,33	31.974	13,8	065-074	151.963	12,44
075-(+)	21.128	17,25	11.723	10,73	32.851	14,17	075-(+)	145.356	11,90
TOTALE	122.484	100	109.271	100	231.755	100	TOTALE	1.221.938	100

Fonte :programmazione ASS 1 –M. Spanò

¹⁸ Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) - Ed. 2013, SDO 2005-2012
(http://95.110.213.190/PNEed13/prot/pro_18.pdf)

PDTA del paziente con Ictus

I principali indicatori demografici elencati in Tabella, mettono in evidenza le significative differenze strutturali della popolazione triestina e goriziana con quelle delle altre Province della Regione, nonché delle “ripartizioni” macroregionali.

Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio [ISTAT: http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html]													
Provincia/ Re- gione	Re-	2002				2010				2014			
		IDS ⁽¹⁾	IDA ⁽²⁾	IV ⁽³⁾	Età media ⁽⁴⁾	IDS ⁽¹⁾	IDA ⁽²⁾	IV ⁽³⁾	Età media ⁽⁴⁾	IDS ⁽¹⁾	IDA ⁽²⁾	IV ⁽³⁾	Età media ⁽⁴⁾
Pordenone		46,0	27,8	153,2	43,1	52,4	31,3	148,4	43,7	56,3	34,4	156,4	44,5
Udine		47,6	30,4	177,5	44,4	54,6	35,5	185,2	45,6	58,5	38,8	196,8	46,4
Gorizia		50,5	33,9	204,6	45,5	58,9	39,5	204,2	46,5	62,1	42,3	212,9	47,2
Trieste		55,5	39,6	249,0	47,4	63,7	45,5	248,8	48,2	65,3	46,6	248,9	48,4
FVG		49,1	32,0	187,2	44,8	56,2	36,7	187,9	45,7	59,6	39,5	196,1	46,4
RIPARTIZIONI													
NORD		48,5	29,6	157,4	43,4	54,6	33,4	158,2	44,3	56,9	35,3	163,8	44,9
NORD-OVEST		48,1	29,4	157,7	43,5	54,8	33,8	161,2	44,5	57,2	35,8	166,5	45,1
NORD-EST		49,0	29,9	156,9	43,4	54,3	32,9	154,1	44,1	56,5	34,8	160,1	44,8
CENTRO		49,8	30,4	157,5	43,3	54,0	33,4	162,1	44,4	55,7	34,8	166,9	44,9
SUD		49,6	24,0	94,3	39,1	49,5	26,7	116,9	41,4	50,9	28,9	131,1	42,5
ISOLE		49,3	25,0	102,9	39,8	49,8	28,0	128,1	42,1	51,4	30,2	142,8	43,2
ITALIA		49,1	27,9	131,7	41,9	52,7	31,2	144,8	43,4	54,6	33,1	154,1	44,2

①**IDS: Indice di Dipendenza strutturale:** è il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

②**IDA: Indice di Dipendenza anziani:** è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

③**IV: Indice di Vecchiaia:** è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100

④**Età media:** età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno; da non confondere con vita media (Speranza di vita alla nascita [o vita media]: numero medio di anni che restano da vivere a un neonato)

La Prevalenza di Ictus dal 2010 al 2013

Per “caso di ictus” si è definito il Paziente che durante il periodo di un anno di calendario viene ricoverato per un evento di ictus ischemico codificato in prima diagnosi.

Per i criteri di classificazione e codifica¹⁹ si sono utilizzati quelli dell’Agency for Healthcare Research and Quality per l’indicatore IQI #17 (Acute Stroke Mortality Rate - *Inpatient Quality Indicators Technical Specifications - Version 4.5, May 2013*).

¹⁹ Codici diagnosi ICD IX-cm Versione 2007: 433.01; 433.10; 433.11; 433.21; 433.31; 433.81; 433.91; 434.00; 434.01; 434.11; 434.91; 436 sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera in Diagnosi Principale (www.qualityindicators.ahrq.gov)

PDTA del paziente con Ictus

AOUTs

Pazienti dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" per residenza del Paziente - Anni 2010-2013

anno di uscita	1 ASS n.1 Triestina	2 ASS n.2 Isontina	Altri FVG	Extra-FVG e stranieri	Totale
2010	534	22	6	15	577
2011	530	30	4	11	575
2012	528	38	5	17	588
2013	522	43	1	22	588
Totale	2114	133	16	65	2328

Pazienti dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" per residenza del Paziente ed esecuzione (SI/NO) di procedura di trombolisi - Anni 2006-2013

Anno	1 ASS n.1 Triestina		2 ASS n.2 Isontina		Altri FVG		Extra-FVG e stranieri		Totale	
	cod proc 9910		cod proc 9910		cod proc 9910		cod proc 9910		cod proc 9910	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
2006	547	2	25	0	3	0	12	0	587	2
2007	596	1	20	0	5	0	8	0	629	1
2008	544	0	17	0	4	0	14	0	579	0
2009	508	6	25	0	5	0	11	1	549	7
2010	520	14	21	1	6	0	14	1	561	16
2011	514	16	30	0	4	0	9	2	557	18
2012	499	29	34	4	4	1	17	0	554	34
2013	499	23	32	11	1	0	18	4	550	38
Totale	4227	91	204	16	32	1	103	8	4566	116

Codici diagnosi ICD IX-cm Versione 2007: codici 433.01; 433.10; 433.11; 433.21; 433.31; 433.81; 433.91; 434-00; 434.01; 434.11; 434.91; 436 riscontrati sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera in Diagnosi Principale. La procedura di Trombolisi è definita con codice ICD IX-cm 99.10 "Iniezione o Infusione di Agente Trombolitico" in qualunque posizione.

ASS2

Pazienti dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) dagli Ospedali di Gorizia e Monfalcone - Anni 2010-2013*

Anno di dimissione	OSPEDALE DI GORIZIA	OSPEDALE DI MONFALCONE	Somma:
2010	272	81	353
2011	279	66	345
2012	278	83	361
2013	247	85	332
TOTALE	1076	315	1391

(*) in nessuno dei casi selezionati è associato il codice procedura 9910

PDTA del paziente con Ictus

Pazienti residenti in Provincia di Gorizia dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) ed esecuzione (SI/NO) di procedura di trombolisi dagli Ospedali regionali - Anni 2010-2013

Anno di dimissione			2010	2011	2012	2013	Totale
AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI	cod proc 9910	NO	1	1	1	2	5
		SI'	0	0	0	0	0
AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	cod proc 9910	NO	32	35	48	45	160
		SI'	0	0	0	0	0
AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TRIESTE	cod proc 9910	NO	21	30	34	32	117
		SI'	1	0	4	11	16
CASA DI CURA - PINETA DEL CARSO	cod proc 9910	NO		5	3	1	9
		SI'	0	0	0	0	0
IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	cod proc 9910	NO			1		1
		SI'	0	0	0	0	0
ISTITUTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	cod proc 9910	NO		1		1	2
		SI'	0	0	0	0	0
OSPEDALE DI LATISANA	cod proc 9910	NO				1	1
		SI'	0	0	0	0	0
OSPEDALE DI PALMANOVA	cod proc 9910	NO	6	1		3	10
		SI'	0	0	0	0	0
OSPEDALE DI SAN DANIELE	cod proc 9910	NO		2	1		3
		SI'	0	0	0	0	0
TOTALE dimissioni			61	75	92	96	324

I dati di prevalenza così forniti dalle Aziende evidenziano fluttuazioni nei ricoveri ed in media si assesta sulle 1.000 dimissioni/anno.

Il ricorso alla trombolisi sistemica è cresciuta dal 2006 (anno di avvio dei primi registri nazionali) in poi (nel 2009 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste ha ottenuto l'autorizzazione ministeriale all'utilizzo degli agenti trombolitici). Il tasso di trombolisi/100 dimissioni con diagnosi di ictus in AOUs è del 6,5%.

Tutti i pazienti trombolisati negli ultimi quattro anni residenti in Provincia di Trieste sono stati sottoposti alla procedura presso la Stroke Unit dell'Azienda di Trieste.

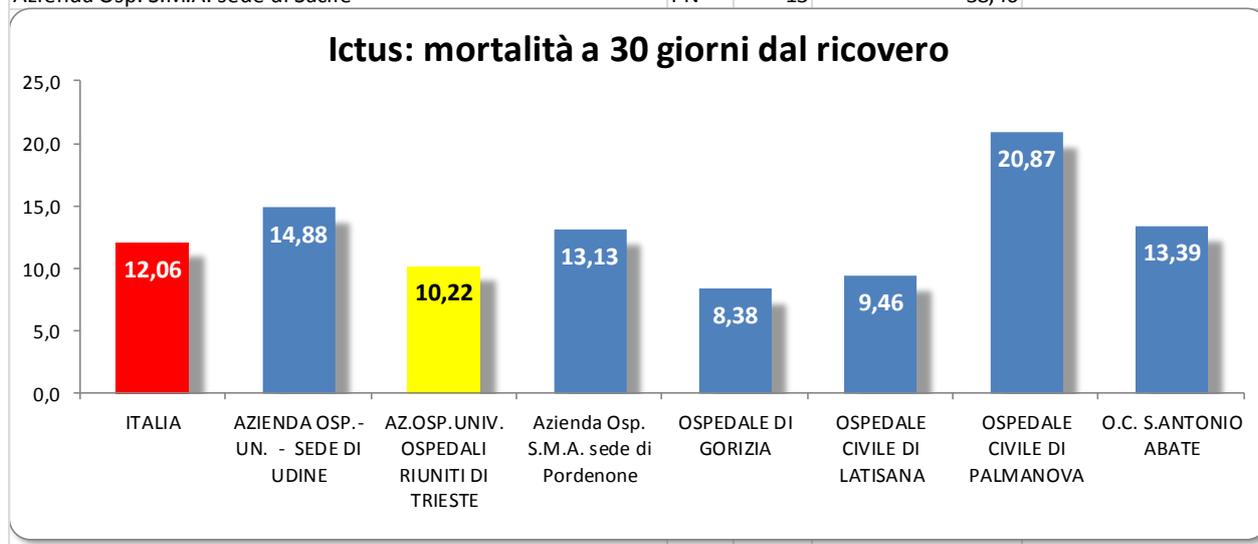
PDTA del paziente con Ictus

La Mortalità per Ictus

La mortalità a 30 giorni dal ricovero dei pazienti con Ictus Acuto, per Ospedale di dimissione della Regione Friuli Venezia Giulia sono illustrati, per l'anno 2012, nella Tabella e nel grafico successivo.

Regione FVG: Mortalità a 30 giorni dal ricovero. Dati PNE-AgeNaS di confronto regionali (Anno 2012).

Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero				
Struttura	Pro	N:	Rischio grezzo x 1	Rischio aggiustato x 1
ITALIA	AAA	62213	12,06	12,06
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	315	14,29	14,88
AZ. OSP. UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	TS	303	11,55	10,22
Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone	PN	171	12,87	13,13
OSPEDALE DI GORIZIA	GO	165	7,88	8,38
OSPEDALE CIVILE DI LATISANA	UD	75	10,67	9,46
OSPEDALE CIVILE DI PALMANOVA	UD	71	25,35	20,87
O.C. S. ANTONIO ABATE	UD	65	13,85	13,39
OSPEDALE DI MONFALCONE	GO	45	20 -	-
Azienda Osp. S.M.A. sede di S. Vito	PN	40	20 -	-
O.C. S. MICHELE	UD	37	13,51 -	-
OSPEDALE 'SANT' ANTONIO'	UD	36	8,33 -	-
Azienda Osp. S.M.A. sede di Spilimbergo	PN	29	20,69 -	-
Azienda Osp. S.M.A. sede di Maniago	PN	15	13,33 -	-
Azienda Osp. S.M.A. sede di Sacile	PN	13	38,46 -	-



[Elaborazione a cura della SC P&C di AOUnT da: Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) - Ed. 2013, SDO 2005-2012 (http://95.110.213.190/PNEed13/prot/pro_18.pdf)]

OSTACOLI E BARRIERE ALLA PREVENZIONE E ALL'ACCESSO ALLE CURE DELL'ICTUS ACUTO NELLE PROVINCE DI GORIZIA E TRIESTE

L'Ictus è tipicamente una malattia ad esordio improvviso. La velocità con cui si può rispondere a questa emergenza ne condiziona gli esiti, tanto da considerarla patologia tempo correlata.

Nell'Area vasta Giuliano Isontina le due Aziende per i Servizi Socio-Sanitari (ASS1 e ASS2) con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste collaborano a livello interprovinciale per favorire punti di accesso uniformi e fornire servizi omogenei e di alto livello qualitativo. Si prevede che questa collaborazione potrà tradursi in alti standard di cura e prevenzione dell'ictus.

Esistono tuttavia diverse barriere che impediscono la cura del paziente con ictus in modo tempestivo.

Di seguito vengono elencate le principali criticità:

- scarsa informazione da parte della comunità circa le misure di allertamento del sistema 118;
- mancanza di formazione specifica sulle tematiche dell'Ictus (ai più diversi livelli);
- limiti organizzativi (e di tipo geografico) per fornire tempestive cure in urgenza;
- difformità nell'utilizzo di protocolli di cura dell'Ictus tra gli ospedali;
- mancanza di coordinamento e comunicazione tra gli operatori sanitari sulla risposta, cura e prevenzione dell'Ictus;
- prevenzione secondaria non omogenea o a livelli inferiori a standard "evidence based";
- sistemi di riferimento e di monitoraggio non univoci per i pazienti colpiti da ictus dopo la dimissione dall'ospedale.

Questo progetto delinea il fatto che, per superare gli ostacoli delineati in precedenza e per elevare il livello di prevenzione e cura dell'ictus nel territorio Giuliano Isontino, il Dipartimento di Prevenzione, i Medici di Medicina Generale, le Associazioni dei malati, il sistema di Cure Primarie, il Sistema di Emergenza 118, gli Ospedali, il sistema di cure intermedie e riabilitative e altri partner debbano agire secondo uno schema di cooperazione in rete.

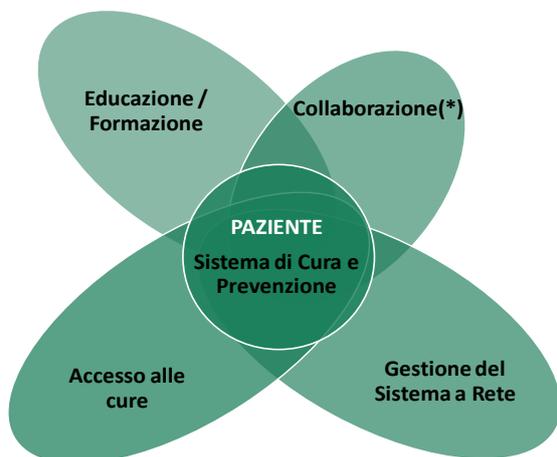
SCOPO DEL PERCORSO INTEGRATO DI CURA (PIC)

Sono obiettivi del documento:

1. analizzare il processo assistenziale di cura esistente nell'Area Vasta Giuliano Isontina per le persone colpite da Ictus Acuto. Il processo viene avviato nel momento dell'acuzie, in cui il paziente allerta il sistema di emergenza-118, segue il suo accesso in pronto soccorso, le modalità di prima valutazione neurologica, i tempi di verifica delle condizioni clinico-patologiche attraverso il brain-imaging, il trattamento trombolitico e non, il controllo delle complicanze immediate e a sostegno delle funzioni vitali, e prosegue con le prassi assistenziali intra-ospedaliere sino alla decisione del percorso riabilitativo intra- ed extra- ospedaliero, alla rete territoriale di restituzione alla propria vita. L'approccio è sistemico, attuato da *team* multi-professionali e ove possibile multi-

- disciplinari;
2. elencare un primo insieme di proposte di miglioramento organizzativo. Si registra alla data attuale che i percorsi ed i protocolli descritti (Vedi appendice e supporto multimediale Allegato) sono attivi per la maggior parte dei pazienti colpiti da Ictus acuto. Tuttavia è necessario renderli accessibili a TUTTI i pazienti. Il Piano di Miglioramento inserito alla fine del documento evidenzia le prime proposte attuabili a breve-medio termine;
 3. proporre l'insieme di standard organizzativi e strutturali previsti dalle evidenze nazionali ed internazionali: il monitoraggio dei principali indicatori di struttura/processo/esito fornirà elementi utili a superare nel medio periodo gli eventuali ostacoli organizzativi che impediscono un miglioramento del processo di cura e degli esiti di salute (Vedi Appendice: "Elenco Indicatori di processo e di esito").

L'APPROCCIO UTILIZZATO NELL'AREA VASTA (MODELLO INTEGRATO DI CURA)



Il principale goal del Gruppo di lavoro è quello di descrivere i processi di cura **ATTUALI e COMUNI**, o che sono stati oggetto di **Accordi e Protocolli formalmente condivisi** dai diversi Enti che costituiscono l'Area Vasta delle due Province, con l'obiettivo di **rendere equo e appropriato il livello di cura ai pazienti colpiti da ictus e migliorare i risultati**, in termini di mortalità e morbilità ictus correlati.

Nel mentre, si fa presente che una Struttura dell'Area Vasta ha presentato un percorso alternativo a quello attua-

le, da proporre all'attenzione del livello regionale.

Operativamente è stata proposta una rappresentazione grafica dei percorsi attualmente praticati (due *famiglie dei processi di cura dell'ictus*, una per ciascuna Provincia) e se n'è tratta la conclusione che esistono processi comuni anche se non identici, già altamente standardizzati.

L'approccio di lavoro condiviso per costruire il Percorso Integrato di Cura dell'Ictus acuto è iniziato con la discussione, nel gruppo di lavoro, degli standard qualitativi proposti dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del National Health System (NHS) anglosassone, comuni, anche, alle Linee Guida SPREAD 2012.

Gli standard di qualità del NHS sono stati adattati al contesto locale e aggiornati per: i) gli aspetti non considerati nelle esperienze inglesi, ii) le prassi di lavoro sperimentate già da anni e divenute buona pratica a livello locale, iii) criteri e standard specifici delle Linee Guida nazionali (SPREAD 2012).

Il Gruppo di lavoro ha inoltre condiviso i seguenti principi:

- A) L'approccio riconosce l'importanza della Comunità locale, che è chiamata a essere un "agente di cambiamento" nel creare e sostenere un sistema di cura e prevenzione dell'ictus.
- B) Tutti gli attori coinvolti forniscono qualità al modello: pertanto ne fanno parte la Comunità, i pazienti (assieme alle Associazioni che li rappresentano) ed i professionisti del settore sanitario che forniscono i servizi necessari, basati e dimensionati sui bisogni della popolazione locale.
- C) Gli interventi (dalla prevenzione alle ultime fasi di vita del paziente) sono forniti attraverso team integrati, interdisciplinari per conseguire risultati ottimali di salute.
- D) Questi interventi devono essere forniti secondo standard qualitativi di alto livello: essi rappresentano il "valore" riconosciuto dal paziente e dai cittadini rispetto alle risorse investite.
- E) I singoli protocolli ed i percorsi esistenti devono essere tradotti in un processo di cura integrato, devono essere coerenti tra loro e essere allineati con le esigenze specifiche dell'Area Vasta Giuliano Isontina.
- F) Ogni Standard di Qualità deve essere MISURABILE e MISURATO nel tempo e nello spazio. Per ciascuno di essi è stato individuato uno o più indicatori di performance, di struttura e di processo. I principali indicatori di Esito sono elencati nello Standard riguardante la Prevenzione Primaria (Vedi Allegato 2).
- G) Viene adottato un processo di miglioramento continuo: condividere le esperienze ed i punti di vista ha permesso di individuare le principali criticità dei processi (e del percorso nel suo insieme). Ciò è stato sintetizzato in un piano di miglioramento che ha la finalità di programmare le azioni-risorse-interventi per il breve-medio termine.

IL PERCORSO INTEGRATO DI CURA (PIC) DELL'ICTUS ACUTO IN AREA VASTA

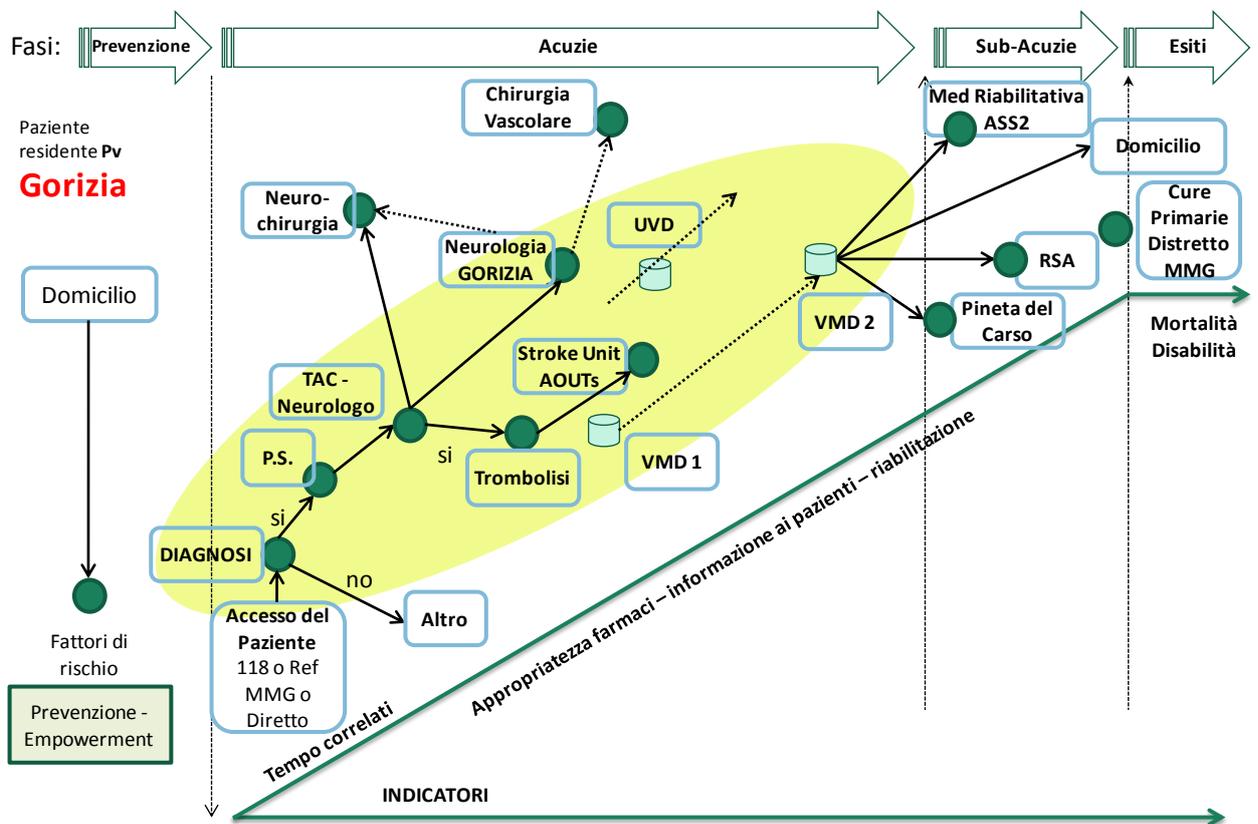
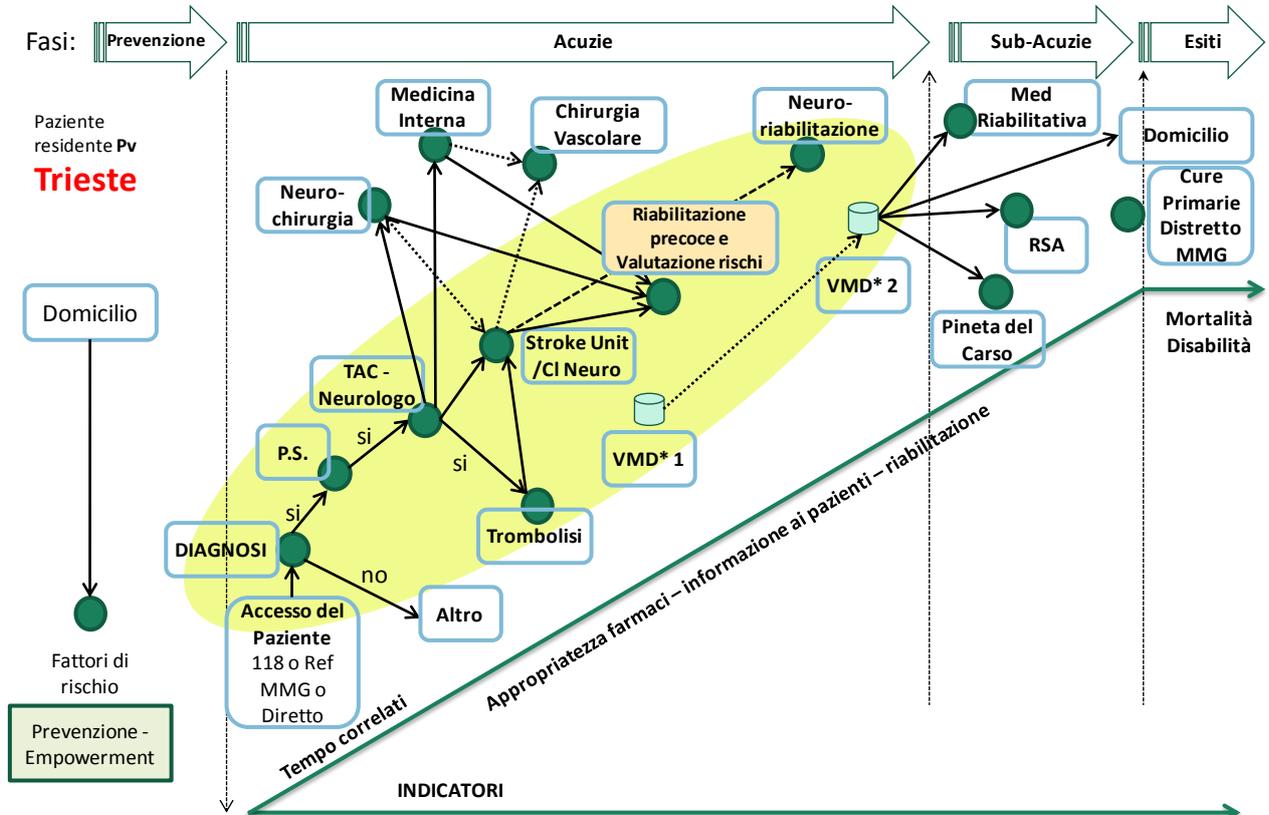
- A) L'Azienda per i Servizi Sociosanitari nr.1 (ASS1), Ente coordinatore dell'Area Vasta Giuliano Isontina, ha organizzato due incontri formativi sulla metodologia necessaria a costruire i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Nel corso degli incontri i Gruppi di lavoro sono stati formati per individuare i criteri di accesso al Percorso di cura del Paziente. Questo primo passo ha permesso di delimitare e individuare la "casistica" che è "oggetto" delle procedure e protocolli definiti dai professionisti. I Pazienti così individuati possono essere oggetto anche di valutazione delle performance (per la costruzione degli indicatori).
- B) Le più recenti raccomandazioni e relativi standard di qualità individuano più fasi del percorso di prevenzione e cura del Paziente con Ictus.

Il gruppo di lavoro ha messo in evidenza, per i residenti in Provincia di Trieste e in Provincia di Gorizia, l'esistenza di due differenti organizzazioni e di conseguenza due diversi percorsi di cura. Questi sono stati riassunti, dal punto di vista grafico, in due "Famiglie di processi" alle quali collegare un sistema di indicatori di struttu-

PDTA del paziente con Ictus

ra/processo/esito.

Le successive figure illustrano rispettivamente la famiglia di processi esistenti in Provincia di Trieste e quella in Provincia di Gorizia.



Sono evidenti le similitudini tra le due famiglie.

Ciò che le distingue è elencato di seguito:

1. non viene rispettato il “referral” dei Pazienti dell’Area Isontina ritenuti eleggibili alla trombolisi effettuata presso la Stroke Unit di Trieste, struttura accreditata al trattamento trombolitico in Regione e che sperimentato (Vedi dati a pag.18) e poi sottoscritto un Protocollo con ASS2;
2. i pazienti residenti in Provincia di Gorizia che necessitano di intervento di rivascolarizzazione carotidea vengono riferiti per la maggior parte dei casi alla sede di Udine;
3. esistono percorsi riabilitativi intraospedalieri e di continuità assistenziale differenti nelle due Province;
4. in entrambe le Province vengono comunemente adottate scale di valutazione multidimensionale per valutare i pazienti, ma con finalità diverse.

C) I processi, così riassunti, sono stati condivisi e adattati durante una riunione plenaria di presentazione del programma e della proposta di lavoro.



D) Il gruppo di lavoro ha perciò deciso di utilizzare come standard di qualità-organizzativi, quelli del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anglosassone che sintetizza in una scala logico-formale (figura a sinistra) il livello e le rela-

zioni di dipendenza gerarchica dei documenti e conseguenti “prodotti” (misure e indicatori).

Gli standard di Qualità (*Quality Statements*), pertanto, sono una derivazione (“distillata”) delle principali raccomandazioni e Linee guida (come in Italia le LLGG SPREAD, Anno 2012) disponibili in letteratura. Le misure (indicatori) derivano direttamente da tali standard.

La Tabella che segue elenca i principali Standard organizzativi e di servizio individuati ed adattati al contesto Giuliano Isontino.

PDTA del paziente con Ictus

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità
1	PREVENZIONE (Ambiente di vita e di lavoro)	<p>In Area Vasta i MMG, da singoli o associati in CAP, AFT, ecc., individuano i cittadini ad alto rischio usando una scala del rischio validata con lo scopo di attivare interventi preventivi mirati (stili di vita e farmacologici)</p> <p>In Area Vasta sono attive le iniziative di informazione e di prevenzione previste dai Piani Nazionali (CCM) e Regionali</p> <p>Nel territorio delle Province di Gorizia e Trieste sono condotte campagne e azioni specifiche miranti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre la prevalenza dei fattori di rischio per Ictus nei residenti, - ridurre l'incidenza di Ictus e delle sue complicanze <p>e</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere corretti stili di vita, in modo particolare per i cittadini esposti ad alto rischio. <p>Tutte le iniziative sono coordinate con i piani (di prevenzione) esistenti e prevedono il coinvolgimento dei MMG, delle loro organizzazioni territoriali (Cure Primarie) e hanno il sostegno della Comunità e delle Associazioni dei pazienti.</p> <p>ORGANIZZAZIONE PREVISTA: MMG; Distretto Sanitario a altri Servizi (UVD, SID, Dipt. Prevenzione, specialisti, ecc.)</p>
2	118: Prima valutazione del paziente e trasferimento al Pronto Soccorso (FASE PRE-OSPEDALIERA)	<p>Tutti i pazienti su cui interviene il sistema di soccorso territoriale (ambulanze-118) e presentano un esordio subdolo e sintomatologia neurologica sono sottoposti a screening diagnostico per Ictus Acuto o Attacco Ischemico Transitorio (TIA) attraverso una scala validata.</p> <p>Coloro che hanno segni neurologici persistenti e considerati positivi allo screening con scala validata e ai quali è stata esclusa una ipoglicemia, con possibile diagnosi di Ictus sono trasferiti presso la sede HUB della rete entro 1 ora dal contatto con il mezzo di soccorso</p>
3	Accesso in PS e Consulenza Neurologica (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	<p>I pazienti che accedono al PS dal sistema 118 con sospetto Ictus Acuto ricevono entro 30 minuti la consulenza del Neurologo</p>
4	Neuro-Imaging (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	<p>I Pazienti con Ictus Acuto devono ricevere una indagine di Neuro(brain)-imaging entro un'ora dall'accesso in Pronto Soccorso</p>
5	Accesso del paziente con sospetto di Stroke Acuto alla Stroke Unit (FASE OSPEDALIERA)	<p>I Pazienti con un sospetto di Ictus Acuto sono ammessi direttamente alla Stroke Unit, sono valutati per effettuare la trombolisi sistemica e sottoposti a trombolisi, se indicato</p>
6	Screening deglutitorio, valutazione clinica logopedia della deglutizione e piano nutrizionale personalizzato del Paziente accolto in Stroke Unit o altro Reparto ospedaliero (FASE OSPEDALIERA)	<p>All' ammissione in reparto in tutti i soggetti con ictus acuto viene testato, tramite screening deglutitorio, il rischio di disfagia prima di iniziare a somministrare alimenti, bevande o farmaci per via orale; questo può essere eseguito da personale infermieristico adeguatamente formato (entro le 24 ore dall'accoglimento).</p> <p>I Pazienti che risultano ancora positivi al secondo screening (ulteriori 24 ore), vengono sottoposti dai logopedisti ad una valutazione deglutitoria approfondita .</p> <p>Tutti i Pazienti ricevono un adeguato piano nutrizionale personalizzato.</p>

PDTA del paziente con Ictus

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità
7	Valutazione e gestione del Paziente con Ictus Acuto (Stroke Unit e Altro Reparto Internistico - RIABILITAZIONE) (FASE OSPEDALIERA - Riabilitazione)	I Pazienti con Ictus Acuto sono valutati e gestiti da personale infermieristico specializzato nel nursing riabilitativo entro 24ore dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto. Il fisiatra effettua la consulenza entro 24 ore dalla richiesta del reparto Tutto il team (equipe) riabilitativo prende in carico il paziente entro 48 ore dalla richiesta di consulenza fisiatrica attraverso una valutazione multidimensionale (VMD) garantendo la stesura del <u>Progetto Riabilitativo Individuale</u> (il team riabilitativo intraospedaliero include la rieducazione neuromotoria e neuro cognitiva e l'intervento del neuropsicologo, se necessario)
8	RIABILITAZIONE PRECOCE (FASE OSPEDALIERA - RIABILITATIVA)	Ai Pazienti con Ictus Acuto viene garantito lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/sett, per un livello che permetta al Paziente di raggiungere i suoi obiettivi riabilitativi (individuati nel Progetto Riabilitativo Individuale) e sia capace di tollerarli ^(*) ^(*) La tollerabilità dell'esercizio riabilitativo è definito come la capacità fisica e cognitiva del Paziente di partecipare attivamente al trattamento
9	Riabilitazione INTRAOSPEDALIERA (FASE OSPEDALIERA - FASE Territoriale RIABILITATIVA) (standard anche estendibile alla FASE TERRITORIALE - RIABILITATIVA)	Al termine della fase acuta (diagnosi e riabilitazione precoce [nr.8]) i Pazienti con Ictus acuto vengono indirizzati al setting riabilitativo più appropriato ai loro bisogni clinici, riabilitativi e assistenziali utilizzando l'algoritmo di "uscita" del paziente previsto dalla scala di Valutazione Multidimensionale (VMD) (Domicilio, Ambulatori, ADI, Struttura riabilitativa specialistica o territoriale)
10	Gestione dei deficit vescico-sfinterici (FASE OSPEDALIERA - FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE)	Ai Pazienti con Ictus Acuto nei quali perdurano deficit vescico sfinterici nelle due settimane successive la diagnosi, sono rivalutati per identificare le cause dei disturbi ed essere trattati secondo un programma terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi caregivers
11	Valutazione dei disturbi dell'umore e disturbi cognitivi (FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE - FASE TERRITORIALE e Follow-up)	Tutti i Pazienti con Ictus vengono sottoposti entro SEI settimane dall'episodio acuto (diagnosi), attraverso strumenti validati, ad una valutazione dei disturbi dell'umore e/o cognitivi effettuati dagli psicologi e neuropsicologi Lo standard si applica sia nel setting ospedaliero che in quello territoriale.
13	Presa in carico (a lungo termine) dei pazienti (Carer provisions) (FASE TERRITORIALE - Follow-up)	Coloro che prendono in carico il Paziente con diagnosi di Ictus acuto nelle strutture territoriali o a domicilio dispongono delle informazioni necessarie alla gestione del paziente: - riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) - informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) - sono addestrati per fornire le cure necessarie

E) Per ogni standard di qualità (da 1 a 13) sono stati individuati una o più misura di struttura, processo e, anche, di esito. Una selezione di questi potrà essere utilizzati per misurare il Percorso Integrato di Cura e per monitorare le azioni individuate nel piano di miglioramento.

Nell'Allegato 2 sono elencati i singoli indicatori di Struttura/Processo/Esito proposti.

F) Ciascuna fase (della prevenzione, pre-ospedaliera, ospedaliera, della riabilitazione intra-ospedaliera, della riabilitazione territoriale, fase territoriale, della presa in carico a lungo termine e del follow-up) rientra in uno o più protocolli e percorsi riportati nei diagrammi di flusso Allegati in Appendice e consultabili anche su supporto interattivo.

1. Target

Al percorso accedono tutte le persone che presentano fattori di rischio noti per le malattie cerebrovascolari, coloro che riconoscono segni e sintomi precoci di Ictus acuto (o TIA) o che attivano il sistema di emergenza-118 per sintomatologia neurologica.

Nessun cittadino viene escluso dal Percorso di cura integrato in quanto le possibilità di prevenzione primaria e secondaria dell'Ictus, la condizione di cronicità di questa patologia e lo stesso principio di coinvolgimento della Comunità offrono opportunità di coinvolgimento attivo in qualunque momento della vita.

2. Percorso Attuale

Nell'Area Vasta Giuliano Isontina nel 1999 è stata istituita la prima "Stroke Unit" della Regione Friuli Venezia Giulia e sono stati attivati i relativi percorsi di cura ospedalieri presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste. Negli immediati anni successivi sono stati avviati con le strutture territoriali i primi percorsi di presa in carico del paziente.

Ciò ha contribuito, per il lavoro di squadra, per l'attenzione alla qualità e all'organizzazione nella gestione del Paziente con ictus acuto, al primo accreditamento JCI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste (2008) e ha favorito i successivi riaccreditamenti, sempre secondo una precisa linea di *evidence based medicine* come da letteratura (Cochrane 1997; Prossit 1-2, 2005-2007).

Questa visione ed il lavoro di team hanno permesso, con largo anticipo su altre realtà regionali, di collaborare con l'Azienda Territoriale, attraverso l'istituzione di processi e percorsi di continuità riabilitativi (sperimentati nel 2006-2007 e successivamente adottati in modo sistematico e routinario). Essi sono andati via via perfezionandosi al fine di migliorare assistenza e qualità di vita dei pazienti e per essere sempre più coerenti con gli obiettivi dei vari tavoli tecnici regionali.

Tale progettualità, in linea con le principali raccomandazioni nazionali ed internazionali, ed i dati preliminari sono stati presentati all'AGENAS nel settembre 2008 e sono pubblicati sul numero 25 della rivista MONITOR²⁰.

Questo approccio ha stimolato il coinvolgimento di altre specialità, quali la chirurgia vascolare anche in acuzie, la neurochirurgia nella sindrome maligna della arteria cerebrale media, la neuroradiologia nella chiusura di aneurismi. Non si è riusciti a praticare la trombolisi intraarteriosa. Inoltre è stato istituito da vari anni un protocollo per la diagnosi e **terapia dei TIA**, data l'evidenza con la quale possano trasformarsi in ictus entro breve tempo.

Tutte queste iniziative non avrebbero avuto molto successo se non fosse stata posta atten-

²⁰ Duca P, Liva C, Barbieri P, Geraci G, Goriotti S. La continuità assistenziale: sintesi dei risultati della ricerca dell'Agenas. *Monitor*, 2010; 25: 68-88.

zione sia alla prevenzione che al decorso post-ictus, come percepiti dagli utenti. In questa ottica, sempre dal 1999 è iniziata una faticosa opera di collaborazione con **Alice Italia**, Associazione che raggruppa i pazienti colpiti da ictus e loro familiari; questa Associazione ogni anno promuove varie attività. Tra le altre, merita citare l'avvio di gruppi di "Auto Mutuo Aiuto"; Progetti di Musicoterapia con il coro degli afasici, unica realtà italiana; sedute di terapia occupazionale, promozione e diffusione tramite conferenze dell'ictus cerebrale, con particolare attenzione ai giovani, specie nelle varie scuole; stampa e divulgazione di materiale informativo e coinvolgimento delle Istituzioni nelle giornate Italiane e Mondiale dedicate all'ictus; attività di infopoint presso la sede dell'Associazione in Via Valmaura; attività didattico-informativa rivolta ai volontari, soci ed a chi volesse partecipare.

AOUTS, ASS1 e ASS2 contribuiscono in maniera significativa all'incremento della fruibilità del trattamento fibrinolitico sistemico nei pazienti con stroke ischemico acuto, seguendo da sempre la logica della centralità del paziente nei processi decisionali e in coerenza con gli obiettivi dei precedenti tavoli tecnici regionali. Attualmente in AOOUTS viene eseguito il trattamento fibrinolitico sistemico nel 6,5% dei pazienti ricoverati per stroke, in linea con le medie nazionali e ben al di sopra della media di FVG. Inoltre è evidente il contributo di trattamento fibrinolitico nei tempi previsti dai protocolli nazionali ed internazionali anche per i pazienti provenienti da altre Aziende regionali.

Da quanto noto, circa le ipotesi di riorganizzazione della rete regionale Ictus (presentata il 23.05.2014), una Stroke Unit di II livello viene identificata laddove viene garantita la presenza fisica H24 dello specialista (Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia e Radiologia Interventistica).

In Area Vasta la situazione attuale è la seguente:

AOOUTS: vi è presenza H24 in AOOUTS di medici Radiologi qualificati in imaging cerebrovascolare quali metodiche TC, angio-CT e perfusion-CT e la reperibilità del Neurochirurgo e del Chirurgo Vascolare. L'ipotesi, se applicata anche al territorio dell'Area Vasta Giuliano Isontina condurrebbe ad un incremento dei costi previsti per organizzare l'offerta specialistica con presenza H24. In realtà l'offerta in AV GI è già di alto livello, con le attuali risorse. Alla data attuale, stante la mancanza di risorse disponibili e le attuali evidenze da letteratura, non si effettuano procedure radiologiche interventistiche di tipo terapeutico (trombolisi intra-arteriosa e/o uso di devices) per i pazienti con stroke ischemico acuto presso AOOUTS.

ASS2: vi è la "pronta disponibilità" di medici Radiologi nell'Ospedale di Gorizia e Monfalcone. I pazienti che necessitano intervento neurochirurgico sono riferiti ad AOU di Udine mentre tutte le procedure di endoarteriectomia vengono eseguite presso la SC di Chirurgia Vascolare di AOOUTS. Viene espressa, da parte degli specialisti neurologi di Gorizia, l'intenzione di inviare i pazienti che necessitano di trombolisi intra-arteriosa meccanica presso il centro di Udine.

La presenza H24 degli specialisti "core" è pertanto assicurata con l'istituto della reperibilità e della guardia attiva.

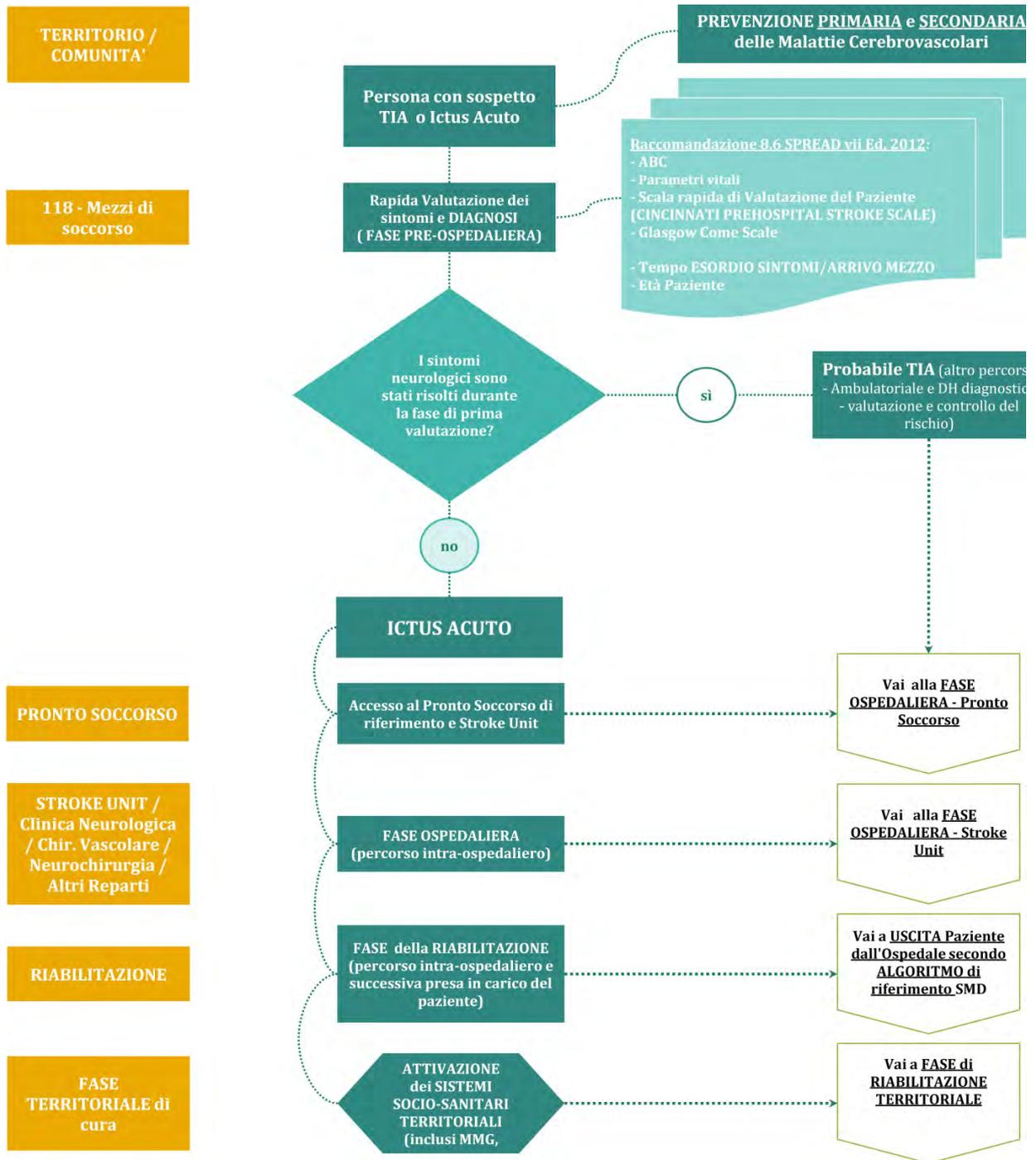
Per il settore radiologico, a causa della differente situazione tra AOOUTS e ASS2 e con

L'obiettivo di garantire per il sistema pubblico la disponibilità di esami radiologici e loro refertazione H24 (Linee per la Gestione del SSR 2014), è stato proposto un progetto di miglioramento per attivare e formalizzare la tele consultazione tra le radiologie pubbliche degli Ospedali in Area Vasta (IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, Ospedali di Gorizia e Monfalcone, Ospedali Maggiore e Cattinara di Trieste), Allegato in Appendice.

Sul versante delle cure e dell'assistenza al paziente intra-ospedaliero presso AOUs (Stroke Unit) viene adottato un Protocollo di gestione della **disfagia-afasia** e strategie di **prevenzione della trombosi venosa profonda** (uso della compressione pneumatica intermittente, adottata dal 2010) e di tutte le altre complicazioni post-stroke in grado di ridurre mortalità intraospedaliera e la morbilità.

È disponibile inoltre un protocollo intra-ospedaliero e follow-up per la gestione dei disturbi sfinteriali genito-urinari del paziente post-ictus.

PDTA del paziente con Ictus



a) La Prevenzione dell'Ictus

Per quanto riguarda gli interventi sanitari sulle malattie croniche, si concorda sul ruolo primario della prevenzione da un lato e dell'educazione terapeutica dall'altro. Questo si sostanzia attraverso il miglioramento delle abitudini e dello stile di vita delle famiglie, l'identificazione precoce delle forme a rischio e il rallentamento dell'evoluzione clinica: la medicina di iniziativa tende a migliorare l'autocontrollo della malattia della persona.

La prevenzione è un elemento di fondamentale importanza per individuare i soggetti a rischio e può essere realizzata attraverso una sintonia di percorsi tra ospedale e attività territoriali, con particolare riferimento a quelle della Medicina Generale.

I punti-cardine del nostro percorso prevedono :

- l'educazione della popolazione all'adozione di adeguati stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica, ecc.)
- l'individuazione e la quantificazione del rischio di ictus attraverso programmi di informazione sanitaria alla popolazione, utilizzo di carte del rischio cardiovascolare e appropriati percorsi diagnostici su soggetti selezionati al fine di rendere il cittadino/assistito vero responsabile della gestione della propria salute
- la correzione dei fattori di rischio eventualmente individuati (modifica delle abitudini di vita, abolizione del fumo, monitoraggio della pressione arteriosa, terapia e monitoraggio di malattie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, la fibrillazione atriale, l'obesità, le iperlipidemie, ecc.).

Stime effettuate sulla popolazione mostrano che una corretta prevenzione può avere un impatto rilevante sull'incidenza dell'ictus.

Si fa presente che, oltre alle più volte citate raccomandazioni SPREAD 2012, sono oggi disponibili le recenti Guidelines americane, pubblicate su Stroke²¹ nel mese di maggio 2014 (*Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack- A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association*) che saranno oggetto di discussione sia nel Gruppo di lavoro che con i professionisti maggiormente coinvolti.

a.1) Prevenzione Primaria

Azione sull' alto rischio in pazienti senza progressi TIA/ ictus, non noti per fibrillazione atriale e/o stenosi carotidee

Obiettivi

individuare i pazienti a maggior rischio di presentare ictus in quanto maggiore e' il rischio più alto è il vantaggio ottenibile a breve e medio termine

- Migliorare l'appropriatezza degli interventi preventivi, intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- Individuare ed educare alla salute le persone a rischio di ICTUS al fine di aumentare la

²¹ Consultabile al link:

<http://stroke.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/STR.000000000000024/-/DC1>

conoscenza della malattia

- Azione sui pazienti con pregresso ictus e/o tia
- Azione sui pazienti fibrillanti
- Azione sui pazienti con stenosi carotidea

Obiettivo

- Nei pazienti già noti per questi fattori di rischio una sorveglianza attenta diminuisce il rischio di primo evento / recidiva

Attori

Figura cardine è il MMG.

Il Distretto Sanitario collabora con il MMG con coinvolgimento al bisogno di servizi già esistenti (SID, specialisti, ecc) oppure organizzando un modello specifico di assistenza come ad esempio il Chronic Care Model per le persone ad alto rischio cerebrovascolare.

I cardini dell'azione preventiva sono:

- l'individuazione del rischio cerebrovascolare del paziente;
- il trattamento e il controllo dei fattori di rischio a cui è esposto.

Controllo fattori di rischio

Raccomandazioni da 7.1 a 7.4 h, da SPREAD 14/03/12

Interventi medici generali

Raccomandazioni da 7.5a a 7.16a, da SPREAD 14/03/12

a.2) Prevenzione Secondaria

Obiettivi

- Ridurre il rischio di recidiva
- Individuare e prendere in carico dei pazienti con pregresso episodio di stroke al fine di migliorare la qualità di vita
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi e migliorare l'aderenza al programma terapeutico e alle misure relative allo stile di vita
- Assicurare un appropriato ed efficace percorso riabilitativo.

Attori

MMG e Servizi Distrettuali (UVD, SID, Riabilitazione, specialisti) con una gestione integrata (ad es. Chronic Care Model).

Terapia farmacologica a lungo termine

Raccomandazioni da 12.1 a 12.15, da SPREAD 14/03/12

a.3) FORMAZIONE

Saranno da prevedere eventi formativi periodici (minimo un evento all'anno) aventi come argomento l'ICTUS e rivolti a tutte le figure che si occupano di tale patologia in tutti i setting di cura (118, PS, S.C. ospedaliera, strutture private accreditate, RSA, domicilio, distret-

to ecc.).

Tali eventi potranno trattare temi multiprofessionali o essere specifici per ciascuna figura coinvolta:

MMG, Medici Specialisti (neurologi, fisiatristi, neuroradiologi, medici PS, medici emergenza, internisti, medici di Distretto ecc.), Infermieri, Fisioterapisti, OSS, Assistenti Sociali, Associazioni.

In AOUTS sono condotti corsi di formazione specifica (Corsi di aggiornamento aziendali) e valutazione di indicatori di qualità (mortalità intraospedaliera, emorragie cerebrali post-trombolisi, outcome funzionale dei pazienti dimessi, controllo e adozione di misure di riduzione della tempistica dall'intervento del 118 all'inizio della terapia fibrinolitica; inserimento obbligatorio dei dati, previo consenso informato, dei pazienti sottoposti a trombolisi sistemica nell'apposito Registro Internazionale SITS-ISTR, in base alle normative vigenti). Presso AOUTs viene eseguita anche una valutazione routinaria di alcuni indicatori di performance ed esito previsti dal sistema di accreditamento JCI, giudicato di ottimo livello durante l'ultimo accreditamento JCI nel 2014.

b) LA FASE OSPEDALIERA della cura del Paziente colpito da Ictus acuto

L'accesso ai mezzi di soccorso, al Pronto soccorso, ai reparti ospedalieri (per trombolisi sistemica o meno) e successivi interventi (di chirurgia vascolare o neurochirurgia) sono descritti nei diagrammi di flusso dell'Allegato nr.1 (Figg. 3-8 e Figg. 14 e 15).

c) LA FASE RIABILITATIVA (Intraospedaliera e Territoriale)

Il percorso riabilitativo è da tempo organizzato secondo le raccomandazioni delle principali linee guida.

AOUTs: in Clinica Neurologica, nella **fase acuta** il setting riabilitativo e di nursing riabilitativo operano in modo sinergico a livello intraospedaliero. Questo si “conclude” attraverso l'utilizzo di un'area di **neuro riabilitazione** e, laddove previsto dagli score ricavati dalle due Valutazioni Multidimensionali (VMD), nella **SC di Medicina Riabilitativa** dove si garantisce una riabilitazione di tipo “intensivo”.

Contestualmente, viene predisposto il progetto riabilitativo individuale e viene attivata la continuità riabilitativa. Quest'ultima prevede, a seguito della valutazione multidimensionale (VMD) che indaga la dimensione clinica, funzionale e sociale, l'applicazione di un algoritmo per determinare il setting riabilitativo maggiormente appropriato, in seguito condiviso con il paziente e/o i caregiver di riferimento.

ASS1: per il paziente neurologico le strutture ed i fisioterapisti territoriali vengono coinvolti immediatamente a garanzia della tempestività dell'intero percorso. Inoltre, il percorso viene monitorato attraverso l'archiviazione, da parte dei fisioterapisti distrettuali, dei dati forniti dalle due VMD in un archivio che conta circa 800 pazienti.

ASS2: per tutti i pazienti garantisce un percorso di valutazione fisiatrica, un progetto riabilitativo adeguato agli obiettivi di recupero, di prescrizione degli eventuali ausili necessari a garantire l'autonomia possibile, il percorso di “uscita” definito in base alle complessità clinico-assistenziali. Per i casi complessi viene programmata una U.V.D. (Unità di Valutazione

Distrettuale) con presenti i servizi sociali, la famiglia ed il M.M.G.

Va anche ricordato che la Delibera Giunta Regionale, 31 ottobre 1996, n. 4965 P.I.M.T. 1995-1997 “Approvazione del Piano regionale per l'unità spinale e riabilitazione di 3° livello” prevedeva un ruolo di coordinamento sulla gestione del paziente con ictus a livello regionale (fase riabilitativa) assegnata al Gervasutta di Udine, che negli anni non ha mai ottemperato ai compiti assegnati.

C.1) La RIABILITAZIONE intraospedaliera (AOUTS) del paziente colpito da Ictus

Attualmente la presa in carico dei pazienti colpiti da ictus, ricoverati presso l'AOUTS, segue due protocolli distinti a seconda che siano ricoverati presso la S.C. Clinica Neurologica - Stroke Unit o presso gli altri reparti per acuti.

I pazienti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) sono presi in carico e seguono il percorso previsto dalla rete riabilitativa del Friuli Venezia Giulia.

C.1.1 Stroke Unit e S.C. Clinica Neurologia AOUTS

Il 31 dicembre 2006 è stato siglato il protocollo di continuità assistenziale/riabilitativa tra AOUTS e ASS1; tale accordo definisce le modalità attraverso cui si realizza la continuità assistenziale-riabilitativa per i pazienti ricoverati presso la S.C. Clinica Neurologica e Stroke Unit con particolare attenzione alle persone a rischio d'istituzionalizzazione promuovendo, laddove possibile, azioni a sostegno della domiciliarità.

Il definire percorsi riabilitativi individuali concordati e programmati in continuità tra le due Aziende consente di attivare tutte le risorse della rete di servizi sanitari e sociali, delle reti formali e informali e le risorse della persona interessata attraverso la formulazione di un progetto riabilitativo individuale che veda protagonista la persona e/o la sua famiglia.

Lo sviluppo del processo di cura e riabilitazione deve prevedere diversi setting di intervento (ospedalieri, servizi residenziali, trattamento domiciliare, trattamento ambulatoriale) in base alla valutazione del bisogno globale della persona. In tale prospettiva la progettazione e realizzazione degli interventi viene plasmata sull'individualità dei soggetti, adeguando i propri meccanismi di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui le persone esprimono il proprio funzionamento sociale.

Nel nuovo protocollo, la definizione del percorso riabilitativo è frutto di una valutazione multiprofessionale che utilizza una scheda di valutazione multidimensionale che garantisce il del percorso in uscita della/del paziente in modo oggettivo e condiviso. Tale scheda coinvolge diverse figure (neurologo, fisiatra, fisioterapista ospedaliero e territoriale, infermiere): è prevista infatti una prima valutazione da parte dei professionisti ospedalieri (medici, infermieri e fisioterapisti) e una successiva valutazione da parte del fisioterapista dell'ASS1. La scheda prende in considerazione la dimensione clinica, funzionale e sociale del paziente oltre al grado di compliance al trattamento riabilitativo; il mix dei bisogni determina, attraverso la definizione di un algoritmo, il programma maggiormente utile a garantire il percorso riabilitativo più appropriato e quindi la struttura più idonea in cui inviare il paziente in relazione all'intensità delle cure riabilitativo-assistenziali necessarie.

L'introduzione di questo strumento di valutazione multidimensionale nell'identificazione dei percorsi post dimissione ospedaliera ha concorso ad una svolta nella visione della per-

sona nella sua globalità, non soffermandosi più al solo problema acuto che ha determinato il ricovero in ospedale, ma valorizzando anche gli aspetti sociali ed assistenziali della persona per favorire la domiciliarità nell'obiettivo di contrastare l'istituzionalizzazione.

La presa in carico riabilitativa del paziente colpito da ictus ricoverato in neurologia avviene attraverso la richiesta di consulenza fisiatrica da parte del neurologo che contestualmente attiva la Scheda di Valutazione Multidimensionale; il personale infermieristico del reparto compila la valutazione anamnestica.

La visita fisiatrica viene effettuata entro 24/48 ore lavorative e, se ci sono le indicazioni al trattamento riabilitativo, il fisioterapista inizia il trattamento entro le 24 ore successive.

Entro le prime 24 ore dal ricovero viene effettuato anche lo screening per la disfagia, in un primo momento da parte di personale infermieristico adeguatamente formato e, in caso di disfagia persistente oltre le 48 ore, da parte del servizio di logopedia della S.C. Otorinolaringoiatrica (allegato 1a).

In caso di disturbi neurocognitivi l'inquadramento del paziente viene completato da una valutazione neurocognitiva effettuata su richiesta del fisiatra stesso o, in assenza di deficit sensitivo/motori, direttamente dal neurologo.

Entro tre giorni dalla presa in carico riabilitativa il fisioterapista dell'AOUTS che ha in carico il paziente compila la seconda valutazione e viene inviata la segnalazione del caso all'ASS1.

Il protocollo prevede che fisioterapisti distrettuali effettuino la prima valutazione presso la Stoke Unit o la Clinica Neurologica di tutti i pazienti presi in carico dalla S.C. Medicina Riabilitativa entro 72 ore dall'inizio del trattamento riabilitativo. In questa prima valutazione, l'algoritmo risultante dalla scheda di valutazione multidimensionale individua il percorso riabilitativo post-dimissione che viene successivamente confermato o modificato alla seconda valutazione che viene fatta quando il paziente viene dichiarato dimissibile secondo i 5 criteri di dimissibilità dell'AOUTS.

L'algoritmo identifica 5 programmi:

1. **Programma 1: continuità infermieristica**, pazienti non ammissibili ad un programma riabilitativo;
2. **Programma 2: ricovero riabilitativo** pazienti ammissibili ad un programma riabilitativo intensivo; questo programma prevede due uscite:
 - a. una ospedaliera verso la S.C. Medicina Riabilitativa
 - b. una territoriale verso il reparto di Riabilitazione Neuromotoria di Pineta del Carso
3. **Programma 3: domicilio** pazienti ammissibili ad un programma riabilitativo di tipo estensivo; al momento della valutazione intraospedaliera viene compilata la scheda per il trattamento riabilitativo domiciliare ed il paziente viene preso in carico entro 5 gg lavorativi dalla data di dimissione;
4. **Programma 4: ambulatorio**,
 - a. ambulatorio SCMR
 - b. ambulatorio distrettuale
5. **Programma 5: RSA** pazienti ammissibili ad un programma riabilitativo estensivo che

necessitano di una tutela assistenziale sulle 24h; al momento della valutazione intraospedaliera viene compilata la scheda di segnalazione per l'ingresso in RSA con l'indicazione degli obiettivi riabilitativi e viene fatto firmare il consenso informato; successivamente viene messo in lista di attesa distrettuale con priorità di ingresso;

Nel caso in cui il paziente sia residente a Gorizia o provincia ed abbia necessità di un trattamento riabilitativo estensivo, viene contattata l'ASS2 per la presa in carico nei diversi setting individuati; nel caso abbia necessità di un trattamento riabilitativo intensivo viene trasferito presso la S.C. di Medicina Riabilitativa dell'AOUTS o viene ricoverato presso il reparto di Riabilitazione Neuromotoria della Casa di Cura Pineta del Carso.

Il percorso riabilitativo può concludersi in uno dei setting individuati post dimissione dal reparto per acuti oppure ci può essere la necessità di proseguire il trattamento riabilitativo; in base alla valutazione funzionale ed alle necessità clinico-assistenziali del paziente le possibili uscite sono:

1. dalla S.C. Medicina Riabilitativa:
 - a. Ambulatorio SCMR;
 - b. Domicilio: segnalazione di continuità al distretto di appartenenza;
 - c. RSA: richiesta al distretto di valutazione da parte degli operatori ASS1;
2. da Pineta del Carso:
 - a. Domicilio: segnalazione di continuità al distretto di appartenenza;
 - b. RSA: richiesta al distretto di valutazione da parte degli operatori ASS1;
3. da RSA:
 - a. Domicilio: scheda di continuità riabilitativa inviata dagli operatori della RSA, concordata con il fisioterapista distrettuale
4. dal Domicilio:
 - a. Ambulatorio distrettuale o centri privati/convenzionati, previa visita fisiatrica con il fisiatra distrettuale

Nel caso in cui il paziente presenti una complessità socio sanitaria rilevante, viene attivata l'equipe multidisciplinare l'handicap (per persone di età inferiore ai 65 anni) o l'UVD (>65 anni) per migliorare la qualità della vita delle persone e di chi se ne prende cura (caregiver) formulando il progetto di vita condiviso con la persona e la famiglia ed il Servizio Sociale del Comune di appartenenza.

C.1.2 Altri reparti per acuti AOUTS

Nel caso in cui il paziente con ictus sia ricoverato negli altri reparti per acuti dell'AOUTS la presa in carico riabilitativa attualmente non prevede l'utilizzo della Scheda di Valutazione Multidimensionale.

La presa in carico riabilitativa viene attivata attraverso la richiesta di consulenza fisiatrica da parte dei medici appartenenti al reparto ove il paziente è degente; la visita viene effettuata entro 24/48 ore lavorative, il fisioterapista inizia il trattamento entro le 24 ore successive.

In caso di disturbi cognitivi è prevista la valutazione neuropsicologica che viene richiesta dal fisiatra; in caso di sospetta disfagia viene effettuata la valutazione da parte delle logopediste della S.C. Otorinolaringoiatrica su richiesta dei medici che hanno in carico il paziente.

Il percorso post dimissione viene definito direttamente dal fisiatra in base alle necessità riabilitativo-assistenziali del paziente.

I settings ed i percorsi di presa in carico del paziente dopo la dimissione dal reparto per acuti coincidono con quelli elencati per i pazienti ricoverati in Clinica Neurologica e Stroke Unit.

C.2) Percorso Riabilitativo in ASS2

Il percorso riabilitativo degli assistiti dell'Azienda Isontina con esiti di ictus post-trombolisi inizia con la richiesta di valutazione fisiatrica (nei reparti di degenza per acuti o ambulatoriale) al fine di definire sia la necessità di un progetto riabilitativo che il setting di quest'ultimo ed in tal modo avviene la presa in carico da parte della Riabilitazione. Nel percorso riabilitativo vengono eventualmente prescritti eventuali ausili per garantire l'autonomia possibile.

Viene esaminata la documentazione e gli esiti obiettivabili, la possibilità/necessità di intervento riabilitativo e deciso il percorso definito in base alle complessità clinico-assistenziali, che schematicamente possono essere:

1. Aziendale (Medicina Riabilitativa presente sia a Gorizia che Monfalcone)
2. RSA (Gorizia, Cormons, Monfalcone)
3. ambulatoriale (Gorizia, Cormons, Gradisca, Monfalcone, Grado)
4. Domiciliare
5. Extra-Aziendale (Gervasutta, Riabilitazione di Trieste, Pineta del Carso)
6. percorso puramente assistenziale, ed in tal caso viene attivato il servizio infermieristico domiciliare (A.D.I.)

Per i casi complessi viene programmata una U.V.D. (Unità di Valutazione Distrettuale) con presenti i servizi sociali, la famiglia ed il M.M.G.

d) PROTOCOLLI di Continuità Ospedale-Territorio

Nel 2003, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda per i Servizi Sanitaria Territoriale N°1 Triestina hanno adottato in via definitiva il *Sistema di Continuità Assistenziale infermieristica interaziendale* finalizzato a ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti assicurando la deospedalizzazione protetta attraverso la presa in carico dell'assistito da parte dei servizi Distrettuali in collaborazione con i medici di medicina generale, in rete con i servizi sanitari e sociali e le associazioni di volontariato.

Dal 2006 (Delibera n.833/2006 e successiva n.1020/2008) nella Struttura Complessa di Clinica Neurologica e nella Struttura Semplice Stroke Unit di AO/UTS (la struttura di ricovero nei quali sono ospitati i pazienti che presentano necessità maggiori di continuità riabilitativa assieme alle due Ortopedie) è in vigore un protocollo di continuità riabilitativa.

Il protocollo prevede l'utilizzo di una scheda di valutazione multidimensionale (SMD) somministrata con una tempistica definita. Nella SMD sono valutati gli ambiti clinico, sociale e funzionale, quest'ultimo con la scala di Barthel, e ciascun ambito viene compilato rispettivamente dal medico, dall'infermiere e dal fisioterapista. Le valutazioni dei vari ambiti della SMD determinano un algoritmo che definisce l'uscita post dimissione più appropriata.

ta, rispetto all'offerta presente sul territorio. La segnalazione ed autorizzazione del ricovero dei pazienti verso Pineta del Carso viene fatta dalle SSD Riabilitazione dell'ASS1 tramite fax. Per i pazienti per i quali viene identificato un percorso riabilitativo domiciliare, viene indicato sulla scheda di segnalazione il tempo massimo di presa in carico da parte delle SSD Riabilitazione dell'ASS1. Tutti i dati raccolti nella SMD sono registrati in un database che permette di analizzare l'efficienza dell'intero processo. La SMD è stata oggetto di revisione e di formazione per professionisti coinvolti nel corso del 2011. Il processo è descritto dettagliatamente nei relativi diagrammi di flusso Allegati.

Report Continuita' 2013

REPARTO	2010	2011	2012	2013
CL NEURO	184	143	135	112

Schede di valutazione multidimensionale registrate dal 2010 al 2013

Anno 2013

1) Giornate di degenza: (112 utenti – 3 ricoveri presso altri reparti) = n° utenti 109

Media 20,72	Mediana 20	Moda 12	DS 9,26	Min 4 gg	Max 54 gg
-------------	------------	---------	---------	----------	-----------

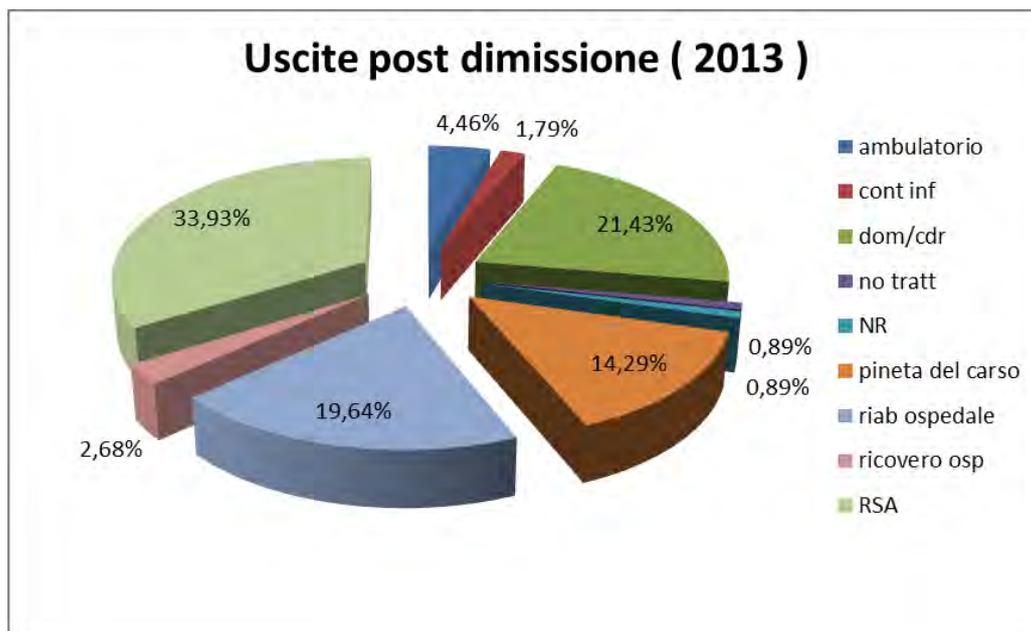
2) Gg Dimissione – Dimissibilità (112 utenti - 17 senza data dimissibilità) = n° utenti 95

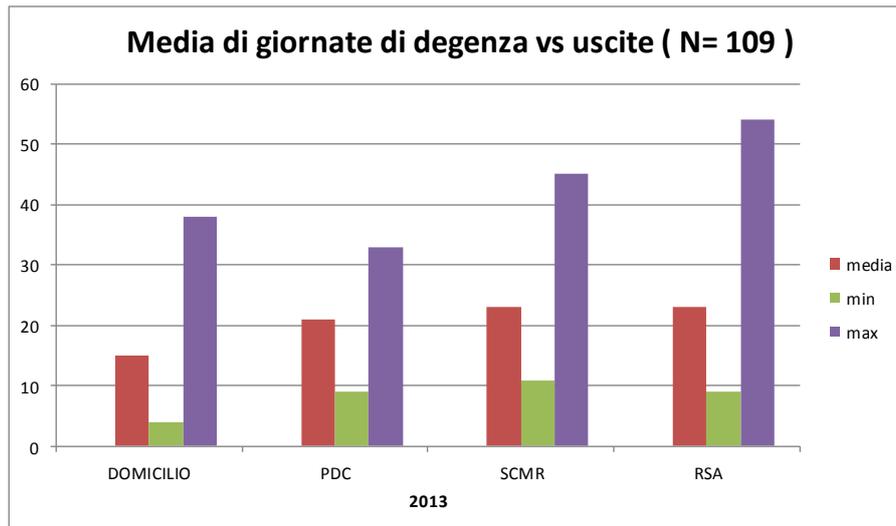
Media 9,7	Mediana 10	Moda 6	DS 6,11	min 1 gg	max 30 gg
-----------	------------	--------	---------	----------	-----------

3) Gg Dimissione – 3° Valutazione (112 - 9 senza 3° valutazione) = n° utenti 103

Media 7,9	Mediana 7	Moda 1	DS 6,27	Min 0 gg	max 26 gg
-----------	-----------	--------	---------	----------	-----------

Uscite cl neuro	Media gg deg.	Mediana gg deg.	DS Min-max	Media Dimissione-dimissibilità	Mediana Dimissione-dimissibilità	DS Min-max	Media dimissione-3° valutazione	Mediana dimissione - 3° valutazione	DS Min-max
Domicilio 25 ut	13,4	19,5	9,1 4 -30	5,15 (6 ut no dimissib)	9	6,57 1 - 16	3,57 (6 ut no 3° val)	7	6,28 1 - 16
Pineta 16 ut	21,62	20	9,45 9 - 33	9,33 (1 ut no dimissib)	10	6,68 1 - 17	8,06	7	6,45 0-25
Riab o-spedale 22 ut	23,09	20	9,35 11-45	9,52 (3 ut no dimissib)	9,5	6,65 3-28	8,59	7	6,41 0-17
RSA 38 ut	23,63	20	9,26 9-54	11,72 (2 ut no dimissib)	10	6,61 1-23	9,84	7	6,38 1-26





3. Piano di Miglioramento

Il Gruppo di lavoro ritiene che gli attuali percorsi, già altamente standardizzati e sperimentati da anni, possano essere unificati nell'Area Giuliano Isontina ed essere oggetto di miglioramento locale per:

1. definire una comune politica di Area Vasta di prevenzione primaria e secondaria dell'Ictus acuto (setting di Comunità condiviso);
2. coinvolgere in modo uniforme e sistematico, nelle due Province, gli MMG nelle attività di prevenzione (Medicina di Iniziativa);
3. definire un programma per la diffusione di informazioni alla Comunità sul riconoscimento precoce dei segni e sintomi di malattie cerebrovascolari e attivazione del 118;
4. incrementare l'appropriatezza d'uso dei trattamenti finalizzati alla prevenzione primaria/secondaria dell'Ictus;
5. favorire la condivisione delle informazioni tra le due Province e la trasmissione dei dati e delle immagini utilizzando le buone potenzialità della ICT regionale;
6. aumentare il numero di pazienti sottoposti a trombolisi con tPA indipendentemente dalla loro residenza (equità di accesso alle cure);
7. omogeneizzare nelle due Province di Gorizia e Trieste gli indicatori di performance relativi ai protocolli operativi in uso, con particolare riguardo:
 - a) tempi di pronto intervento,
 - b) riconoscimento precoce sul mezzo di soccorso della condizione (estensione dell'utilizzo della Cincinnati Scale sui mezzi di soccorso),
 - c) tempi di approfondimento diagnostico (neuro-imaging),
 - d) tempi di accesso al trattamento trombolitico,
 - e) tempi di valutazione dei problemi deglutitori (primo screening effettuato dal team di SU e/o personale addestrato e successivo approfondimento del logopedista),
 - f) tempi di consulenza fisiatrica e di stesura del Progetto Individuale di cura,
 - g) tempi di assistenza e fisioterapia per paziente/die (sia in fase acuta che post-acuta che presso l'organizzazione/strutture territoriali),
 - h) durata della degenza

8. ridurre la mortalità intraospedaliera e a 30 giorni dall'insorgenza dell'ictus;
9. ridurre i tempi di attesa per intervento di carotidectomia nei pazienti a rischio;
10. adeguare la dotazione del personale delle strutture di Riabilitazione agli standard organizzativi previsti dalle Rete regionale Gravi Cerebrolesioni Acquisite;
11. migliorare la formazione in particolare nei reparti di medicina, finalizzata alla mobilitazione precoce dei pazienti;
12. informatizzare la Scheda di Valutazione Multidimensionale utilizzata nel protocollo di continuità riabilitativa;
13. estendere il protocollo di continuità riabilitativa nei reparti di Medicina interna e ai residenti in Provincia di Gorizia;
14. unificare il percorso di continuità assistenziale e quello riabilitativo;
15. proseguire l'attività del gruppo di lavoro per condividere un data set, monitorare l'effettiva applicazione del Percorso Integrato di Cura per il Paziente colpito da Ictus Acuto attraverso audit clinico-organizzativi (Vedi metodologia Az Osp-Univ di Ferrara);
16. in un'ottica di empowerment dell'individuo utente e nella convinzione che opinioni ed esperienze di malattia e di cura raccolte dai soggetti che le hanno vissute in prima persona siano elementi informativi indispensabili alla comprensione della qualità dell'assistenza e alla identificazione di ambiti concreti di miglioramento, prevedere un focus sui punti di vista del paziente come è stato fatto in Regione Toscana con il progetto "SAPerE"
(https://ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2009/47_sapere.pdf)

4. Percorso Futuro

I Percorsi e processi illustrati in Appendice sono altamente standardizzati e sono stati modificati e adeguati al contesto ospedaliero/territoriale. Di conseguenza, si ritiene che essi rappresentino già il "Percorso Obiettivo" o "Futuro" richiesto in questa sezione.

Fa eccezione il diagramma di flusso presentato dalla S.C. di Neurologia dell'Ospedale Civile di Gorizia che è una proposta sottoposta a livello di Area Vasta e che modifica un precedente protocollo di riferimento al Centro Hub-Stroke Unit di Trieste del Paziente residente in Provincia di Gorizia.

Si fa presente che nel Percorso Integrato di Cura di Area Vasta dovrà essere aggiunto il percorso di trattamento del TIA (oggi in AOUTs prevalentemente eseguito in Day Hospital e Ambulatorio) e ulteriori percorsi intra-ospedalieri specifici per condizioni particolari (emorragia cerebrale e paziente in Rianimazione); mentre sul territorio devono aver una opportuna esplicitazione il percorso di prevenzione primaria e secondaria (post-dimissione del paziente, propria del setting delle Cure primarie) e quello specifico alle cure palliative da garantire al paziente in fine vita.

Modalità di Monitoraggio, Indicatori e Risultati Attesi

Nell'Allegato nr. 02, intitolato "Elenco Indicatori di Struttura Processo e di Esito dell'Ictus Acuto" vengono elencati gli indicatori di Struttura, Processo ed Esito individuati per ciascuna fase e per ogni Standard Qualitativo del Percorso di Riferimento.

Le modalità di monitoraggio del PIC necessitano di un approfondimento ulteriore in quanto alla selezione degli indicatori dovrà seguire la stesura della scheda specifica e la condivisione degli algoritmi di calcolo.

Si propone il seguente percorso:

- entro il primo trimestre del 2015, individuare e selezionare gli indicatori maggiormente specifici e sensibili alle fasi del Percorso di Cura: come tali saranno selezionati dall'elenco presentato in Allegato;
- entro il primo semestre 2015, raccogliere i dati (indagine retrospettiva su alcuni aspetti del PIC o di specifiche performance tempo-correlate o desunte da Linee guida SPREAD);
- entro agosto 2015, effettuare un primo calcolo, validazione e valutazione del set di indicatori selezionati (base informativa per i successivi audit e piani di miglioramento);
- nell'ultimo trimestre del 2015, condurre gli audit clinico-organizzativi;
- entro dicembre 2015, proporre le opportune riorganizzazioni o modifiche strutturali da presentare nei piani annuali e conseguenti previsioni di spesa per l'esercizio successivo.

DIAGRAMMI di FLUSSO del PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO

Area Vasta Giuliano Isontina

Fare clic su un tipo di diagramma di flusso seguente per iniziare la navigazione del PERCORSO

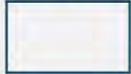
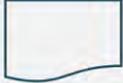


DIAGRAMMA DI FLUSSO GENERALE nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO

< SOMMARIO

< PRECEDENTE SUCCESSIVO >

LEGENDA dei simboli utilizzati:

	Connettore ad altra pagina
	Inizio e Fine
	Decisione
	Elaborazione, singola attività
	Documentazione / Singola registrazione
	Documenti multipli/ Schede
	Singola Attività / registrazione del dato
	Preparazione attività / "Attivazione" procedura
	Archivio Dati
	Scheda
	PROTOCOLLO comune in Fasi diverse del percorso (Es.: Trattamento farmacologico del Paziente Trombolisato e non)

PDTA del paziente con Ictus

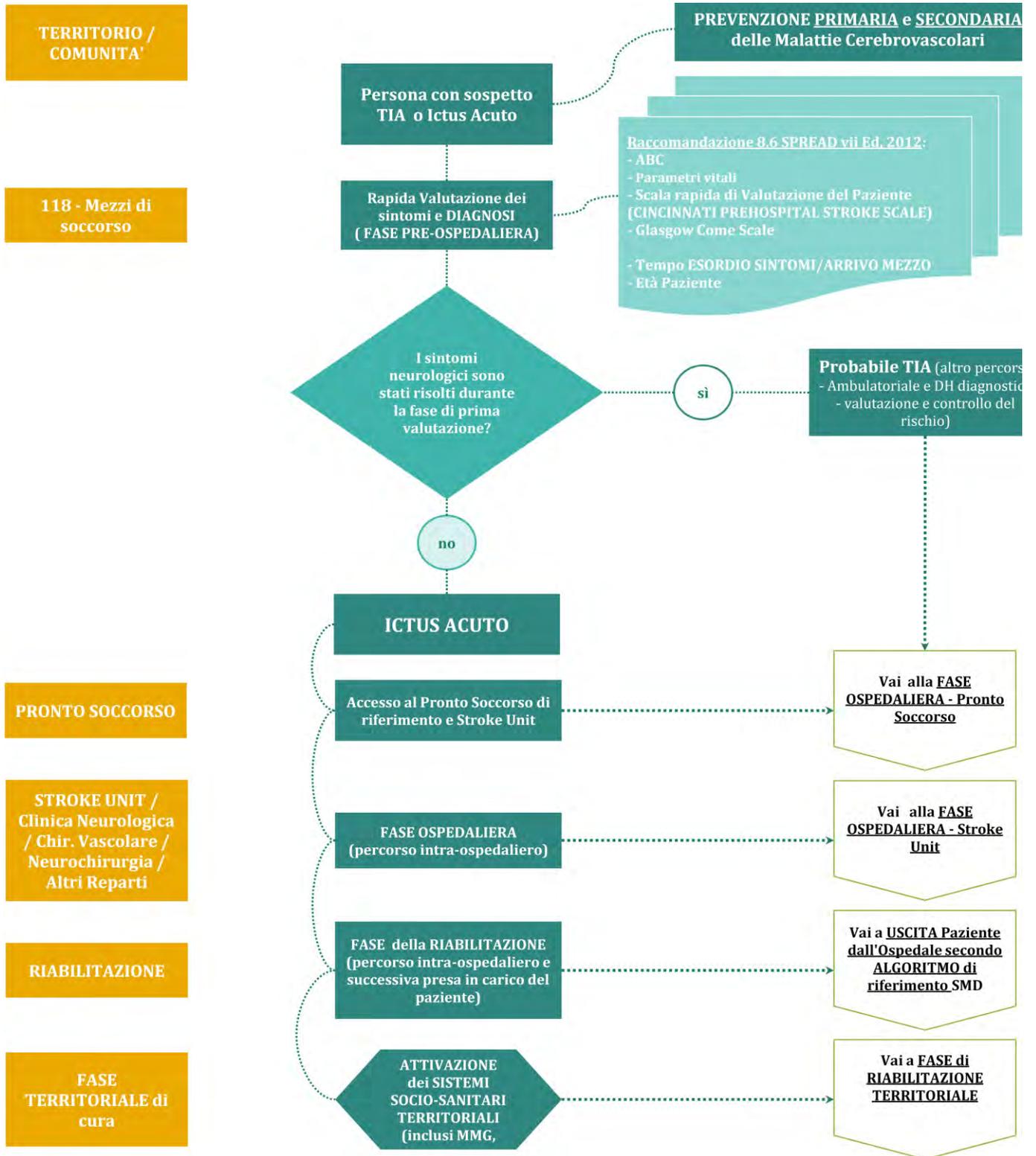


Fig. 01 - DIAGRAMMA di FLUSSO GENERALE nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

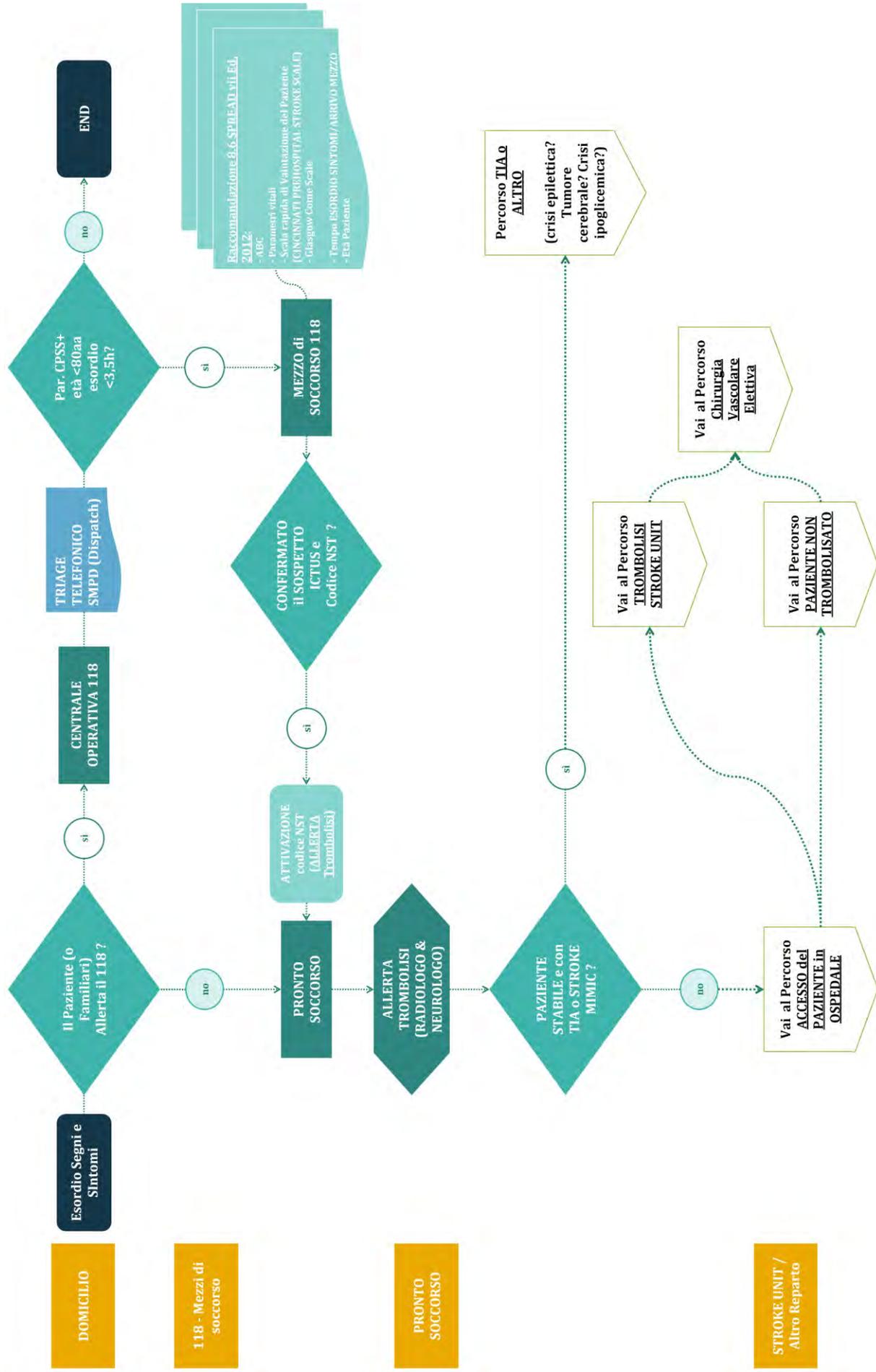


Fig. 02 - ACCESSO del PAZIENTE al SISTEMA nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

PDTA del paziente con Ictus - allegati

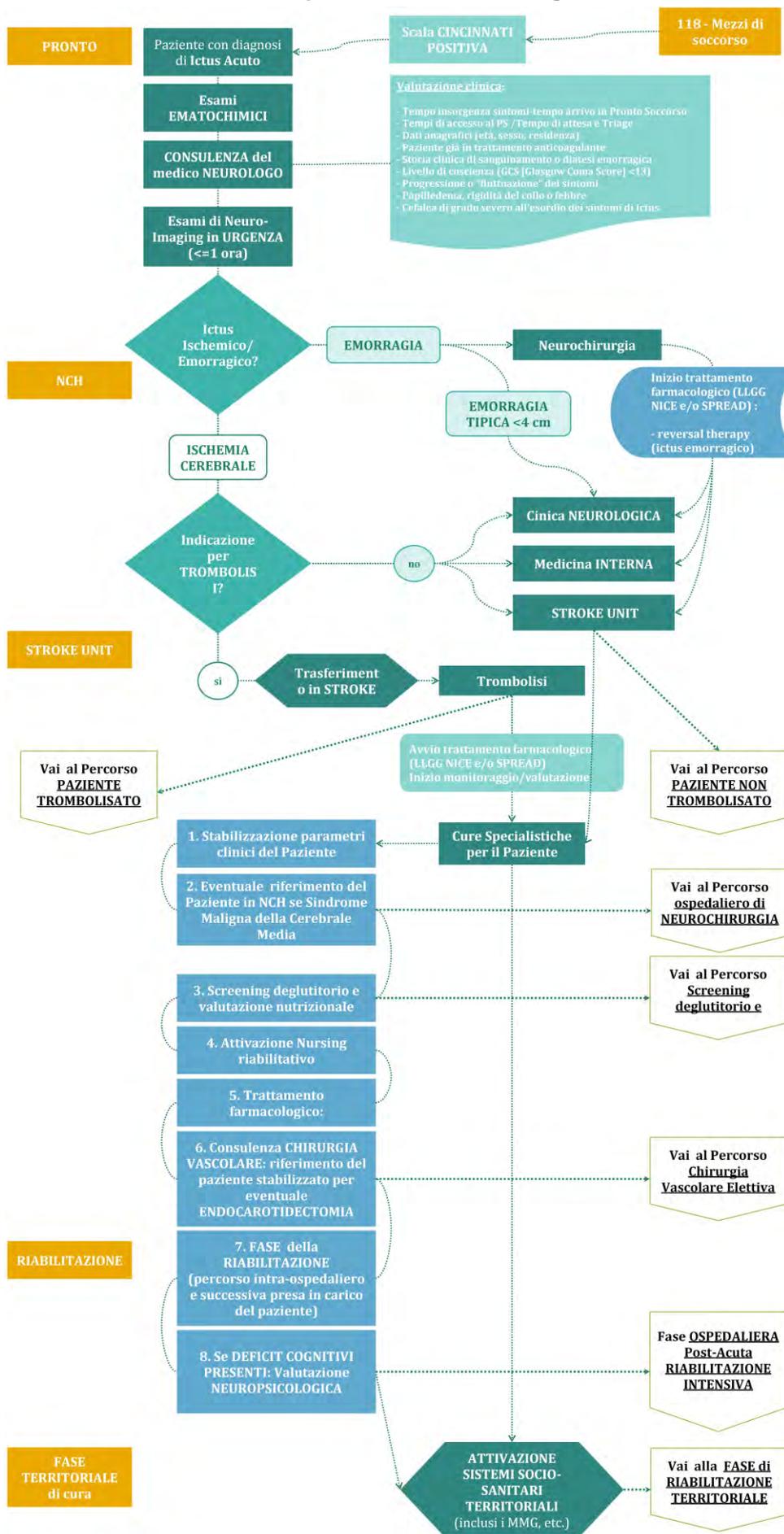
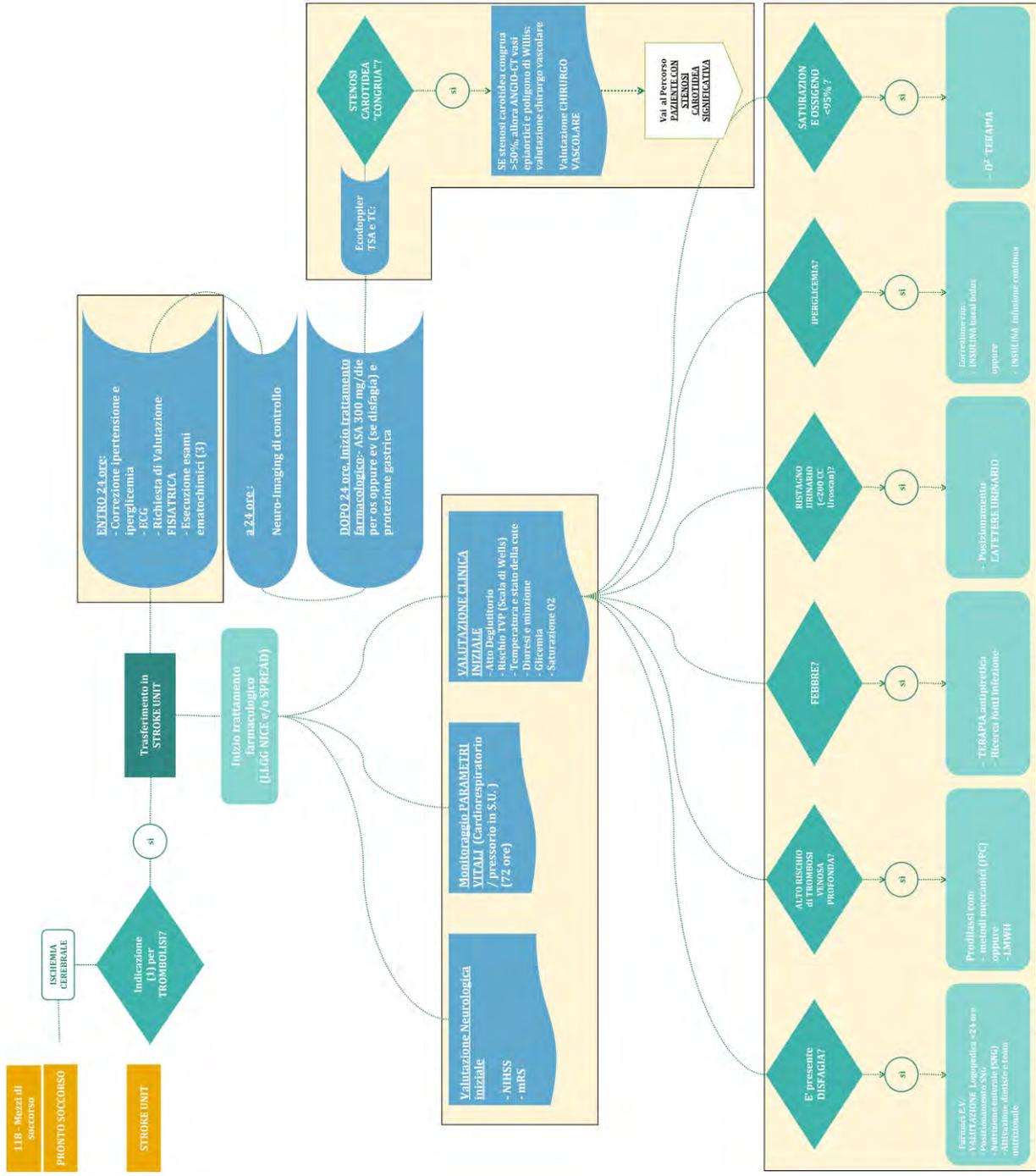


Fig. 03 - ACCESSO del PAZIENTE in OSPEDALE (118, Pronto Soccorso, Stroke Unit e Altri Reparti) nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO

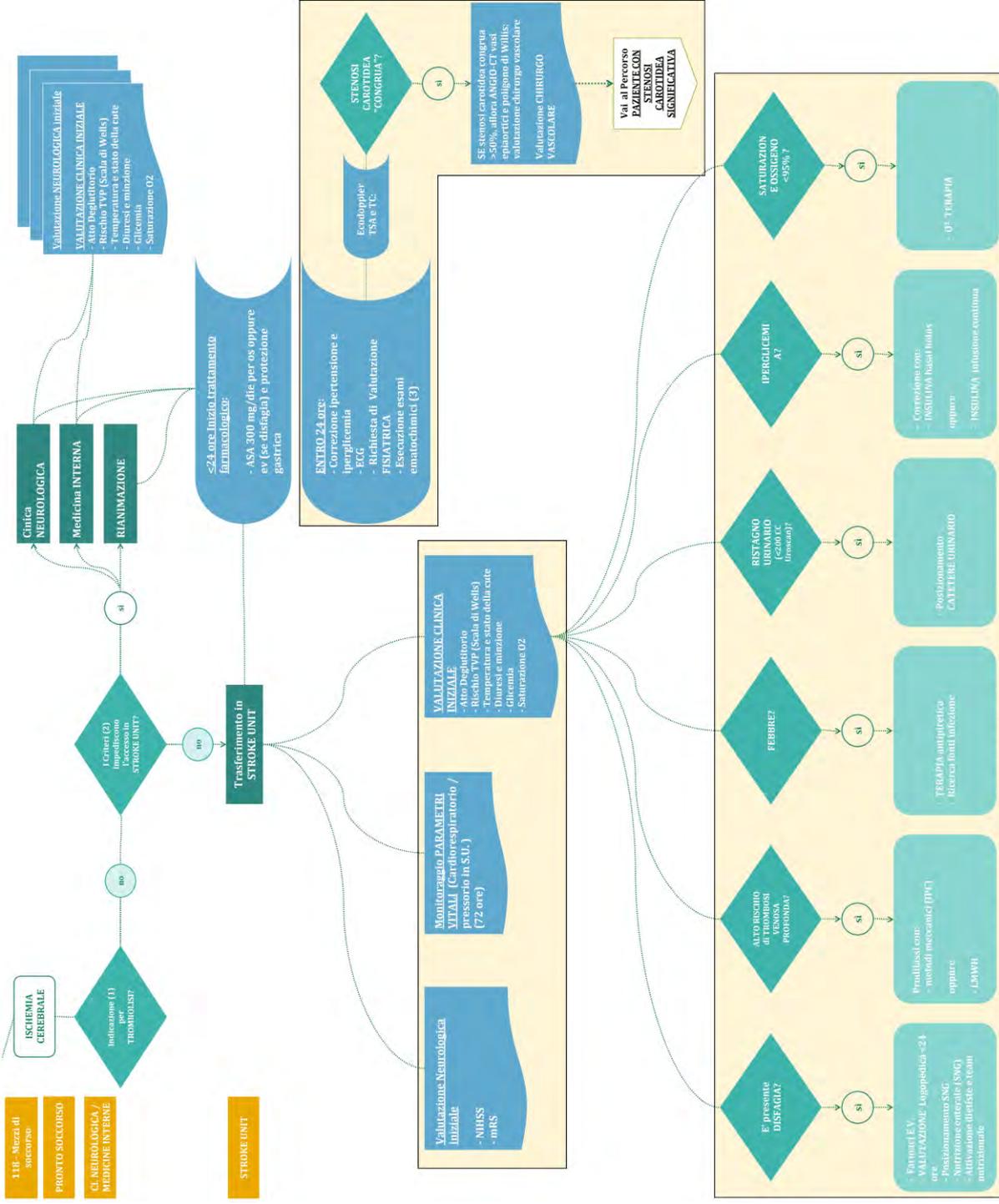


(1) Anamnesi, Esami Ematochimici, Valutazione Neurologica, Neuroimaging in PRONTO SOCCORSO

(3) Assetto lipidico, Hb glicata, glicemia, funzionalità epatica e renale, ionemia, emocromo con formula, VES, PCR, prove emogeniche, uricemia, CK, troponina I

Fig. 04 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE TROMBOLISATO (Stroke Unit) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

PDPTA del paziente con Ictus



(1) Anamnesi, Esami Ematochimici, Valutazione Neurologica, Neuroimaging in PRONTO SOCCORSO

(2) Pre-esistenza DISABILITA' valutata con mRS >1; Pre-esistenza NON AUTOSUFFICIENZA; Prognosi INFAUSTA

(3) Asseio lipidico, Hb glicata, glicemia, funzionalità epatica e renale, ionemia, emocromo con formula, VIS, PCR, prove emogeniche, uricemia, CK, troponina I

Fig. 05 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE NON TROMBOLISATO (Stroke Unit e Altri Reparti) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

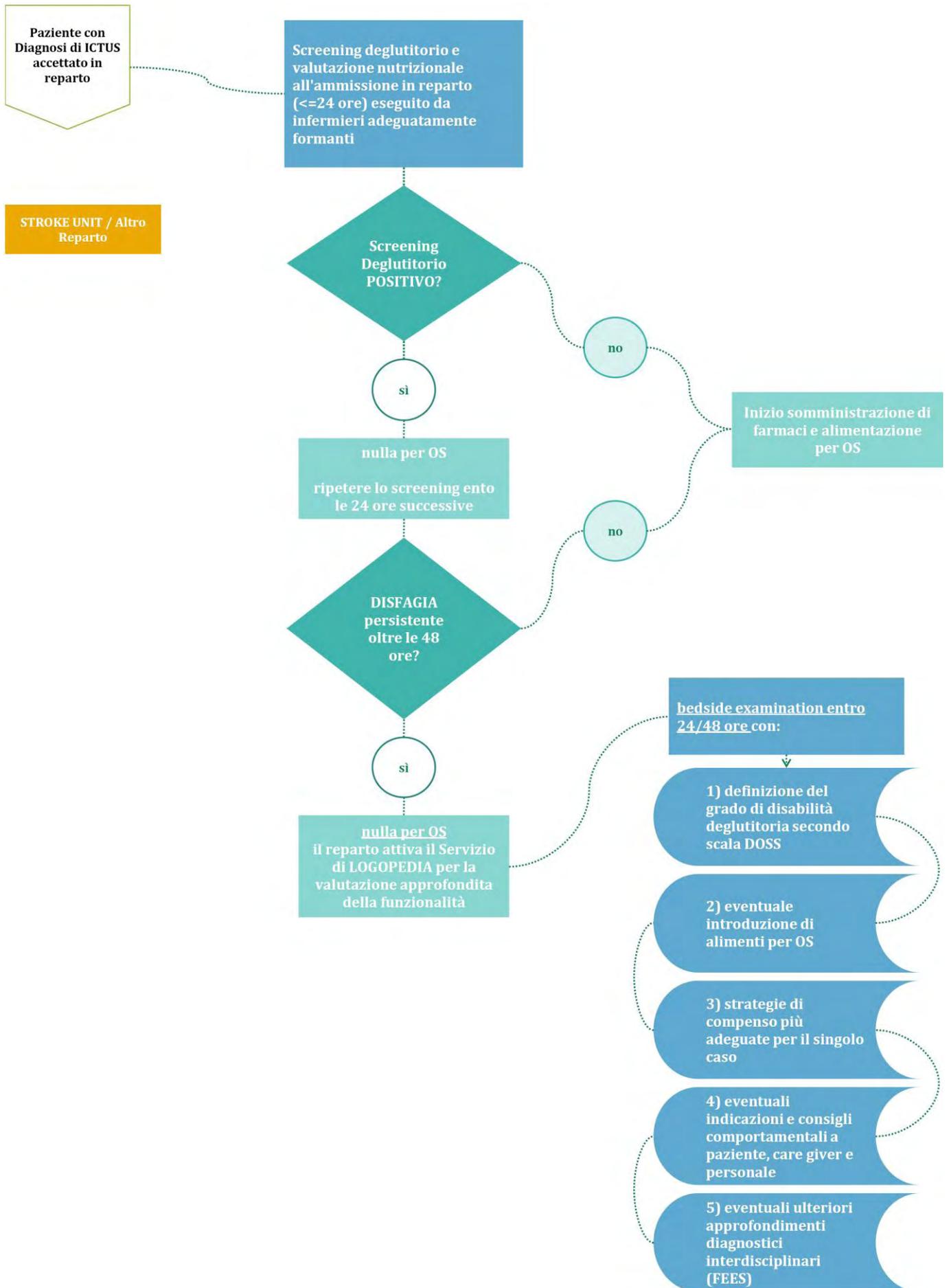


Fig. 06 - FASE OSPEDALIERA Screening Deglutitorio nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

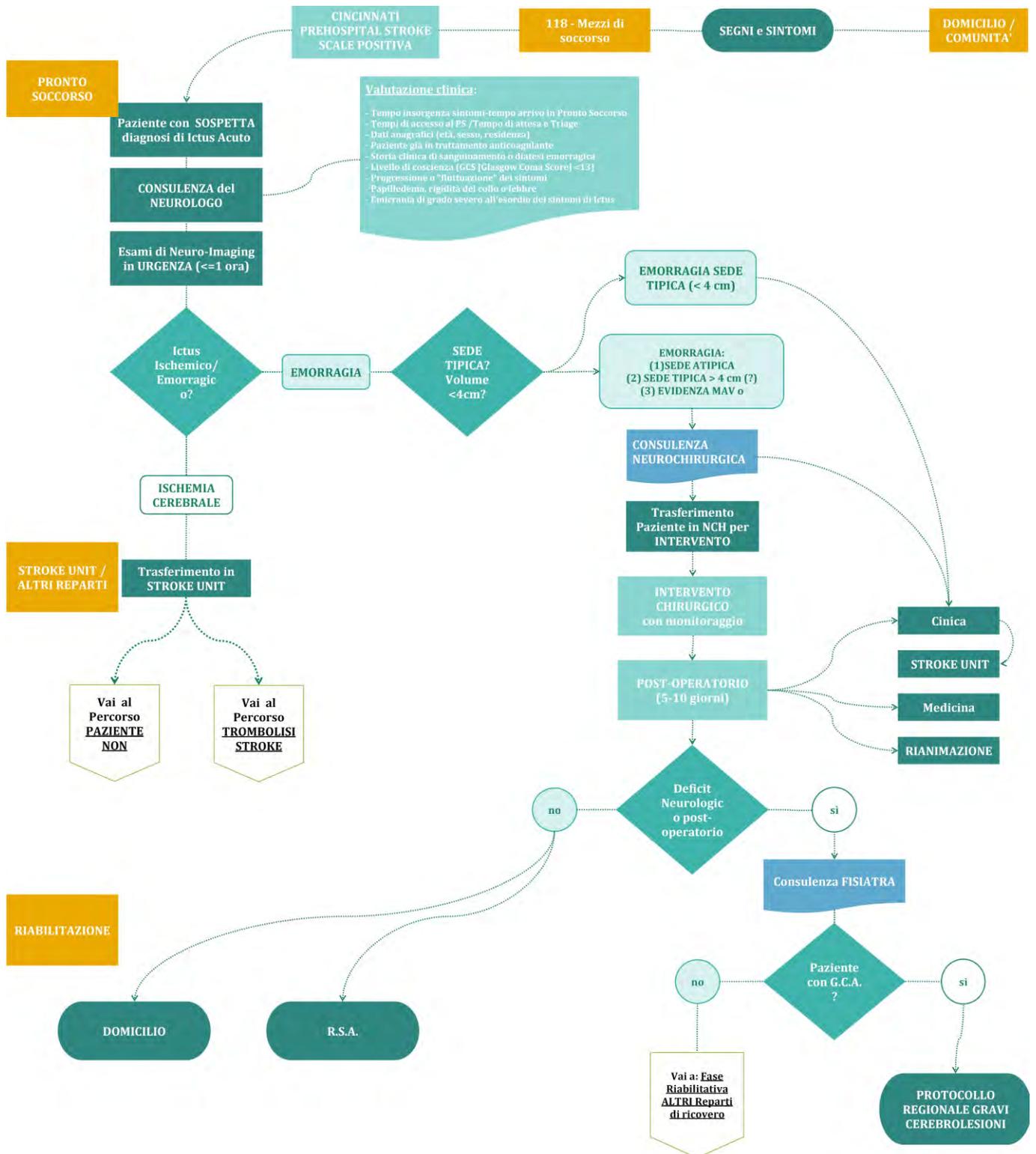


Fig. 07 - FASE OSPEDALIERA - ICTUS EMORRAGICO (NEUROCHIRURGIA) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

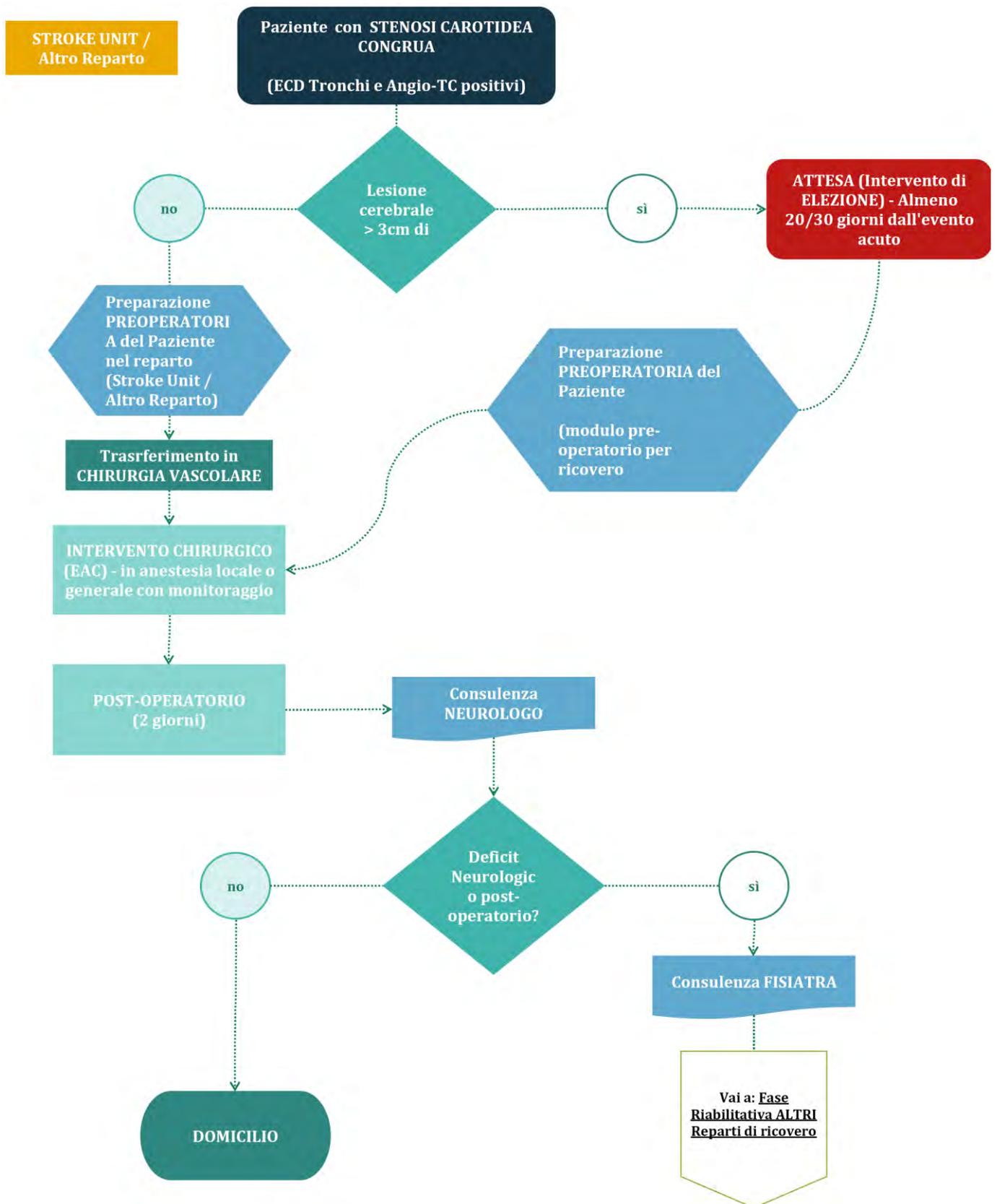


Fig. 08 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE CON STENOSI CAROTIDEA SIGNIFICATIVA (CHIRURGIA VASCOLARE) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

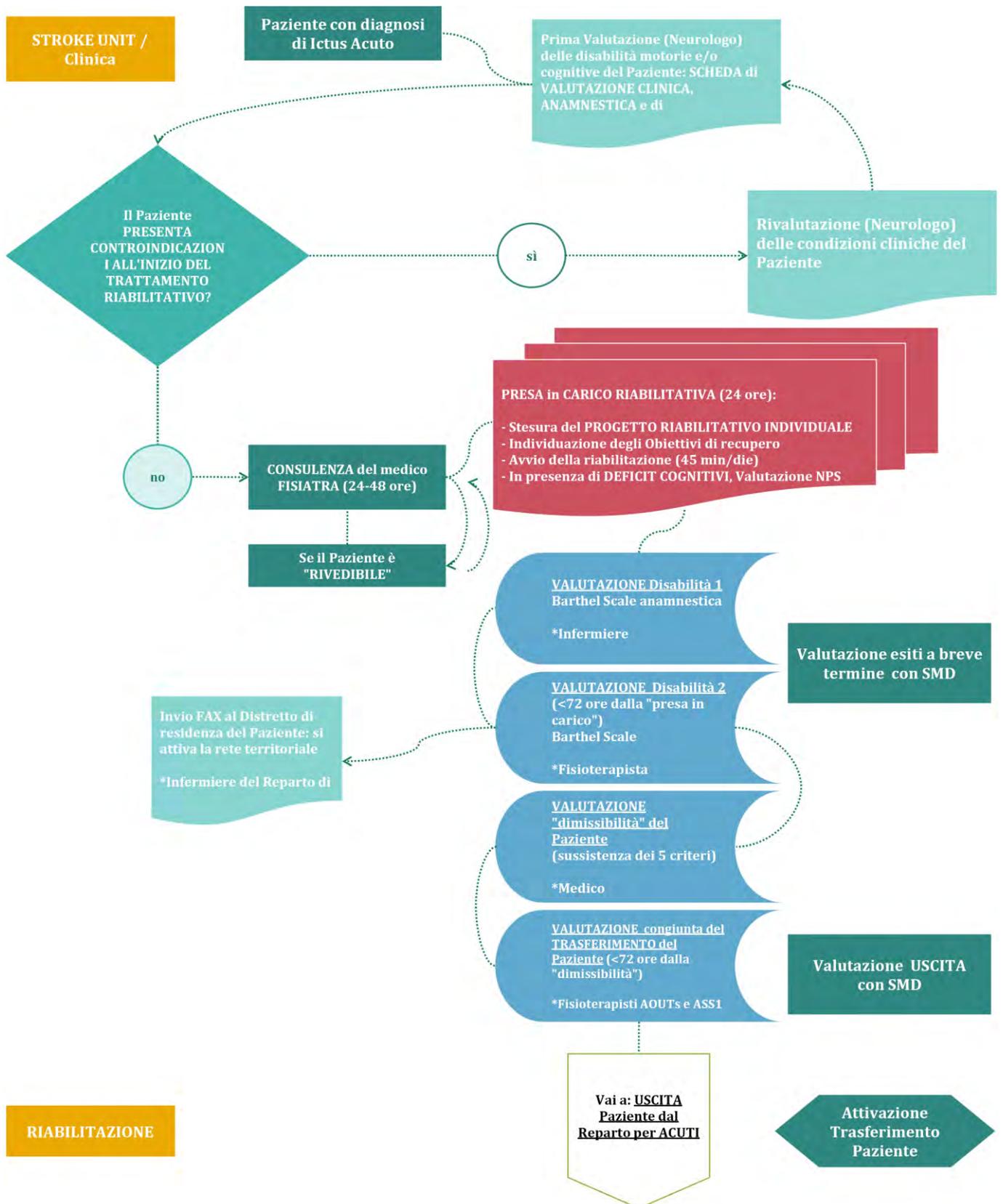


Fig. 09 - FASE della RIABILITAZIONE in STROKE UNIT/CLINICA NEUROLOGICA nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

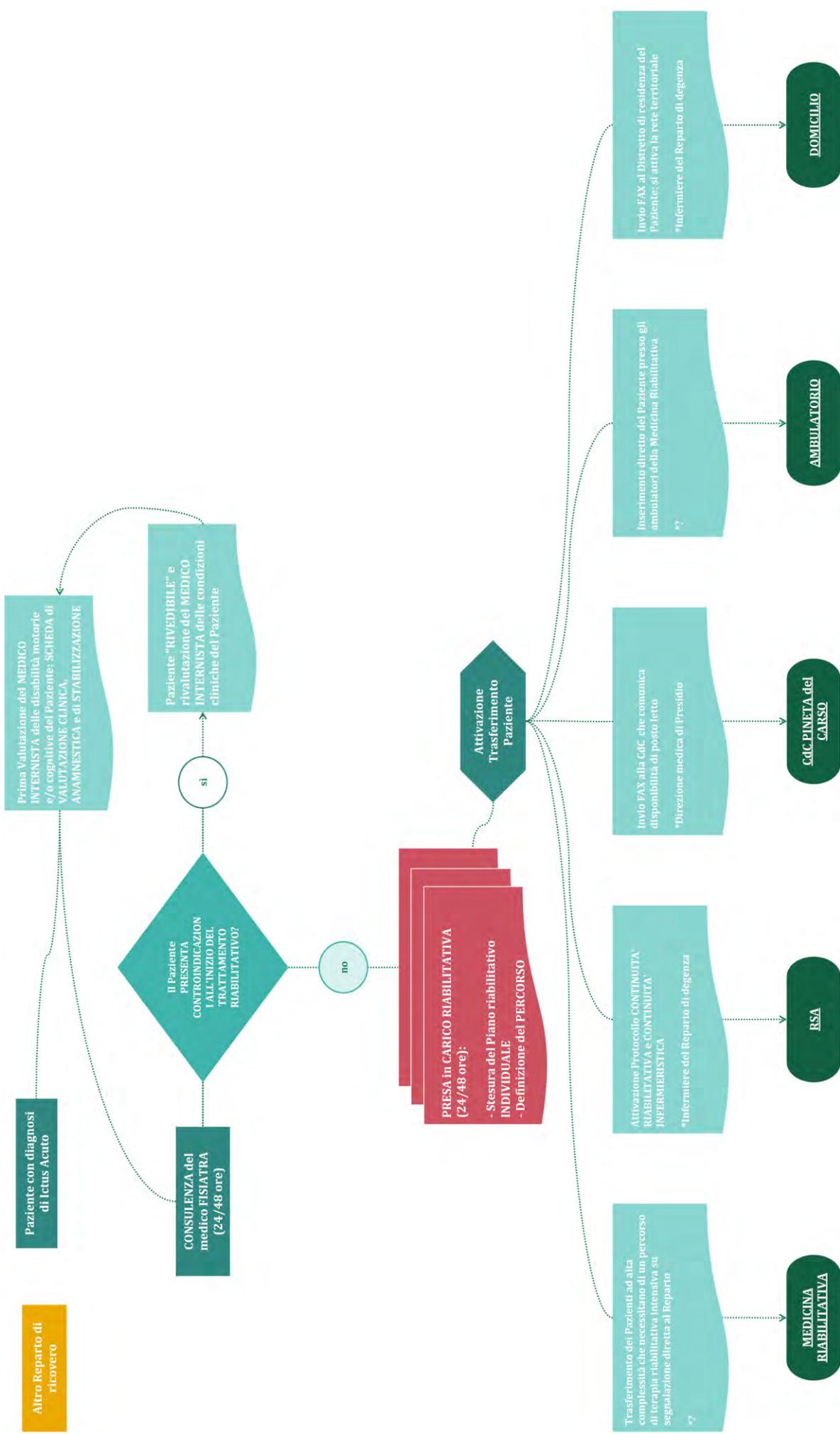


Fig. 10 - FASE RIABILITAZIONE INTRAOSPEDALIERA (altri Reparti di ricovero) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

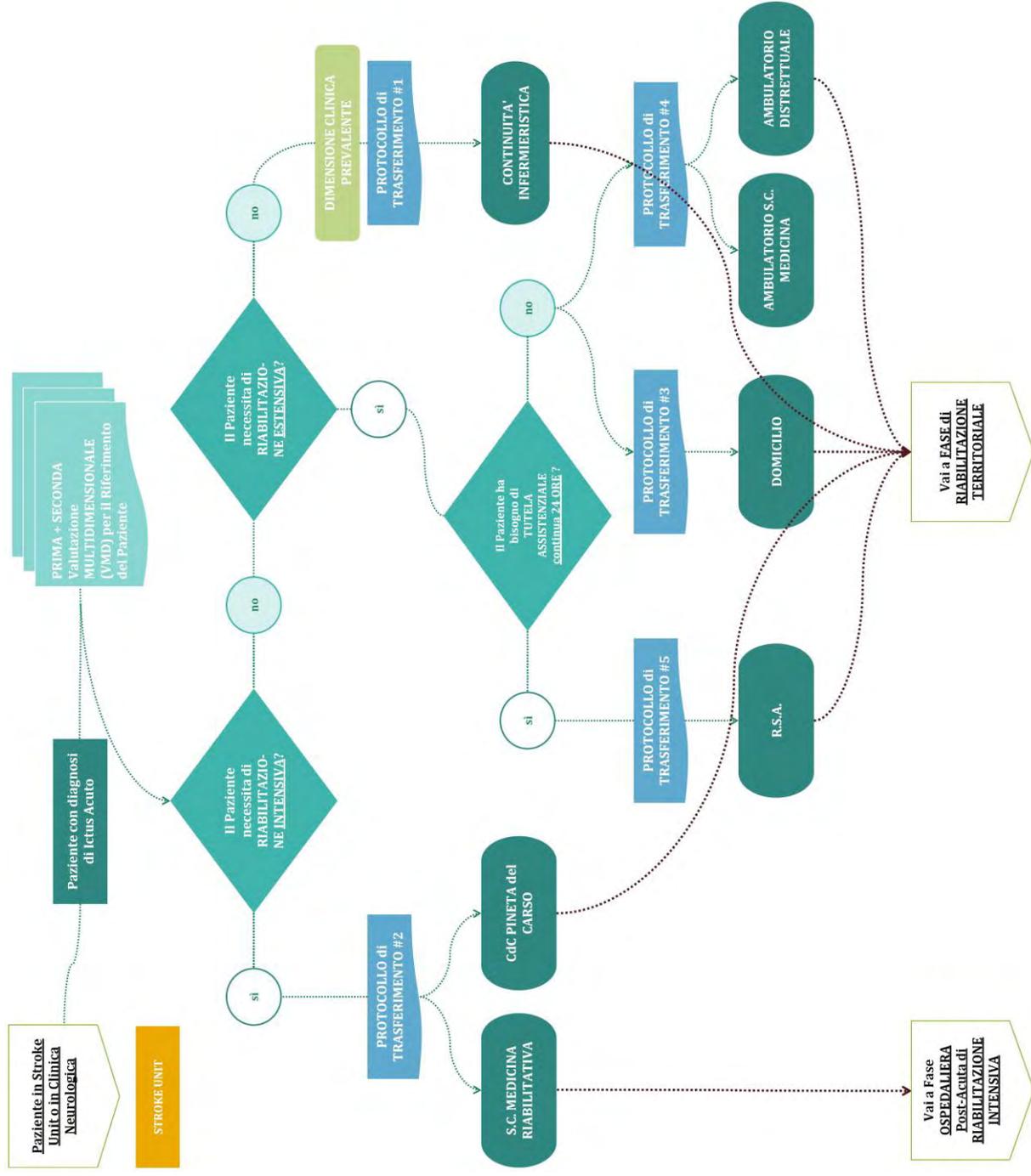


Fig. 11 - FASE di USCITA del Paziente dall'Ospedale secondo ALGORITMO di riferimento della VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

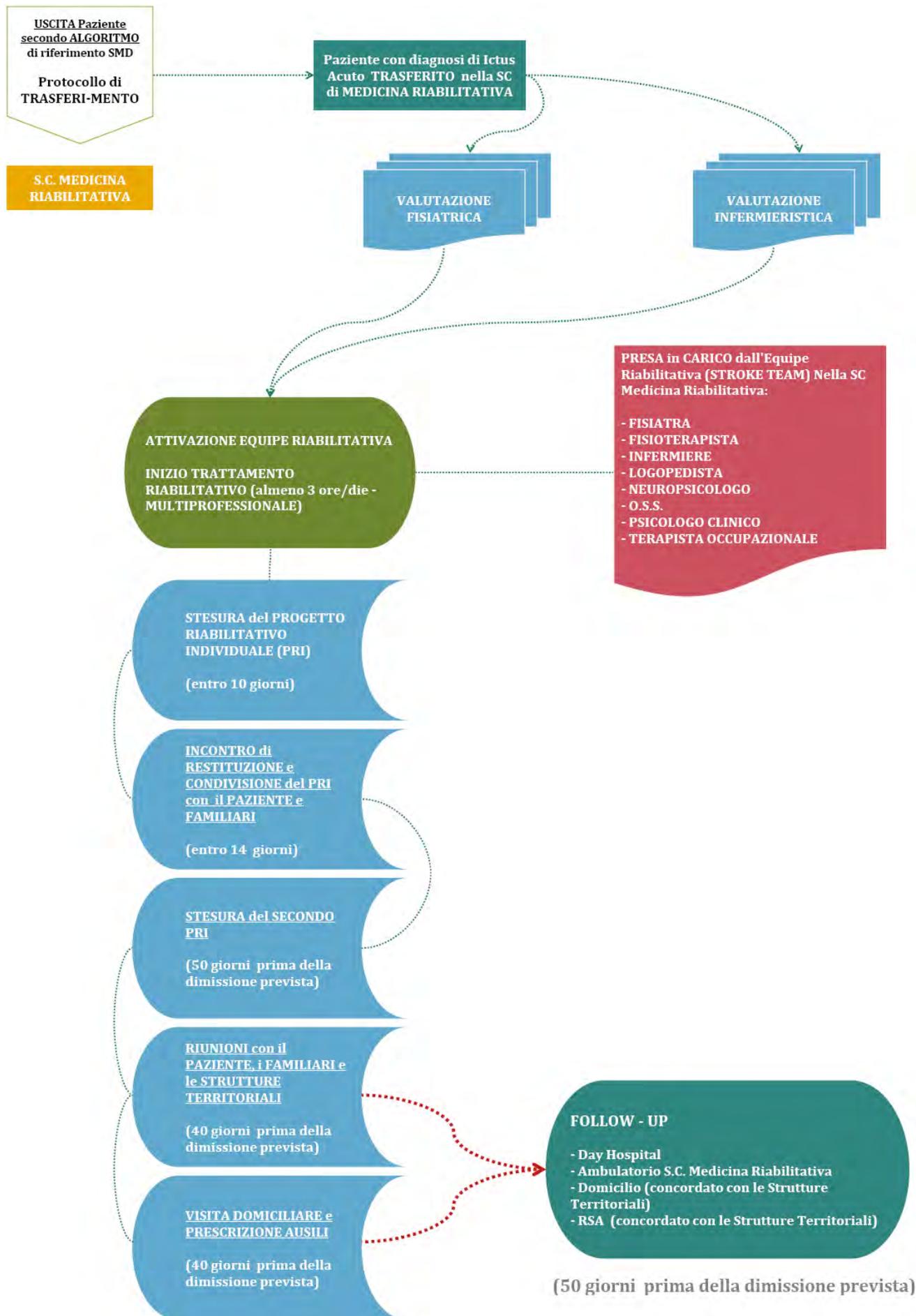


Fig. 12 - FASE OSPEDALIERA POST ACUTA di RIABILITAZIONE INTENSIVA nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

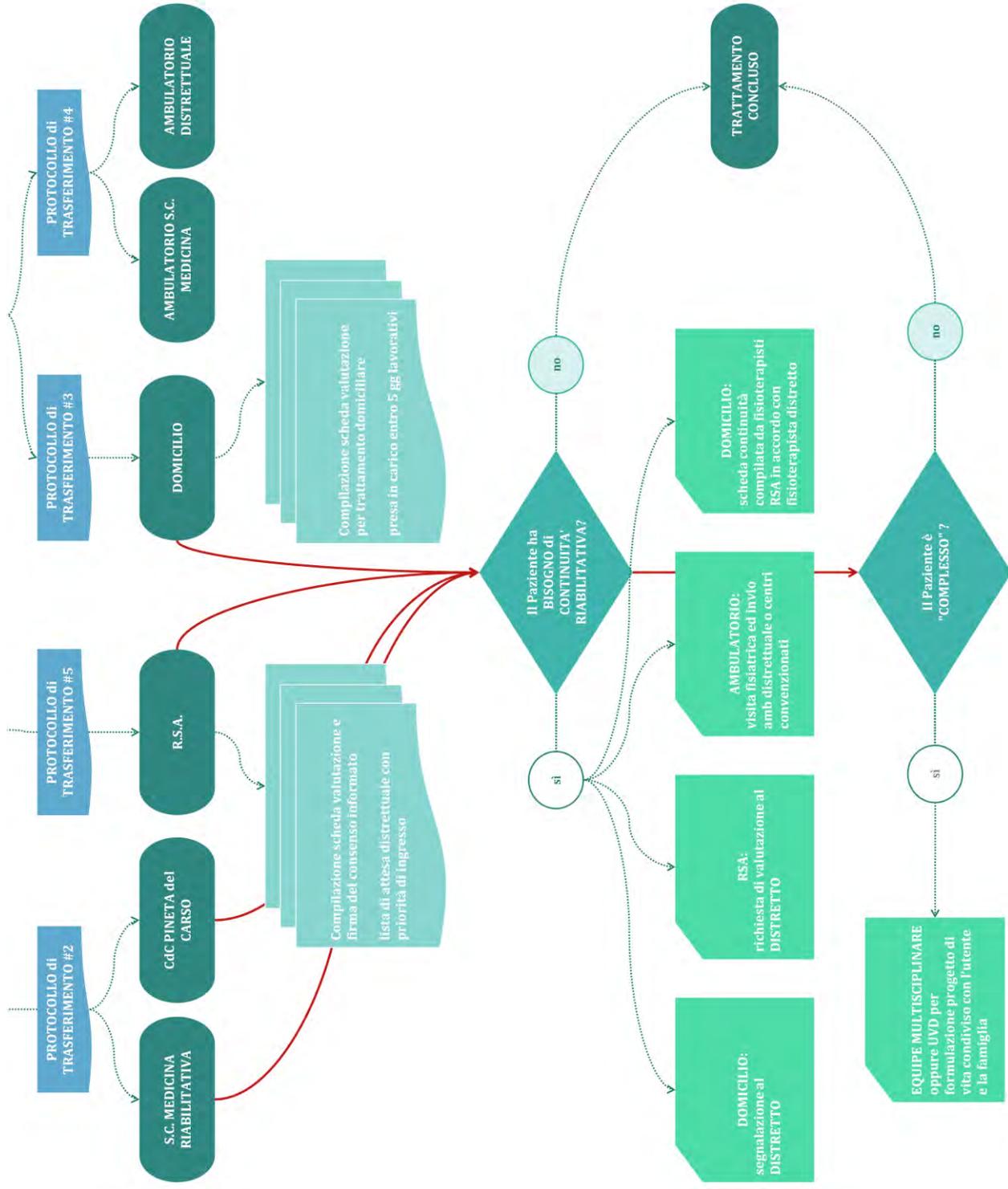


Fig. 13 - FASE di USCITA del Paziente dall'Ospedale (secondo ALGORITMO di riferimento VMD) e PRESA IN CARICO DA PARTE DEL TERRITORIO nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

PROTOCOLLI nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO PROVINCIA di GORIZIA

**DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE
RESIDENTE in Provincia di GORIZIA da TROMBOLIZZARE
(PROTOCOLLO di CENTRALIZZAZIONE del Paziente possibile
candidato alla TROMBOLISI presso Ospedale HUB con Stroke
Unit tra ASS2 e AOUTs del 5 febbraio 2014)*
nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO**

**DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE
TROMBOLISATO e/o NON TROMBOLISATO
RESIDENTE in Provincia di GORIZIA
(PROPOSTA della S.C. di NEUROLOGIA
dell'Ospedale Civile di Gorizia)
nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS
ACUTO**

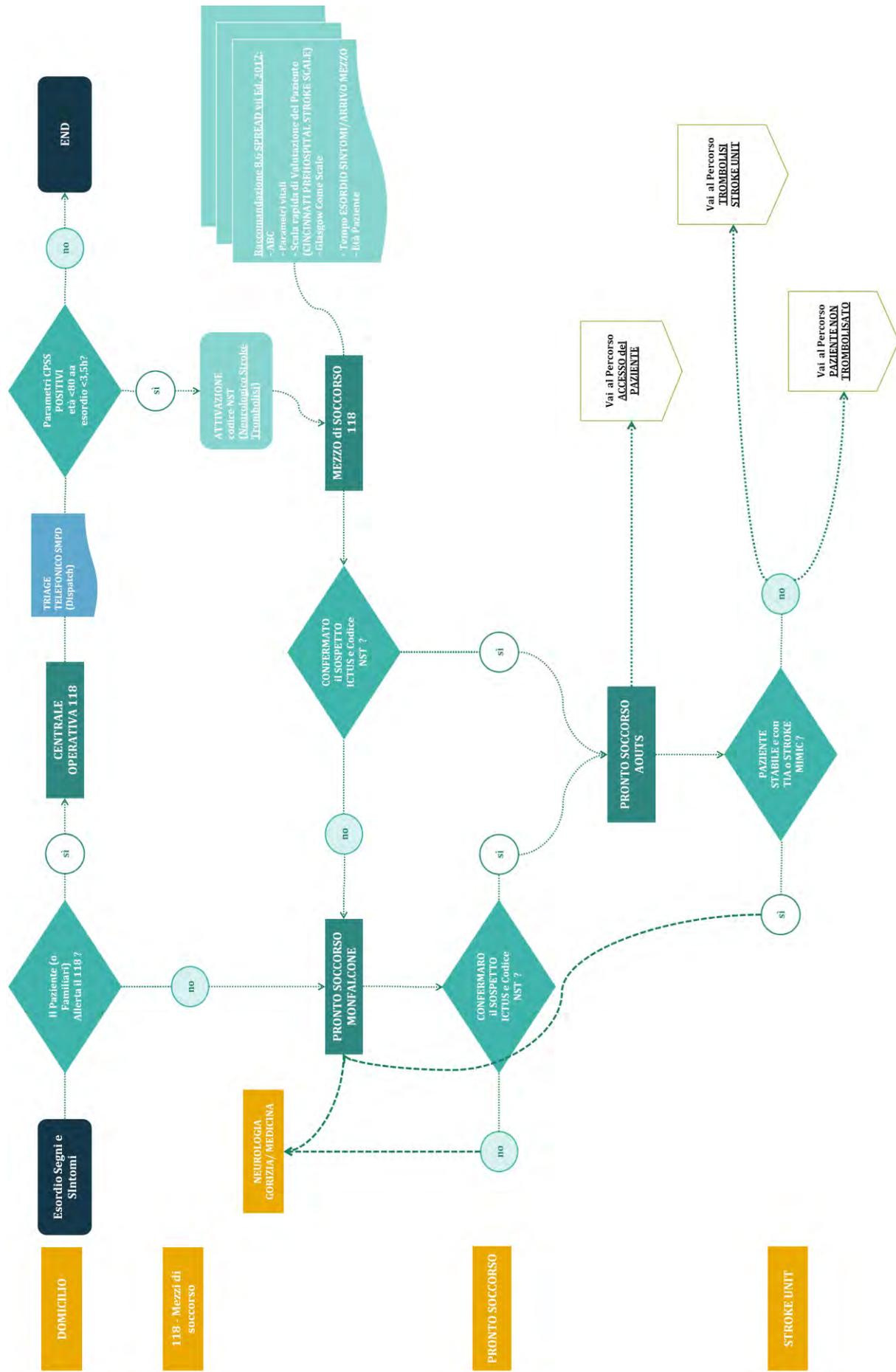


Fig. 14 - DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE RESIDENTE in Provincia di GORIZIA da TROMBOLIZZARE (PROTOCOLLO di CENTRALIZZAZIONE del Paziente possibile candidato alla TROMBOLISI presso Ospedale HUB con Stroke Unit tra ASS2 e AOUTs del 5 febbraio 2014)* nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

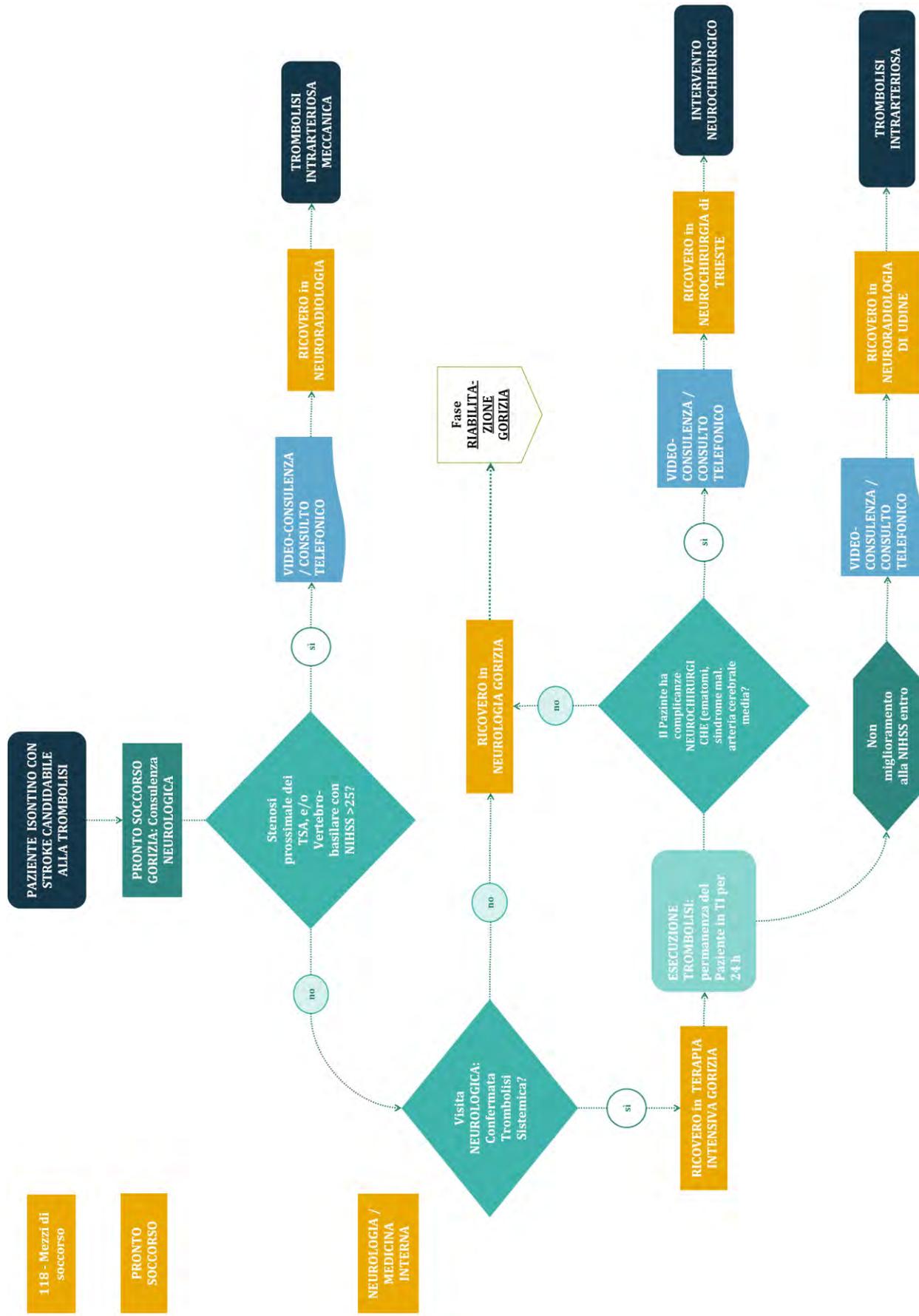


Fig. 15 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE TROMBOLISATO e/o NON TROMBOLISATO RESIDENTE in Provincia di GORIZIA (PROPOSTA della S.C. di NEUROLOGIA dell'Ospedale Civile di Gorizia) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

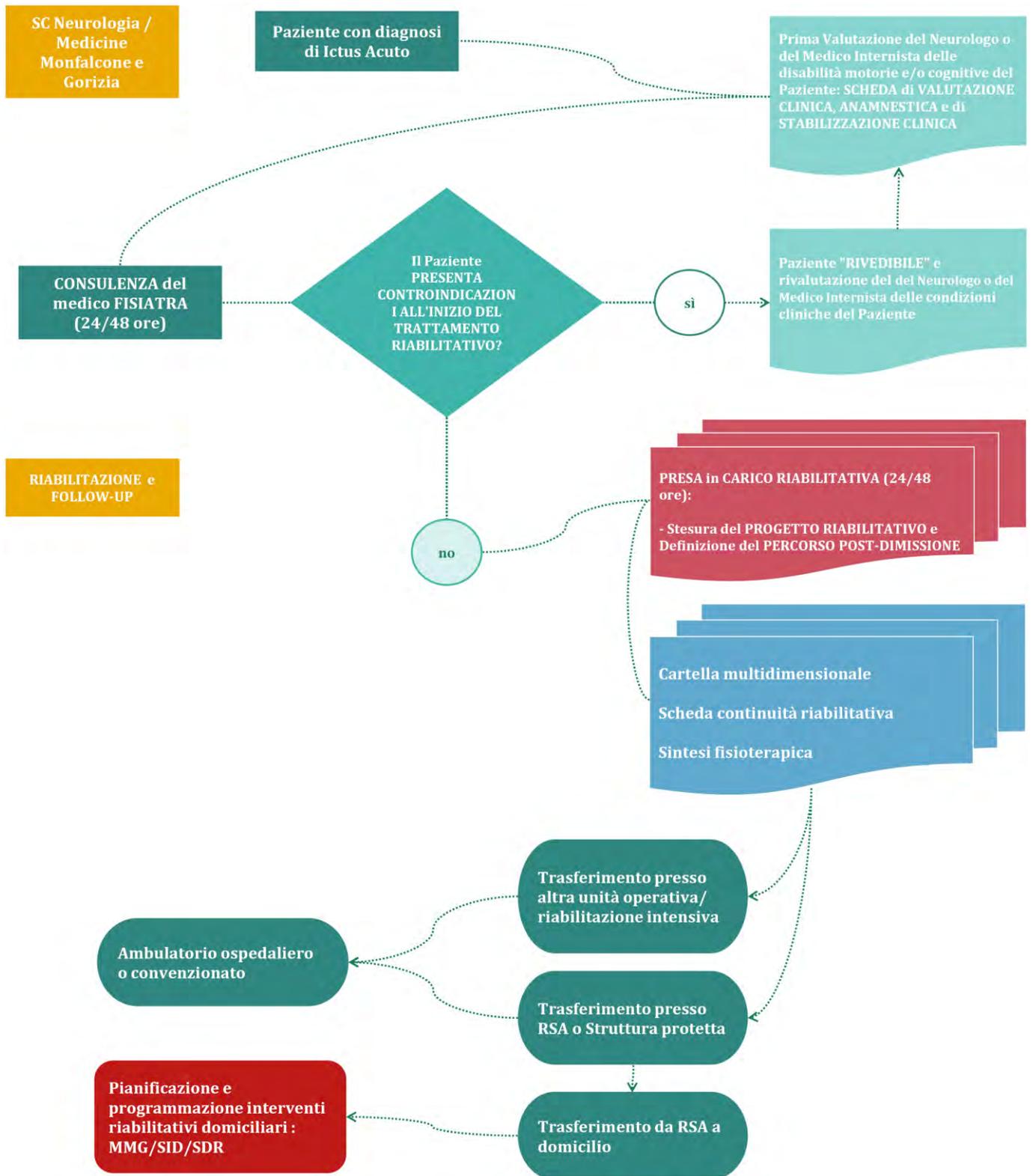


Fig. 16 - FASE OSPEDALIERA - RIABILITAZIONE INTRAOSPEDALIERA e RIFERIMENTO al TERRITORIO nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

Allegato Nr. 2: Indicatori di Struttura, Processo ed Esito

Fase del Percorso		Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Standard di Qualità	Struttura	Processo
1	<p>PREVENZIONE (Ambiente di vita e di lavoro)</p> <p>In Area Vasta i MMG, da singoli o associati in CAP, AFT, ecc., individuano i cittadini ad alto rischio usando una scala del rischio validata con lo scopo di attivare interventi preventivi mirati (stili di vita e farmacologici)</p> <p>In Area Vasta sono attive le iniziative di informazione e di prevenzione previste dai Piani Nazionali (CCM) e Regionale</p> <p>Nel territorio delle Province di Gorizia e Trieste sono condotte campagne e azioni specifiche miranti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre la prevalenza dei fattori di rischio per Ictus nei residenti, - ridurre l'incidenza e delle sue complicanze <p>e</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere corretti stili di vita, in modo particolare per i cittadini esposti ad alto rischio. <p>Tutte le iniziative sono coordinate con i piani (di prevenzione) esistenti e prevedono il coinvolgimento dei MMG, delle loro organizzazioni territoriali (Cure Primarie) e hanno il sostegno della Comunità e delle Associazioni dei pazienti.</p> <p>ORGANIZZAZIONE PREVISTA: MMG; Distretto Sanitario e altri Servizi (SID, Dipt. Prevenzione, Dipt. Dipendenze, specialisti, ecc.)</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione dedicata:</p> <p>a) alle attività di promozione di corretti stili di vita</p> <p>b) a campagne informative sui principali fattori di rischio nei luoghi di vita e lavoro dei residenti</p> <p>c) a fornire valutazioni di alti livelli qualitativi e standardizzati del rischio individuale di Ictus e delle altre patologie prevalenti nei residenti, a cura dei MMG</p> <p>d) a garantire adeguati trattamenti (anche farmacologici) per ridurre il rischio individuale di Ictus e delle altre patologie croniche, a cura del sistema di Cure Primarie</p> <p>e) al riconoscimento precoce di segni e sintomi suggestivi di Ictus Acuto e altre patologie cerebrovascolari</p>	<p>a) # di persone a rischio valutati dai MMG attraverso una scala di rischio validata</p> <p>b) # Incontri pubblici ed eventi SPECIFICI dedicati alla promozione di corretti stili di vita e alla prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare</p> <p>c) # Incontri dedicati a gruppi ad alto rischio (pazienti con TIA e Ictus acuto in follow-up) per il riconoscimento precoce di segni e sintomi</p> <p>d) # di pazienti esposti ai più noti fattori di rischio sottoposti ad eventi formativi/informativi</p> <p>e) % Pazienti ipertesi in trattamento</p> <p>f) % fumatori coinvolti in programmi per la cessazione del fumo che hanno modificato l'abitudine al fumo</p> <p>g) % di prescrizione di Statine</p> <p>h) # Pazienti diabetici sotto controllo glicemico (emoglobina glicata <7)</p> <p>i) % di prescrizione di antiaggreganti/ anticoagulanti in soggetti con patologia aterosclerotica nota (IMA, ICTUS arteriopatia obliterante arti inferiori)</p> <p>j) % di soggetti trattati con anticoagulanti orali o antiplastrinici nella popolazione con diagnosi di fibrillazione atriale permanente</p> <p>% persone coinvolte in programmi per la promozione dell'attività fisica ed hanno aumentato la quota di tempo dedicata</p>
(segue)			

		Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura Processo
1	(continua) PREVENZIONE (Ambiente di vita e di lavoro)		<p>Esito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Variazione prevalenza dei fattori di rischio noti nella popolazione generale (Studio PASSI) - % abitudine al fumo per fascia d'età e genere - % sovrappeso ed obesità - Tassi di mortalità per Accidenti Cerebrovascolari - Tasso di ospedalizzazione (sia per Ictus che per altre patologie cerebrovascolari) (Incidenza?) - Tasso di accesso di pazienti con Ictus e/o TIA al Pronto Soccorso - Proporzioni Pazienti (ospedalizzazione) per Ictus entro un mese/un anno da un primo ricovero per TIA - Variazione Indici di "disabilità" (Variazione BARTHEL Index/RANKIN/FIM, ecc.) nei pazienti dimessi da Stroke Unit
2	118: Prima valutazione del paziente e trasferimento al Pronto Soccorso (FASE PRE-OSPEDALIERA)	<p>Tutti i pazienti su cui interviene il sistema di soccorso territoriale (ambulanza-118) e presentano un esordio subdolo e sintomatologia neurologica sono sottoposti a screening diagnostico per Ictus Acuto o Attacco Ischemico transitorio (TIA) attraverso una scala validata.</p> <p>Coloro che hanno segni neurologici persistenti e considerati positivi allo screening con scala validata e ai quali è stata esclusa una ipoglicemia, con possibile diagnosi di Ictus sono trasferiti presso la sede HUB della rete entro 1 ora dal contatto con il mezzo di soccorso</p>	<p>a) Proporzioni di Pazienti a cui è stato somministrata la scala di Cincinnati(*) con successiva diagnosi di Ictus Acuto</p> <p>c) Proporzioni di Pazienti con diagnosi di Ictus Acuto che accedono al PRONTO SOCCORSO con mezzi diversi dall'autoambulanza (118)</p> <p>d) Tempo di intervento dei mezzi 118 alla chiamata sui pazienti dimessi con Ictus Acuto (ora chiamata - arrivo a domicilio)</p> <p>e) Tempo d'attesa Triage dei pazienti con successiva diagnosi di Ictus Acuto</p> <p>f) Proporzioni di codice Triage Giallo/rosso nei pazienti dimessi con diagnosi di Ictus Acuto</p>
3	Accesso in PS e Consulenza Neurologica (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	<p>I pazienti che accedono al PS dal sistema 118 con sospetto Ictus Acuto ricevono entro 30 minuti la consulenza del Neurologo</p>	<p>a) Esistenza di un'organizzazione che garantisca l'utilizzo di uno strumento validato per lo screening dell'Ictus Acuto</p> <p>b) Esistenza di un'organizzazione che garantisca la diagnosi differenziale con altre patologie (Stroke Mimic) e che possa trasferire il paziente <u>entro TRE ORE</u> dall'esordio dei segni e sintomi presso il Pronto Soccorso e la Stroke Unit di riferimento (Hub)</p> <p>Esistenza di un'organizzazione che garantisca la presenza del Neurologo nell'Ospedale di riferimento di II Livello</p> <p>Proporzioni di Pazienti con sospetto di Ictus Acuto che ricevono una consulenza del neurologo entro 30 minuti dall'accesso nel PS dell'Ospedale di riferimento di II Livello(*)</p>

		Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura
4	Neuro-Imaging (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	I Pazienti con Ictus Acuto devono ricevere un'indagine di Neuro(brain)-imaging entro un'ora dall'accesso in Pronto Soccorso	Esistenza di un'organizzazione che assicuri l'esecuzione di un'indagine di neuro-imaging entro un'ora dall'accesso del paziente in Ospedale con sospetto di Ictus Acuto
			Processo a) Proporzione di pazienti con diagnosi di Ictus Acuto sottoposti a indagine di neuro-imaging b) TIMING Neuro-Imaging: Proporzione di Pazienti con sospetto Ictus Acuto e sottoposti entro 1 ora dall'accesso(*) ad esame TAC (*)Vedi monitoraggio TA radiologici in Urgenza x il PS
5	Accesso del paziente con sospetto di Ictus Acuto alla Stroke Unit (FASE OSPEDALIERA)	I Pazienti con un sospetto di Ictus Acuto sono ammessi direttamente alla Stroke Unit, sono valutati per effettuare la trombolisi sistemica e sottoposti a trombolisi, se indicato	Evidenza di un'organizzazione che assicuri ai pazienti con sospetto Ictus Acuto l'accesso diretto alla Stroke Unit e la successiva valutazione clinico-strumentale preliminare alla Trombolisi, se indicata, entro quattro ore e trenta minuti dall'esordio dei segni e sintomi L'accesso diretto alla Stroke Unit include la presenza dello specialista all'accettazione in Pronto Soccorso. Per valutare l'efficienza tecnica dell'organizzazione non viene considerato il trasferimento interno da altro reparto medico o dalla Medicina d'Urgenza o Terapia Intensiva in Stroke Unit
			a) Proporzione di Pazienti con sospetto Ictus Acuto e <u>ricovero diretto</u> in Stroke Unit b) Proporzione di pazienti con Trombolisi sul totale dei pazienti con diagnosi di Ictus Acuto - Indicatore JCHO STK #04(*) c) Proporzione di Pazienti con sospetto Ictus Acuto che accedono direttamente alla Stroke Unit e sono sottoposti a Trombolisi entro 4½ ore dall'esordio di segni e sintomi- Indicatore JCHO STK #04(*) d) % pazienti trasferiti da Reparto diverso dalla Clinica Neurologica in Stroke Unit e) % Infermieri, OSS e Fisioterapisti dedicati all'assistenza di pazienti con Ictus Acuto f) Altri Indicatori JCHO: STK#01 (profilassi della Trombosi Venosa Profonda); STK#05 (Terapia antitrombotica entro 48 ore dall'accesso); STK#02 (Farmaci antitrombotici alla dimissione); STK#03 (Farmaci Anticoagulanti alla dimissione nei pazienti con Ictus e Fibrillazione Atriale); STK#06 (Statine prescritte alla dimissione)
			Esito - Mortalità Intraospedaliera per Ictus Acuto - Tasso mortalità per Ictus Acuto a 30-60 e 180 giorni - BARTEL/RANKIN scales - Proporzione pz. con recidiva ospedalizzati di ictus entro 1 anno dal primo ricovero - Proporzione pz. ospedalizzati per ictus entro un anno da un ricovero TIA - Variazione del Quality Index (SFR 26) nei pazienti dimessi da Stroke Unit

		Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura
6	Screening deglutitorio, valutazione clinica logopedia della deglutizione e piano nutrizionale personalizzato del Paziente accolto in Stroke Unit o altro Reparto ospedaliero (FASE OSPEDALIERA)	<p>All'ammissione in reparto in tutti i soggetti con ictus acuto viene testato, tramite screening deglutitorio, il rischio di disfagia prima di iniziare a somministrare alimenti, bevande o farmaci per via orale; questo può essere eseguito da personale infermieristico adeguatamente formato (entro le 24 ore dall'accoglimento).</p> <p>I Pazienti che risultano ancora positivi al secondo screening (ulteriori 24 ore), vengono sottoposti dai logopedisti ad una valutazione deglutitoria approfondita .</p> <p>Tutti i Pazienti ricevono un adeguato piano nutrizionale personalizzato.</p>	<p>Struttura</p> <p>Esistenza di un'organizzazione che assicuri ad ogni Paziente con Ictus Acuto uno screening deglutitorio con piano nutrizionale individualizzato</p> <p>Processo</p> <p>a) Proporzioe di Pazienti con Ictus Acuto sottoposti a screening deglutitorio(*) all'ammissione in Stroke Unit o altro reparto</p> <p>b) Proporzioe di Pazienti con Ictus Acuto che hanno una valutazione clinica dell'atto deglutitorio effettuata da logopedisti entro 48 ore dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto ospedaliero (e che non sono alimentati o sottoposti ad altro trattamento per OS)(*)</p>
7	Valutazione e gestione del Paziente con Ictus Acuto (Stroke Unit e Altro Reparto Internistico - RIABILITAZIONE) (FASE OSPEDALIERA - Riabilitazione)	<p>I Pazienti con Ictus Acuto sono valutati e gestiti da personale infermieristico specializzato nel nursing riabilitativo entro 24ore dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto.</p> <p>Il fisiatra effettua la consulenza entro 24 ore dalla richiesta del reparto</p> <p>Tutto il team (equipe) riabilitativo prende in carico il paziente entro 48 ore dalla richiesta di consulenza fisiatrica attraverso una valutazione multidimensionale (VMD) garantendo la stesura del <u>Progetto Riabilitativo Individuale</u></p> <p>(il team riabilitativo intraospedaliero include la rieducazione neuromotoria e neuro cognitiva e l'intervento del neuropsicologo, se necessario)</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione che assicuri al Paziente con Ictus Acuto l'immediato accesso ai servizi riabilitativi specialistici</p> <p>a) Proporzioe Infermieri formati</p> <p>b) Proporzioe di Pazienti valutati entro 24 ore dall'infermiere e dal medico (Indicatore JCI-Completezza Cartella clinica)</p> <p>c) Proporzioe di Pazienti valutati dal Fisiatra entro 24 ore dalla richiesta di consulenza (consulenza Fisiatrica) - Indicatore JCHO STK #10(*)</p> <p>d) Proporzioe di Pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro 48 ore dalla consulenza fisiatrica - Indicatore JCHO STK #10(*)</p> <p>e) Proporzioe di Pazienti registrati attraverso la Scheda Multidimensionale(*)</p> <p>f) Proporzioe di Pazienti con Ictus Acuto per i quali è definito un PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE entro 5 giorno dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto dell'Ospedale</p> <p>g) Proporzioe di Paziente con Ictus Acuto per i quali sono stati misurati i 5 criteri di dimissibilità(*)</p>

		Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura
8	RIABILITAZIONE PRECOCE (FASE OSPEDALIERA - RIABILITATIVA)	<p>Ai Pazienti con Ictus Acuto viene garantito lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/sett, per un livello che permetta al Paziente di raggiungere i suoi obiettivi riabilitativi (individuati nel Progetto Riabilitativo Individuale) e sia capace di tollerarli^(^)</p> <p>^(^) La tollerabilità dell'esercizio riabilitativo è definito come la capacità fisica e cognitiva del Paziente di partecipare attivamente al trattamento</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione(§) che possa garantire ai Pazienti con Ictus Acuto viene lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/sett</p> <p>(§) Esistenza di un servizio in grado di assicurare rieducazione neuromotoria e neuro cognitiva e l'intervento del neuropsicologo, se necessario. Ai Pazienti devono essere assicurate anche le terapie nutrizionali</p>
9	Riabilitazione INTRAOSPEDALIERA (FASE OSPEDALIERA - FASE Territoriale RIABILITATIVA) (standard anche estendibile alla FASE TERRITORIALE - RIABILITATIVA)	<p>Al termine della fase acuta (diagnosi e riabilitazione precoce [nr.8]) i Pazienti con Ictus acuto vengono indirizzati al setting riabilitativo più appropriato ai loro bisogni clinici, riabilitativi e assistenziali utilizzando l'algoritmo di "uscita" del paziente previsto dalla scala di Valutazione Multidimensionale (VMD) (Domicilio, Ambulatori, ADI, Struttura riabilitativa specialistica o territoriale)</p>	<p>Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto per i quali la registrazione delle due VMD è completa</p> <p>Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto che al termine della fase acuta (diagnosi e trattamento) hanno bisogno di un trattamento riabilitativo (esiti delle due Valutazioni Multidimensionali)(*)</p> <ul style="list-style-type: none"> - % Pazienti con Ictus Acuto che necessitano di riabilitazione intensiva (/Estensiva)(*) - % Dimessi a domicilio (e durata della degenza)(*) - % Trasferiti presso la SC di Riabilitazione Medica(*) - % Trasferiti presso Pineta del Carso(*) - % Prese in carico dalla "Continuità Infermieristica"(*) - % Riferiti alla riabilitazione ambulatoriale (Ospedale e Territorio)(*) <p>(*) Misure ad-hoc (esiti della Scheda Multidimensionale)</p>

		Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura
10	Gestione dei deficit vescico-sfinterici (FASE OSPEDALIERA - FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE)	<p>Ai Pazienti con Ictus Acuto nei quali perdurano deficit vescico sfinterici nelle due settimane successive la diagnosi, sono rivalutati per identificare le cause dei disturbi ed essere trattati secondo un programma terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi caregivers</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione locale(s) che assicuri ai Pazienti con deficit vescico-sfinterico che perduri oltre le due settimane dalla diagnosi una rivalutazione ed un piano terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi carers</p> <p>(s) i Pazienti con Ictus che hanno deficit vescico-sfinterici oltre le due settimane dalla diagnosi dovrebbero essere dimessi al domicilio SOLO dopo che i caregiver (rete parentale e familiari) o lo stesso Paziente sono adeguatamente stati addestrati alla gestione domiciliare del problema. Inoltre deve essere garantito il supporto dei servizi territoriali e sociali (attivazione del MMG), così che il Paziente abbia a disposizione un continuo rifornimento dei presidi necessari alla gestione dei disturbi vescico-sfinterici</p>
11	Valutazione dei disturbi dell'umore e disturbi cognitivi (FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE - FASE TERRITORIALE e Follow-up)	<p>Tutti i Pazienti con Ictus vengono sottoposti entro SEI settimane dall'episodio acuto (diagnosi), attraverso strumenti validati, ad una valutazione dei disturbi dell'umore e/o cognitivi effettuati dagli psicologi e neuropsicologi</p> <p>Lo standard si applica sia nel setting ospedaliero che in quello territoriale.</p>	<p>Proporzione di Pazienti con Ictus sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi a una valutazione dei disturbi dell'umore e/o cognitivi attraverso strumenti validati(*)</p> <p>(a) Proporzione di Pazienti con Ictus sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi ad una valutazione dei disturbi dell'umore attraverso strumenti validati</p> <p>(b) Proporzione di Pazienti con Ictus sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi ad una valutazione dei disturbi cognitivi attraverso strumenti validati</p> <p>Denominatore – #Totale Pazienti cui è stata fatta una NUOVA diagnosi di Ictus Acuto nel periodo di osservazione</p>

		Misure (Indicatori di Qualità)		
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura	Processo
12	<p>Presa in carico (a lungo termine) dei pazienti (Carer provisions)</p> <p>(FASE TERRITORIALE - Follow-up)</p>	<p>Coloro che prendono in carico il Paziente con diagnosi di Ictus acuto nelle strutture territoriali o a domicilio dispongono delle informazioni necessarie alla gestione del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) - informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) - sono addestrati per fornire le cure necessarie 	<p>(a) Evidenza che l'organizzazione locale assicuri ai caregivers:</p> <ul style="list-style-type: none"> - i riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) - le informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) - l'addestramento per fornire le cure necessarie <p>(b) Evidenza che la formazione ed il training dei caregivers sia completo</p>	<p>Proporzione di caregivers che:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) sono in possesso dei riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) (b) hanno informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) (c) un adeguato addestramento nella gestione del paziente con Ictus Acuto <p>Denominatore: # caregivers dei Pazienti con Ictus Acuto</p>

(*) Misure ad-hoc

ALLEGATO nr.3

Ipotesi di lavoro per garantire collaborazione di consulenza radiologica h24 tra le Strutture dell'Area Vasta Giuliano Isontina. – Accordo di Area Vasta del 30 giugno 2014, Obiettivo nr. 06

Premessa:

La **S.C. Radiologia di Cattinara (AOUTS)** garantisce prestazioni di radiologia tradizionale, scopia di sala operatoria, mammografia, ecografia ed ecocolor Doppler, TC, RM in regime ordinario e di urgenza dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20.

La radiologia interventistica viene garantita da lunedì a venerdì nella fascia oraria 8-14 e, compatibilmente con la disponibilità del personale, nella fascia oraria 14.20.

Nella fascia oraria 20-8 e nella fascia oraria 8-20 delle giornate di sabato e festivi vi è un servizio di guardia attiva garantita da un medico e da 2 tecnici di radiologia medica (TSRM) per procedure urgenti (radiologia tradizionale, TC, ecografie, RM unicamente per trauma midollare) a favore di pazienti ospedalizzati o afferenti al Pronto Soccorso. In queste fasce orarie vi è inoltre 1 medico reperibile per reperibilità generale e, nella fascia oraria 8-20 del sabato e dei festivi, vi è anche 1 medico reperibile, 1 TSRM reperibile e 1 infermiere professionale reperibile per alcune procedure di radiologia interventistica vascolare.

Nel corso del 2013 sono stati eseguiti in corso di servizio diurno (8-20) di sabato e festivi complessivamente 13.025 esami di cui 5.040 rx (prevalentemente scheletrici), 4.000 rx torace, 3.326 TC, 940 ecografie e 143 RM (120 delle quali però eseguite di sabato come attività ordinaria, nel periodo nel quale è stata sostituita la RM del Burlo).

Sempre nel corso dello stesso anno durante il servizio di guardia notturna sono stati eseguiti complessivamente 18.955 esami di cui 8.558 rx (prevalentemente scheletrici), 4.100 rx torace, 3.637 TC, 1.832 ecografie e 179 RM.

Nel corso del 2013 nella fascia oraria 20-8 e nella fascia diurna 8-20 sabato e festivi sono state inoltre effettuate 60 procedure di radiologia interventistica vascolare e 141 scopie di sala operatoria.

La **S.C. di Radiologia dell'Ospedale Maggiore (AOUTS)** garantisce prestazioni di radiologia tradizionale, mammografia, TC, RM, ecografie ed ecocolor Doppler in regime ordinario e di urgenza dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20.

Nella fascia oraria 8-20 delle giornate di sabato e festive vi è un servizio di guardia attiva garantita da un medico e da un tecnico di radiologia medica (TSRM) per procedure urgenti (radiologia tradizionale, TC, ecografie) a favore di pazienti ospedalizzati o afferenti al Pronto Soccorso. Nella fascia oraria 8-20 delle giornate di sabato e festive sono state eseguite nel 2013 n. 2.353 prestazioni radiologiche (radiologia tradizionale n. 1.969, ecografia n. 248, TC n. 136).

Nella fascia oraria 20-8 per tutti i giorni della settimana vi è un servizio di pronta disponibilità garantita da un medico e da un TSRM per procedure urgenti (radiologia tradizionale, TC, ecografie) a favore dei soli pazienti ospedalizzati. In questa fascia sono state eseguite nel 2013 n. 49 prestazioni radiologiche (radiologia tradizionale n. 40, ecografie n. 1, TC n. 8).

I dirigenti medici di questa S.C. prestano inoltre servizio di guardia attiva notturna presso l'UCO di Radiologia di Cattinara (l'altro polo ospedaliero dell'AOUTS) in alternanza con i dirigenti medici afferenti a quella Struttura, con una ripartizione nel numero di guardie effettuate proporzionale al n. di dirigenti medici delle due Strutture.

La **SC Radiologia Burlo** assicura esami di radiologia convenzionale, ECO, TC e RM in regime ordinario e di urgenza dal Lunedì al Venerdì nelle fasce orarie dalle h. 08 alle h.16.

Nei restanti periodi gli esami sono svolti in regime di reperibilità sia per medico che per tecnico (TSRM) con la seguente cadenza:

- Dalle h. 16 alle h. 08 del giorno successivo
- Dalle h. 16 del Venerdì alle h. 08 del Lunedì successivo
- Dalle h. 08 alle h. 08 del giorno successivo durante le festività infrasettimanali

Gli esami eseguibili in regime di reperibilità sono a favore di utenti ricoverati o di PS e comprendono: Scopie di sala operatoria, Radiologia Convenzionale, ECO (compresa assistenza a drenaggi e colorDoppler), TC cranio e body senza e con contrasto. Sono assicurate anche alcune tipologie di RM (neuro e feto-placentari). Tutti gli esami sono approvati ed eseguiti dopo contatto diretto con i prescrittori e si avvalgono completamente dei processi di accettazione, esecuzione, trasferimento di immagini, refertazione e archiviazione della normale attività in regime ordinario.

Nel corso del 2013 sono stati eseguiti in regime di reperibilità n. 3.809 esami, così ripartiti:

Scopie di sala	n.	119	3,1%
Ecografie	n.	848	22,2%
RM	n.	71	1,8%
TC	n.	143	3,7%
RX	n.	2.628	69,0%

In **Azienda Sanitaria Isontina** esistono due Strutture Complesse di Diagnostica per immagini, una dislocata presso il presidio di Gorizia ed una presso il presidio di Monfalcone.

In entrambi i presidi è prevista la pronta disponibilità del medico radiologo e del tecnico nelle ore notturne e nei festivi.

Il medico è disponibile delle ore notturne (20-8), dalle 13 alle 17 e dalle 19.30 del sabato e nei festivi dalle 7.30 alle 9.30 e dalle 12.30 alle 17 e dalle 19.30 .

Per quanto riguarda il TSRM la situazione è differenziata tra Gorizia e Monfalcone.

Gorizia :

lun-ven	19.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile
sabato	13.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile		
	13.30-19.30	1 Tecnico diagnostica	in		turno
	19.30-07.30	1 Tecnico diagnostica	Reperibile		
dom/fes	07.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile

Monfalcone :

lun-ven	19.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile
sabato	14.42-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile
dom/fest	07.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile

Per quanto riguarda le prestazioni di diagnostica per immagini richieste ed erogate in reperibilità per tipologia e per sede nell'intero 2013 sono le seguenti:

	GORIZIA	MONFALCONE
Prestazioni Erogate	N. erogate in reperibilità	N. erogate in reperibilità
Ang	28	13
Bio	2	
Eco	221	171
RM	81	30
Rx	3.338	4.010
Sco	43	24
TC	939	721
Totale complessivo	4.652	4.969

Proposta:

Si ritiene che nessuna ipotesi di collaborazione possa prescindere da una presenza (anche organizzata in modi diversi) del medico radiologo in tutte le sedi ospedaliere, ciò sia perché non è ipotizzabile che anche le refertazioni delle indagini di routine siano centralizzate, sia perché alcune pratiche (es: ecografie) devono necessariamente svolgersi perifericamente se necessario.

Stante l'attuale situazione informatica, si ritiene possibile il trasferimento degli studi necessari tra professionisti e sistemi diagnostici adeguati, previa acquisizione del consenso da parte del paziente.

Questa proposta di lavoro ha una sua valenza condivisa dalle Aziende a prescindere dall'articolazione che avrà il SSR nel futuro, configurando un supporto specialistico qualificato su questioni specifiche e ben individuate che in ogni caso appare utile e necessario.

In riferimento al **teleconsulto in ambito radiologico all'interno dell'Area Vasta**, si propone di utilizzare questa collaborazione nelle seguenti situazioni:

- 1) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone al medico radiologo della S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara per second opinion in casi dubbi
- 2) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone presso la S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara per second opinion in previsione di eventuale trasferimento di paziente per effettuazione di procedura interventistica vascolare (da lunedì a venerdì, dalle 8 alle 14, e il sabato e festivi dalle 8 alle 20)
- 3) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone al medico radiologo della S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara per second opinion in previsione di eventuale trasferimento di paziente presso la Stroke Unit dell'Ospedale di Cattinara
- 4) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone al medico radiologo della S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara in previsione di eventuale trasferimento di paziente presso la Neurochirurgia dell'Ospedale di Cattinara
- 5) La SC Radiologia Burlo si propone per un'attività di teleconsulenza-teleferitazione su casi di Radiologia Pediatrica di A.V. (radiologia convenzionale, RM, TC) durante l'attività ordinaria dal lunedì al venerdì.

