

PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI E ASSISTENZIALI INTERAZIENDALI PER LE
RETI INTEGRATE DI ONCOLOGIA, CARDIOCHIRURGIA, NEUROCHIRURGIA, CHIRURGIA
TORACICA, CARDIOLOGIA (SINDROME CORONARICA ACUTA), EMATOLOGIA,
RADIOTERAPIA, RIABILITAZIONE POST-ACUZIE, OFTALMOLOGIA.



Considerato

- che negli ultimi anni è stato fortemente ridimensionato il ruolo dell'ospedale nell'ambito di numerosi processi assistenziali, soprattutto per quanto concerne l'assistenza a pazienti affetti da patologie a carattere cronico-degenerativo.
- che i processi di riorganizzazione dei sistemi sanitari regionali sono stati finalizzati, nell'ultimo decennio, soprattutto al potenziamento delle strutture sanitarie territoriali, in quanto ritenute più adeguate al trattamento delle patologie croniche, affidando all'ospedale il ruolo di struttura deputata al trattamento delle acuzie non altrimenti trattabili.
- che questo processo di riorganizzazione dei modelli assistenziali ha richiesto, inevitabilmente, l'implementazione e sviluppo di percorsi diagnostici-terapeutici integrati tra Ospedale e Territorio, all'interno del quale sono stati individuati e condivisi i ruoli, le competenze e le professionalità necessarie a garantire le diverse fasi del percorso assistenziale, secondo un modello integrato e multidisciplinare di presa in carico del paziente.
- che la rete integrata e multidisciplinare Ospedale-Territorio rappresenta, al momento attuale, il modello di risposta più adeguato al soddisfacimento dei bisogni di salute delle popolazioni.

Dato atto

- che le strutture sanitarie di eccellenza rappresentano, nell'ambito della rete Ospedale-Territorio, il luogo di cura in cui si realizzano quelle attività assistenziali di alta specializzazione, in quanto presentano professionalità, tecnologie e modelli organizzativi complessi, che gli ospedali periferici per acuti non possono garantire.
- che l'integrazione tra strutture di eccellenza e quelle periferiche si realizza secondo il modello integrato dell'hub and spoke (perno e raggi), che prevede il collegamento tra una sede centrale di riferimento (hub) e più sedi periferiche (spoke), per lo svolgimento in maniera integrata di attività e processi connotati da particolare complessità da svolgersi mediante percorsi assistenziali condivisi.
- che le relazioni tra sede centrale di riferimento e sedi periferiche devono ispirarsi ai seguenti criteri:
 - ✓ il governo del percorso clinico del paziente in carico alle unità periferiche;
 - ✓ la selezione e l'invio dei pazienti agli hub secondo protocolli condivisi con gli spoke, a garanzia dell'appropriatezza;

- ✓ la gestione integrata del paziente, che dopo aver eseguito la procedura e non appena le sue condizioni lo permettono, ritorna allo spoke per il completamento del percorso ed il follow-up.

Considerato, pertanto

- che il modello hub and spoke traduce nella pratica il modello delle reti cliniche, che va sviluppato in tutti i settori, a partire da quelli di alta complessità (emergenza, patologia cardiovascolare, patologia neuro-cerebrovascolare, oncoematologia etc.) cioè quelle che si caratterizzano per la severità dei quadri clinici e per la complessità delle tecnologie.
- che tali reti si avvalgono naturalmente delle competenze e delle professionalità operanti nelle strutture di alta specialità, ovvero quelle che sviluppano attività di discipline ad ampio bacino d'utenza per loro natura fortemente specialistiche.

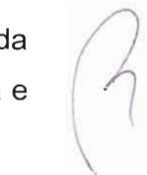
Vista

- la dimensione regionale assunta rispettivamente dall'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, dall'I.R.C.C.S. CROB di Rionero e, per alcuni aspetti, dall'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e dall'Ospedale di Venosa, che ne accentua proprio la funzione di strutture di riferimento finale (HUB) per una serie di reti cliniche e di percorsi assistenziali, per il sistema di emergenza-urgenza regionale e per prestazioni di eccellenza (con riferimento alle professionalità ed alle tecnologie).

Ritenuto

- di dover attivare un percorso assistenziale interaziendale per pazienti afferenti all'Azienda Ospedaliera San Carlo, all'I.R.C.C.S. Crob, all'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e all'Ospedale di Venosa che necessitano di trattamenti di:

- ✓ Oncologia
- ✓ Cardiochirurgia,
- ✓ Neurochirurgia,
- ✓ Chirurgia Toracica,
- ✓ Cardiologia (Cardiopatía Ischemica - SCA)
- ✓ Ematologia
- ✓ Radioterapia
- ✓ Riabilitazione
- ✓ Oftalmologia



Preso atto

- della disponibilità dei professionisti dell'Azienda Ospedaliera San Carlo, dell'I.R.C.C.S. Crob e dell'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera e dell'Ospedale di Venosa ad operare presso strutture periferiche collocate nell'ambito di rilevanti percorsi clinico-assistenziali.

Vista

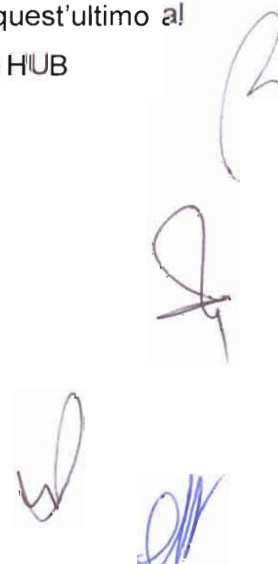
la Legge regionale n. 12 del 01 luglio 2008 di "Riassetto organizzativo e territoriale del SSR" con la quale sono state istituite l'Azienda Sanitaria locale di Potenza (ASP) e l'Azienda Sanitaria locale di Matera (ASM);

Ritenuto pertanto

necessario definire un protocollo assistenziale tra l'ASP, l'ASM, l'Azienda Ospedaliera San Carlo e l'I.R.C.C.S. CROB per garantire assistenza a pazienti che necessitano di trattamento per Oncologia, Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, Ematologia, Cardiologia (Sindrome Coronarica Acuta), Radioterapia, Riabilitazione post acuzie e Oftalmologia.

Precisato che

sono a carico del centro HUB tutte le prestazioni erogate dal personale di quest'ultimo al fine di valutare l'indicazione per l'eventuale ricovero presso la stessa struttura HUB



Tutto ciò espresso in narrativa

Azienda Sanitaria Locale di Potenza, C.F. 01722360763
rappresentata dal Direttore Generale Dr. Pasquale Francesco Amendola

Azienda Sanitaria Locale di Matera, C.F. 01178540777
rappresentata dal Direttore Generale Dr. Vito Nicola Gaudiano

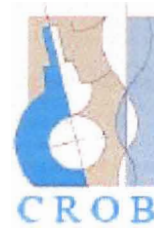
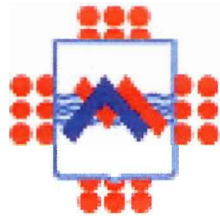
l'Azienda Ospedaliera Regionale "San Carlo" di Potenza, C.F. 01186830764
rappresentata dal Direttore Generale Ing. Giovanni De Costanzo

Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico CROB di Rionero, C.F. 93002460769
rappresentato dal Direttore Generale Dr. Rocco Alessandro Maglietta

condividono e approvano i

Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (P.D.T.A.) Interaziendali
per le seguenti reti integrate:

- ✓ **Oncologia**
- ✓ **Cardiochirurgia**
- ✓ **Neurochirurgia**
- ✓ **Chirurgia Toracica**
- ✓ **Cardiologia (Sindrome Coronarica Acuta)**
- ✓ **Ematologia**
- ✓ **Radioterapia**
- ✓ **Riabilitazione post-acuzie**
- ✓ **Oftalmologia**




RETI INTERAZIENDALI

RETE CARDIOCHIRURGIA**I percorsi assistenziali nella rete dei servizi**

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- ☐ Valutazione
 - ☐ Presa in carico/pianificazione
 - ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
 - ☐ Sicurezza
 - ☐ Indagini diagnostiche
 - ☐ Consulenze
 - ☐ Terapia Medica
 - ☐ Terapia Chirurgica
 - ☐ Interventi e procedure assistenziali
- 


Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- ☐ Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- ☐ Presa in carico nel percorso assistenziale



FASE II: Cura e trattamento

- ☐ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato
- 

FASE III: Dimissione e follow-up

- ☐ Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- ☐ Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.



RETE CARDIOCHIRURGIA**Il percorso assistenziale di accesso****Categorie di cura**

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla struttura di Cardiocirurgia (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla struttura di Cardiocirurgia e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un trattamento cardiocirurgico.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in emergenza ad un Pronto Soccorso DEA o ad un Pronto Soccorso Attivo
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione al trattamento cardiocirurgico, da effettuarsi presso l'Ospedale San Carlo o, dopo l'attivazione del Team mobile presso l'Ospedale di Matera o dopo l'attivazione dell'ambulatorio specialistico di cardiocirurgia presso gli Ospedali sedi di PSA e presso l'Ospedale di Venosa, saranno definite da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

La valutazione del medico di Pronto Soccorso può essere integrata, se necessario, dalla consulenza di altri specialisti (Anestesista rianimatore, Cardiologo).

Nel caso in cui dovesse essere necessaria la consulenza dello specialista cardiocirurgo, non presente nella struttura punto di accesso della rete, si attiverà il teleconsulto, ove possibile, con tutti i criteri di sicurezza e tracciabilità della procedura, oppure, in alternativa, il consulto telefonico, adeguatamente tracciato.

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Cardiocirurgia sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione emodinamica stabile e con autonomia respiratoria
- b. paziente in situazione emodinamica instabile e/o in respirazione assistita

2.1 Paziente in situazione emodinamica stabile e con autonomia respiratoria**2.1.1 Paziente in emergenza**

Il paziente gestito al Pronto Soccorso, dopo la valutazione del medico di P.S., con la eventuale consulenza del medico rianimatore e del medico cardiologo, posta la indicazione al trattamento cardiocirurgico, viene trasferito al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo, sede della struttura operativa di Cardiocirurgia.

Il medico del P.S. dell'Ospedale San Carlo, previa consulenza del medico cardiocirurgo, dispone il ricovero del paziente presso la Unità Operativa del San Carlo ritenuta più appropriata.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Cardiocirurgia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento cardiocirurgico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti. La valutazione specialistica è erogabile anche "in loco" dai cardiocirurghi dell'Ospedale San Carlo con cadenza predefinita; casi clinici che presentano una classe di priorità alta potranno essere valutati presso la Unità Operativa di Cardiocirurgia dell'Ospedale San Carlo, previo accordo diretto con i cardiocirurghi.

2.2 Paziente in situazione emodinamica instabile e/o con respirazione assistita

Il criterio determinante ai fini dell'accesso alla struttura di Cardiocirurgia per questa tipologia di pazienti è la disponibilità del posto letto nella U.O. di Rianimazione Cardiologica dell'Ospedale San Carlo.

Nel caso di disponibilità del posto letto, accertata ed acquisita dal dirigente medico del P.S. o della U.O. di degenza del paziente, gli stessi concordano e definiscono con un dirigente medico della U.O. di Cardiocirurgia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

Nel caso di non disponibilità di posto letto nella U.O. di Rianimazione Cardiologica dell'Ospedale San Carlo, la struttura proponente provvederà a trasferire il paziente in altra idonea struttura fuori regione

3. FASE II. Trattamento

Team mobile di Cardiocirurgia

Per i pazienti che per specifiche condizioni cliniche in atto necessitano di trattamento cardiocirurgico in elezione compatibile con le risorse tecnologiche presenti nel Presidio Ospedaliero di Matera può essere prevista l'attivazione di un team mobile di cardiocirurgia per la erogazione del trattamento presso quest'ultimo presidio ospedaliero, secondo modalità organizzative da definire.

Un possibile modello organizzativo del team è il seguente:

- Composizione del team: due cardiocirurghi, un cardioanestesista, una tecnico perfusionista, un infermiere di sala operatoria.
- Identificazione degli "spazi" idonei presso il Presidio Ospedaliero di Matera (sale operatorie, posto letto in Rianimazione)
- Definizione di una lista di attesa di pazienti affetti da patologie cardiocirurgiche trattabili "in sicurezza" con le risorse tecnologiche del Presidio Ospedaliero di Matera
- Collocazione presso il Presidio di Matera di una macchina cuore-polmone e di un contropulsatore aortico, materiale attualmente in dotazione all'Ospedale San Carlo.
- Composizione di un "set" di strumentario cardiocirurgico di proprietà dell'Ospedale San Carlo da destinarsi alle sedute operatorie presso l'Ospedale di Matera.
- Utilizzo nelle sedute operatorie di materiale "disposable" (circuiti, ossigenatori, protesi valvolari e quant'altro di necessità) in dotazione alla U.O. Cardiocirurgia del San Carlo
- Presenza nel Presidio di Matera, per le prime 24 ore postoperatorie, di un cardiocirurgo e di un cardioanestesista dell'Ospedale San Carlo.
- Reperibilità "a distanza", per le prime 24 ore, di un cardiocirurgo, un tecnico perfusionista e di un infermiere di sala operatoria.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Cardiocirurgia all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative dell'azienda Sanitaria di provenienza più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.



RETE DI NEUROCHIRURGIA**Percorso assistenziale integrato di accesso****I percorsi assistenziali nella rete dei servizi**

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- ☐ Valutazione
- ☐ Presa in carico/pianificazione
- ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- ☐ Sicurezza
- ☐ Indagini diagnostiche
- ☐ Consulenze
- ☐ Terapia Medica
- ☐ Terapia Chirurgica
- ☐ Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- ☐ Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- ☐ Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- ☐ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- ☐ Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- ☐ Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale.

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE NEUROCHIRURGIA

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale per l'accesso alla rete di Neurochirurgia

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete di Neurochirurgia (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla struttura di Neurochirurgia e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un trattamento neurochirurgico.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in emergenza ad un Pronto Soccorso DEA o ad un Pronto Soccorso Attivo
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione al trattamento neurochirurgico, da effettuarsi presso l'Ospedale San Carlo o, dopo l'attivazione del Team mobile di neurochirurgia, presso l'I.R.C.C.S. CROB di Rionero e l'Ospedale di Matera, saranno definite da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

La valutazione del medico di Pronto Soccorso può essere integrata, se necessario, dalla consulenza di altri specialisti (Anestesista rianimatore, Neurologo).

Nel caso in cui dovesse essere necessaria la consulenza dello specialista neurochirurgo, non presente nella struttura punto di accesso della rete, si attiverà il teleconsulto, ove possibile, con tutti i criteri di sicurezza e tracciabilità della procedura, oppure, in alternativa, il consulto telefonico, adeguatamente tracciato.

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Neurochirurgia sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria
- b. paziente in situazione clinica instabile e/o in respirazione assistita

2.1 Paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria

Rientrano in questa categoria i pazienti giunti alla valutazione in situazione di emergenza, i pazienti degenti presso strutture ospedaliere della Azienda Sanitaria di Matera e i pazienti valutati mediante il percorso di assistenza ambulatoriale specialistica.

2.1.1 Paziente in emergenza

Il paziente giunto alla valutazione in emergenza, presso un DEA o un PSA, dopo la valutazione del medico di P.S., con la eventuale consulenza del medico rianimatore e del medico neurologo, posta

la indicazione al trattamento neurochirurgico, viene trasferito al Pronto Soccorso dell'Ospedale San Carlo, sede della struttura operativa di Neurochirurgia, previa comunicazione telefonica al medico della U.O. di Neurochirurgia e al medico di P.S. dell'Ospedale San Carlo. Quest'ultimo, previa consulenza medico neurochirurgo, dispone il ricovero del paziente presso la Unità Operativa del San Carlo ritenuta più appropriata.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Neurochirurgia le indicazioni, la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento neurochirurgico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

2.2 Paziente in situazione clinica instabile e con respirazione assistita

La instabilità della situazione clinica è determinata dalle condizioni cardiocircolatoria, respiratoria e neurologica in atto al momento della valutazione, tenendo anche conto della loro presumibile prossima evoluzione.

Il criterio determinante ai fini dell'accesso alla struttura di Neurochirurgia per questa tipologia di pazienti è la disponibilità del posto letto nella U.O. di Rianimazione presso l'Ospedale San Carlo.

Nel caso di disponibilità del posto letto, accertata ed acquisita dal dirigente medico del P.S. o della U.O. di degenza del paziente, gli stessi concordano e definiscono con un dirigente medico della U.O. di Neurochirurgia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

Nel caso di non disponibilità di posto letto nella U.O. di Rianimazione dell'Ospedale San Carlo, si provvederà a trasferire il paziente presso altra struttura assistenziale idonea.

3. FASE II. Trattamento

Team mobile di Neurochirurgia

Per i pazienti che per specifiche condizioni cliniche in atto necessitano di trattamento neurochirurgico compatibile con le risorse tecnologiche presenti nell'I.R.C.C.S. CROB di Rionero e nel Presidio Ospedaliero di Matera è prevista l'attivazione di un team mobile di neurochirurgia per la erogazione del trattamento presso quest'ultimo presidio ospedaliero, secondo modalità organizzative da definire.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Neurochirurgia all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

RETE CHIRURGIA TORACICA**Percorso assistenziale integrato di accesso****I percorsi assistenziali nella rete dei servizi**

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- ☐ Valutazione
- ☐ Presa in carico/pianificazione
- ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- ☐ Sicurezza
- ☐ Indagini diagnostiche
- ☐ Consulenze
- ☐ Terapia Medica
- ☐ Terapia Chirurgica
- ☐ Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- ☐ Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- ☐ Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- ☐ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- ☐ Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- ☐ Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.



RETE CHIRURGIA TORACICA**Percorso assistenziale integrato di accesso****Il percorso assistenziale di accesso**

Viene definito il percorso assistenziale per l'accesso alla rete di Chirurgia Toracica

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete di Chirurgia Toracica

FASE III: Dimissione dalla struttura di Chirurgia Toracica e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un trattamento chirurgico di competenza della Chirurgia Toracica.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in emergenza ad un Pronto Soccorso DEA o ad un Pronto Soccorso Attivo
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione ad un intervento chirurgico di Chirurgia Toracica, da effettuarsi presso la U.O.C. di Chirurgia Toracica dell'IRCCS CROB di Rionero in Vulture e presso la struttura dell'A.O. San Carlo di Potenza ed eventualmente presso la U.O.C di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Matera con modalità organizzative da concordare, saranno definiti da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

Le tipologie della terapia chirurgica specialistica assicurate dalla rete assistenziale sono le seguenti:

1. chirurgia invasiva e miniinvasiva del polmone e della pleura
2. chirurgia dei tumori mediastinici
3. chirurgia della parete toracica
4. chirurgia della trachea
5. chirurgia dei tumori dell'apice responsabili della sindrome di Pancoast
6. chirurgia funzionale del paziente con insufficienza respiratoria
7. chirurgia estesa nelle infiltrazioni dei grossi vasi mediastinici
8. chirurgia delle metastasi polmonari
9. chirurgia del timo nella miastenia gravis
10. chirurgia nella stadiazione delle malattie linfoproliferative.

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Chirurgia Toracica sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria
- b. paziente in situazione clinica instabile e/o in respirazione assistita

2.1 Paziente in situazione clinica stabile e con autonomia respiratoria

Rientrano in questa categoria i pazienti giunti alla valutazione in situazione di emergenza, i pazienti degenti presso strutture ospedaliere della Regione e i pazienti valutati mediante il percorso di assistenza ambulatoriale specialistica.

2.1.1 Paziente in emergenza

Nel caso del paziente in emergenza la valutazione del medico di Pronto Soccorso può essere integrata, se necessario, dalla consulenza di altri specialisti.

Il paziente giunto in emergenza, presso un DEA o un PSA, dopo la valutazione del medico di P.S., con la eventuale consulenza del medico specialista, previa consultazione telefonica con lo specialista chirurgo toracico di riferimento territoriale, concordata la indicazione alla terapia chirurgica specialistica, viene trasferito presso la struttura indicata.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Chirurgia Toracica di riferimento territoriale l'indicazione, la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento chirurgico ricadente nelle tipologie sopra indicate ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

2.2 Paziente in situazione clinica instabile e/o con respirazione assistita

La instabilità della situazione clinica è determinata dalle condizioni cardiocircolatoria, respiratoria e neurologica in atto al momento della valutazione, tenendo anche conto della loro presumibile prossima evoluzione.

Il criterio determinante ai fini dell'accesso alla struttura di Chirurgia Toracica per questa tipologia di pazienti è la disponibilità del posto letto nella U.O. di Rianimazione nelle strutture territoriali di riferimento.

Nel caso di disponibilità del posto letto, accertata ed acquisita dal dirigente medico del P.S. o della U.O. di degenza del paziente, gli stessi concordano e definiscono con un dirigente medico della U.O. di Chirurgia Toracica la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

Nel caso di non disponibilità di posto letto nella U.O. di Rianimazione si provvederà a trasferire il paziente presso altra struttura assistenziale idonea.

3. FASE II. Trattamento**Team mobile di Chirurgia Toracica**

Per i pazienti che per specifiche condizioni cliniche in atto, necessitano di trattamento di chirurgia toracica compatibile con le risorse tecnologiche presenti nel Presidio Ospedaliero di Matera è prevista, previa valutazione dello specialista chirurgo toracico, la possibilità della erogazione del trattamento presso quest'ultimo presidio ospedaliero, secondo modalità organizzative da definire.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Chirurgia Toracica all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

Le prestazioni ambulatoriali e/o di-consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'h' or 'ch'.A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'M' or 'W'.A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'S' or 'Z'.A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized 'P' or 'R'.

RETE SINDROME CORONARICA ACUTA

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adottò il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- ☐ Valutazione
- ☐ Presa in carico/pianificazione
- ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- ☐ Sicurezza
- ☐ Indagini diagnostiche
- ☐ Consulenze
- ☐ Terapia Medica
- ☐ Terapia Chirurgica
- ☐ Interventi e procedure assistenziali

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- ☐ Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- ☐ Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- ☐ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- ☐ Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- ☐ Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

RETE SINDROME CORONARICA ACUTA

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale di accesso alla Rete della Sindrome Coronaria Acuta

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

- ☐ Valutazione
- ☐ Presa in carico/pianificazione
- ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- ☐ Sicurezza
- ☐ Indagini diagnostiche
- ☐ Consulenze
- ☐ Terapia Medica
- ☐ Terapia Chirurgica
- ☐ Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete SCA (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla/e struttura/e della rete in cui è stata erogata l'assistenza e Continuità assistenziale

FASI E CRITERI

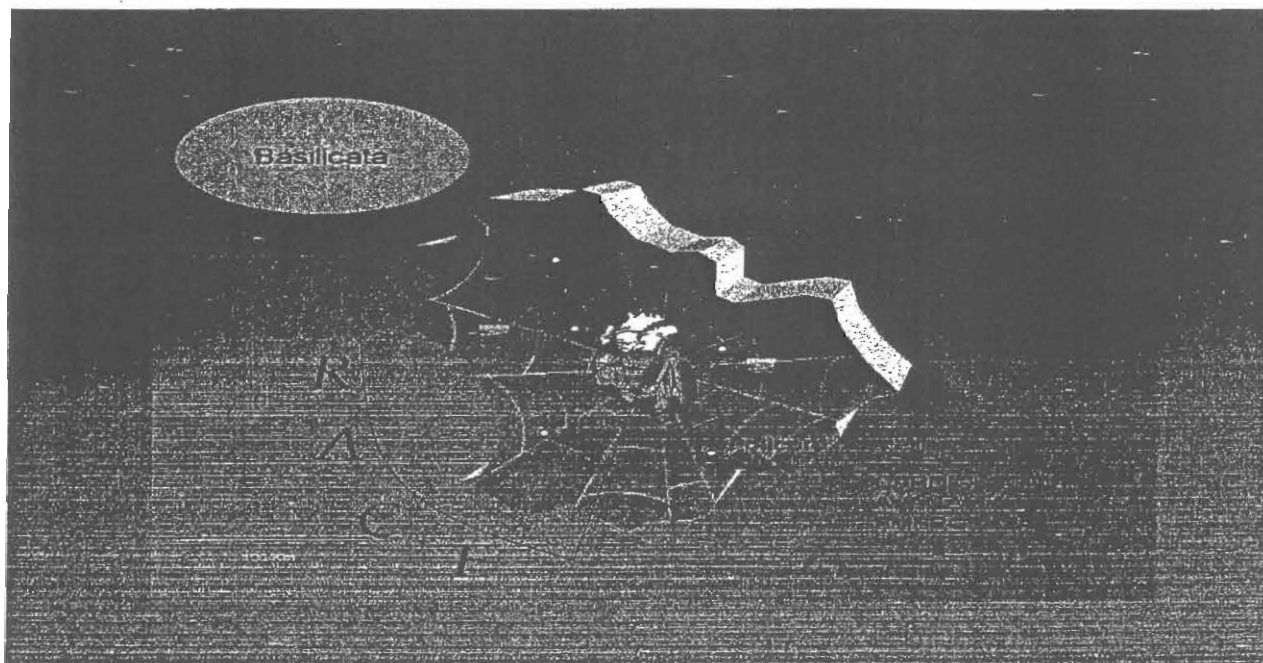
Per tutto quanto attiene alle diverse fasi del percorso assistenziale ed ai relativi criteri per l'accesso e la presa in carico, il trattamento e la dimissione e Continuità assistenziale si rimanda a quanto riportato nel documento "Raccordo territorio-ospedale per la gestione dell'emergenza cardiologica in corso di infarto acuto del miocardio, relativo alla attivazione della rete integrata ospedale-territorio per l'emergenza coronaria, approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1435 del 22 ottobre 2007 che si allega alla presente.

Le prestazioni ambulatoriali e/o di consulenza saranno a carico dell'Azienda HUB.

Gruppo di lavoro "Emergenza Coronarica"

PROPOSTA

**Raccordo territorio-ospedale per
la gestione dell'emergenza cardiologia
in corso di infarto acuto del miocardio.**



1. Premessa

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo occidentale. Ogni anno in Italia circa 150.000 persone vengono colpite da infarto miocardico acuto (IMA) (in Basilicata circa 700).

Negli ultimi anni a fronte di una significativa riduzione della mortalità intraospedaliera (grazie allo sviluppo delle UTIC dal 25-30% degli anni '60 al 6-8% dei nostri giorni) è rimasto purtroppo invariato il numero dei decessi che avviene in fase pre-UTIC al di fuori dell'ospedale: circa il 50% dei pazienti con IMA muore prima di poter raggiungere una struttura ospedaliera.

E' stato, altresì, dimostrato che tali tassi di mortalità e morbidità possono essere ulteriormente e significativamente ridotti grazie alla disponibilità di strategie terapeutiche molto efficaci se effettuate rapidamente (PTCA primaria, trombolisi pre-ospedaliera) ma che purtroppo non hanno ancora la diffusione auspicata.

2. Obiettivo del progetto

L'obiettivo della rete regionale in questo specifico contesto è quello di offrire ai soggetti colpiti da infarto acuto del miocardio il trattamento più rapido ed efficace possibile in relazione alle caratteristiche del paziente ed al luogo in cui si verifica l'evento. Perfezionando e rendendo le "maglie" della rete sempre più piccole ed efficaci si deve tendere ad annullare, o quanto meno a mitigare, l'impatto negativo rappresentato dalla peculiare oro-topografia della nostra Regione (distanze, viabilità, catene montuose, ecc.). In pratica tale obiettivo si traduce nella necessità di garantire un trattamento con farmaci fibrinolitici (in grado di sciogliere rapidamente il trombo responsabile dell'evento acuto) al maggior numero di pazienti possibile e di assicurare un trattamento con angioplastica ai pazienti con IMA ad alto rischio (shock, controindicazioni alla fibrinolisi, infarto esteso, fallimento della fibrinolisi in IMA estesi).

Quindi, la gestione ottimale dei pazienti con IMA prevede la trasformazione del sistema tradizionale di diagnosi e cura, che si basa sulla concentrazione di tutti gli atti medici in un unico luogo (UTIC dell'Ospedale più vicino alla sede dove sono insorti i sintomi) ed effettuati solo da specialisti cardiologi, verso un sistema più complesso dove la diagnosi e la terapia delle primissime fasi potranno essere eseguite in sedi diverse dall'UTIC (territorio, ambulanza, PS) ed anche da altre figure professionali (ad esempio i medici ed il personale dell'Area Emergenza-Urgenza) in stretto contatto operativo con il Cardiologo dell'UTIC di riferimento.

Tale modello organizzativo può essere realizzabile, per i pazienti con dolore toracico acuto che si rivolgono al 118, con la possibilità di eseguire un ECG completo nella sede dell'evento spostando quindi il luogo di diagnosi fuori dall'ospedale.

Nella nostra regione il sistema 118, con la dotazione di 31 ambulanze, di cui solo 7 medicalizzate, effettua circa 17.000 interventi/anno per emergenze sul territorio (dati del 2005 forniti dal Direttore di Basilicata Soccorso). Di questi circa il 50% (8.500 interventi) sono rappresentati da codice rosso per dolore toracico acuto con altissima percentuali di ospedalizzazione.

Da qui la necessità di dotare tutte le ambulanze in dotazione al 118 di un sistema di trasmissione di ECG completo 12 derivazione per via telefonica/GSM a centrali di ricezione e certificazione del tracciato da allocare nei Servizi UTIC della Regione Basilicata dove è presente un cardiologo H-24. Tutto ciò permette di trasferire l'intervento diagnostico del paziente con sospetto IMA sul territorio, riducendo il numero dei pazienti traspostati in ospedale con significativa riduzione delle ospedalizzazioni.

Con l'ulteriore previsto incremento del numero delle ambulanze dotate di telemedicina e l'ulteriore incremento del numero delle ambulanze medicalizzate, è auspicabile anche nella nostra Regione una ulteriore riduzione di ricoveri impropri per tale patologia e la possibilità di anticipare sul territorio l'intervento terapeutico fibrinolitico mirato ad interferire con la storia naturale dell'IMA con l'obiettivo di una riduzione significativa di mortalità pre-ospedaliera.

3. Procedura di intervento

La dotazione sulle attuali ambulanze del 118, di un sistema di trasmissione per via telefonica/GSM, di un elettrocardiogramma (ECG) completo 12 derivazioni, a centrali di ricezione e certificazione del tracciato, è il primo di una serie di interventi definito "catena della sopravvivenza" atto a garantire un soccorso tempestivo e completo al paziente in preda ad attacco cardiaco che comprende:

1. telefonata al 118 per "dolore toracico" da sospetto infarto miocardico;
2. intervento di un'ambulanza di soccorso per monitoraggio dell'ECG e eventuale somministrazione delle terapie farmacologiche di base;
3. invio, con sistema GSM, di ECG a 12 derivazioni all'UTIC di riferimento e consulto telefonico tra il personale del 118 e il cardiologo al fine di stabilire, sulla base di appositi protocolli assistenziali in corso di definizione, ad esempio:
 - a) *trasferimento del paziente presso l'UTIC di riferimento, previa verifica della disponibilità del posto letto, e il contestuale avvio del trattamento fibrinolitico da effettuare durante il trasporto in UTIC;*
 - b) *trasferimento presso UTIC con Emodinamica e quindi avvio del pretrattamento per PTCA primaria previo allertamento del laboratorio di Emodinamica.*
4. accesso diretto dell'ambulanza all'UTIC o al Laboratorio di Emodinamica senza il passaggio al Pronto Soccorso.

La trasmissione dell'ECG a 12 derivazioni pre-ospedaliero, nell'ambito di una rete cardiologica integrata, consente:

1. di formulare già a domicilio una corretta diagnosi di Sindrome Coronarica Acuta (SCA) in pazienti con dolore toracico;
2. di registrare l'ECG in fase critica, con modificazioni transitorie, fondamentali per una corretta diagnosi e quindi per una corretta destinazione e iter del paziente all'interno delle rete dell'emergenza coronarica;
3. di documentare aritmie parossistiche con eventuali implicazioni terapeutiche;
4. di individuare l'UTIC della rete regionale adatta a garantire, in rapporto alle condizioni del paziente, la risposta assistenziale più efficace;
5. di ridurre sensibilmente il ritardo intraospedaliero evitando il passaggio attraverso il Pronto Soccorso;
6. di evitare il passaggio dall'UTIC periferica in pazienti che necessitano di PTCA primaria e quindi evitare il ritardo intraospedaliero "door to balloon" della PTCA primaria avvisando con tempestività il personale reperibile dell'Emodinamica.

4. Pianificazione Operativa

In attesa della implementazione nel circuito delle emergenza-urgenza di Basilicata Soccorso di nuove autoambulanze, il Gruppo Regionale dell'emergenza coronarica ritiene, per quanto sopra esplicitato, che l'attuale sistema della rete della emergenza urgenza (118) con la relativa dotazione di autoambulanze, può consentire l'avvio di una prima fase di sperimentazione del modello di rete integrata della emergenza coronarica, rappresentata dalla possibilità di garantire a domicilio del paziente una

diagnosi di SCA e, quindi, un intervento terapeutico mirato in rapporto alle condizioni cliniche del paziente.

Per avviare tale sperimentazione è necessario dotare le autoambulanze attualmente disponibili presso Basilicata Soccorso di un sistema di registrazione e trasferimento di un ECG completo a 12 derivazioni. Per garantire un ottimale avvio e svolgimento della fase di sperimentazione oggetto del presente documento, parallelamente alla procedura di acquisizione e attivazione sulle attuali autoambulanze del 118 del sistema ECG sopra indicato, è necessario implementare le seguenti attività:

1. definizione delle procedure per la individuazione dell'UTIC di riferimento, della modalità di allertamento e di accoglimento del paziente trasportato, secondo un protocollo concordato e sottoscritto con Basilicata Soccorso (allegato n°1);
2. definizione e condivisione tra le strutture sanitarie coinvolte (UTIC, PSA, Laboratori di Emodinamica) e Basilicata Soccorso di specifici protocolli clinico-assistenziali per la gestione del paziente con dolore toracico. In particolare tali protocolli dovranno riportare con estrema chiarezza i percorsi assistenziali da garantire al paziente con dolore toracico nell'ambito della rete dell'emergenza coronarica, in rapporto
 - *all'ora e alla sede dell'intervento*
 - *alle condizioni cliniche del paziente*
 - *all'ora di inizio dei sintomi;*
 - *alle informazioni derivanti dalla lettura e certificazione del tracciato ECG da parte dell'UTIC di riferimento*
 - *alla distanza dall'UTIC di riferimento e del Laboratorio di emodinamica*
3. formazione del personale medico della Centrale Operativa del 118 per l'interpretazione del tracciato elettrocardiografico, per la gestione del sistema di registrazione e trasmissione dell'ECG e per i percorsi diagnostici-terapeutici condivisi;
4. formazione di tutto il personale sanitario dell'UTIC sulla procedura di acquisizione, valutazione e certificazione del tracciato ECG trasmesso;
5. definizione di un piano di comunicazione dei contenuti operativi della sperimentazione da indirizzare:
 - *ai medici del PSA, che adeguatamente allertati dovranno garantire il rapido transito del paziente trasportato dal 118 verso l'UTI di riferimento;*
 - *ai medici ospedalieri, ai medici dei punti territoriali di soccorso, ai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, ai medici di continuità assistenziale ed ai medici convenzionati interni (SUMAI) che adeguatamente informati dovranno garantire, in caso di paziente con dolore toracico, l'allertamento del 118, evitando così modalità di trasporto impropri, spesso verso strutture sanitarie inadeguate;*
 - *campagna informativa ai cittadini.*
6. monitoraggio informatico tramite l'adozione di un apposito Registro Regionale esposto su web.

5. Impatto organizzativo

L'attivazione delle rete di emergenza coronarica comporta anche una parziale revisione dell'assetto organizzativo attuale delle strutture che gestiscono in regione tale patologia.

In particolare:

- allocazione di centrali di ricezione dell'ECG a 12 derivazioni presso la centrale operativa del 118 e presso le UTIC della Regione;
- ricezione del segnale ECG da parte del medico della Centrale Operativa 118 che deve, se possibile in prima battuta, diagnosticare lo STEMI e, in collaborazione con il personale in ambulanza, stratificare il rischio e avviare il percorso come in allegato 1;
- in caso di dubbio diagnostico da parte del medico della Centrale Operativa 118, si interfacerà con il cardiologo dell'UTIC di riferimento territoriale con l'obiettivo di una corretta implementazione del percorso come in allegato 1.

5. Caratteristiche sistemi di registrazione

Di seguito sono descritte le caratteristiche tecniche che deve possedere un sistema di registrazione e trasferimento ECG completo con possibilità di erogare shock elettrico per riduzione morte improvvisa sul territorio.

Sistema monitor defibrillatore, multiparametrico, bifasico con possibilità di trasmettere i parametri vitali ed un ECG completo 12 derivazioni interpretativo.

Caratteristiche tecniche con proposta di punteggio attribuibili in fase di gara (punteggio qualità 60 - punteggio prezzo 40):

- tempo di ricarica delle batterie	punti 3
- dodici derivazioni interpretativo	punti 3
- intelleggibilità della stampa ECG	punti 3
- livello di energia e numero delle scariche	punti 9
- modalità di trasmissione	punti 10
- sistema di ricezione certificato come dispositivo medicale	punti 10
- semplicità di utilizzo del defibrillatore	punti 7
- semplicità di utilizzo della stazione ricevente	punti 7
- supporto tecnico-clinico	punti 5
- intelleggibilità della traccia sul monitor	punti 3

Il sistema deve essere completo di centrali di ricezione e certificazione del tracciato ECG.

Il sistema completo prevede un impegno di spesa, al netto di IVA, di circa Euro 12.000 cadauno.

Allegato n°1

Il modello locale e gli sviluppi organizzativi

A seconda del luogo di insorgenza dei sintomi, del tempo trascorso, della sede dell'IMA e della stratificazione del rischio il personale dell'emergenza 118, in collaborazione con il Cardiologo UTIC presso la Centrale di Ricezione, provvederà a determinare la modalità di trattamento e la destinazione del paziente secondo protocolli condivisi.

In accordo con la recente letteratura (linee guida AHA/ESC; documento di Consensus della Federazione Italiana di Cardiologia) si perseguiranno i seguenti obiettivi:

- 1) Mirare ad ottenere la miglior terapia: riperfusiva nella maggior parte dei pazienti, se indicata, e nel minor tempo possibile ("nel posto giusto al momento giusto");
- 2) In caso di STEMI insorto da meno di 3 ore e con PTCA non praticabile in un tempo inferiore a 60 min. dal primo contatto medico concordare l'inizio della terapia fibrinolitica (TBL) già al domicilio o in ambulanza (TBL pre-H da implementare con protocolli ad hoc secondo le linee guida) e trasferire il paziente alla UTIC di riferimento territoriale;
- 3) In caso di STEMI ad alto rischio* insorto da meno di 3 ore e con PTCA effettuabile in un tempo inferiore a 60 min. dal primo contatto medico concordare il trasferimento direttamente presso l'ospedale Hub per eseguire la procedura;

- 4) In caso di STEMI ad alto rischio* insorto in un tempo superiore a 3 ore e con PTCA non effettuabile in un tempo inferiore a 90 min. dal primo contatto medico concordare TBL pre-H e trasferire il paziente alla UTIC di riferimento territoriale;
- 5) In caso di STEMI ad alto rischio* insorto in un tempo superiore alle 3 ore e con PTCA effettuabile in un tempo inferiore a 90 min. concordare il trasferimento direttamente presso l'ospedale Hub per eseguire la procedura;
- 6) In tutti i casi di STEMI con shock cardiogeno concordare il trasferimento direttamente presso l'ospedale Hub per eseguire la procedura di PTCA;
- 7) In caso di STEMI "non ad alto rischio" concordare la miglior strategia terapeutica da iniziarsi già al domicilio e trasferimento del paziente alla UTIC di riferimento territoriale.

* E' considerato infarto acuto del miocardio ad alto rischio:

- presenza di segni clinici di scompenso (classe Killip > 2);
- PA < 100 mmHg;
- FC > 100/bpm;
- età > 75 anni;
- ST sopraslivellato in almeno 6 derivazioni
- Re-infarto eterosede
- Infarto inferiore con coinvolg. del ventricolo dx.
- Nuovo BBS
- IMA dopo CABG e dopo PTCA.

A seconda della presenza o meno a bordo dell'ambulanza di personale medico, sono previsti due scenari operativi diversi.

1° scenario. Ambulanza 118 senza medico a bordo.

Gran parte della valutazione iniziale e del trattamento generale immediato possono essere facilmente ed appropriatamente iniziati dal personale del servizio 118.

Il personale dei servizi medici di emergenza dovrà:

- stabilire un accesso venoso per le infusioni, posizionare un cardiomonitor-defibrillatore;
- rilevare i segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- determinare la saturazione di ossigeno (possibilmente mediante pulsiossimetria);
- procedere ad una dettagliata anamnesi;
- compilare una lista di controllo del dolore toracico per determinare l'idoneità alla eventuale terapia fibrinolitica (check-list);
- eseguire un primo ECG 12 D standard;
- trasmettere ECG, la check-list ed i parametri vitali alla attenzione del cardiologo UTIC.

Il Cardiologo presso la Centrale di Ricezione:

- diagnosticare IMASTE sulla base dei segni, sintomi ed ECG ricevuti
- stratificare il rischio del pz *
- allertare il cardiologo dell'UTIC di riferimento (del centro Hub o Spoke)
- indirizzare l'ambulanza 118 verso il centro designato

2° scenario. Ambulanza con medico a bordo.

Il personale dei servizi medici di emergenza dovrà:

- stabilire un accesso venoso per le infusioni, posizionare un cardiomonitor-defibrillatore;
- rilevare i segni vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria);
- determinare la saturazione di ossigeno (possibilmente mediante pulsiossimetria);
- procedere ad una dettagliata anamnesi;
- compilare una lista di controllo del dolore toracico per determinare l'idoneità alla terapia fibrinolitica (check-list);
- eseguire un primo ECG 12 D standard;
- diagnosticare IMASTE sulla base dei segni, sintomi ed ECG ricevuti
- stratificare il rischio del pz *
- trasmettere ECG, la check-list ed i parametri vitali alla attenzione del cardiologo UTIC presso la centrale di ricezione.

Il medico del 118 d'intesa con il Cardiologo presso la Centrale di Ricezione:

- allertare il cardiologo dell'UTIC di riferimento (del centro Hub o Spoke)
- concordare la terapia da praticare in ambulanza
- indirizzare l'ambulanza 118 verso il centro designato

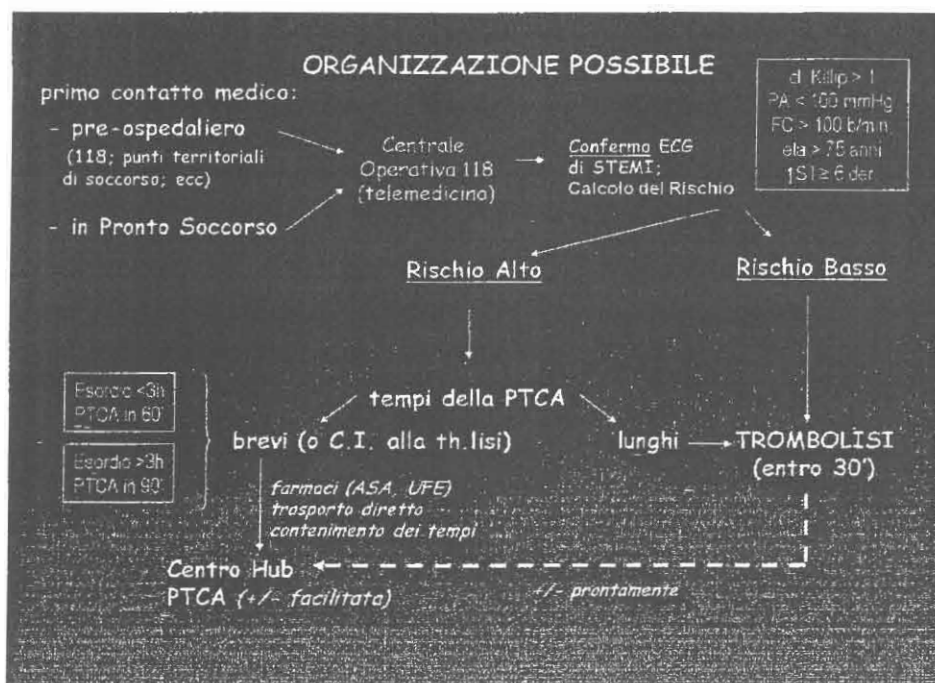


Figura: sintesi del percorso ottimale del trattamento dello STEMI.

Il 118 dovrebbe farsi carico anche del ritrasferimento precoce, dopo stabilizzazione clinica, del paziente post-PTCA dal UTIC Hub all'UTIC Spoke, auspicando la creazione ed implementazione di un DRG di percorso da suddividere tra le strutture ospedaliere coinvolte.

Ulteriori obiettivi da raggiungere possono essere i seguenti:

- creazione di un sistema informatico che colleghi in rete 24/24h tutte le UTIC presenti sul territorio;
 - implementazione di un registro unico regionale delle UTIC;
- possibilità di estendere la possibilità di trasmissione dell'ECG 12 derivazioni anche ad altre strutture territoriali (P.S. di 3° livello, punti salute, distretti, ecc.)

L'ISTRUTTORE

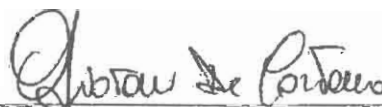
("[Inserire Nome e Cognome]")

IL RESPONSABILE P.O.



(Dott. Vincenzo Lorusso)

IL DIRIGENTE



(Ing. Giovanni De Costanzo)

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

RETE DI EMATOLOGIA

Percorso assistenziale integrato di accesso

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adottò il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.

Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono le seguenti:

- ☐ Valutazione
- ☐ Presa in carico/pianificazione
- ☐ Comunicazione/informazione/consenso/educazione
- ☐ Sicurezza
- ☐ Indagini diagnostiche
- ☐ Consulenze
- ☐ Terapia Medica
- ☐ Terapia Chirurgica
- ☐ Interventi e procedure assistenziali
- ☐ Farmacovigilanza

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali; pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse "fasi" o "episodi di cura" quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- ☐ Valutazione del problema clinico ai fini dell'inserimento nel percorso assistenziale
- ☐ Presa in carico nel percorso assistenziale

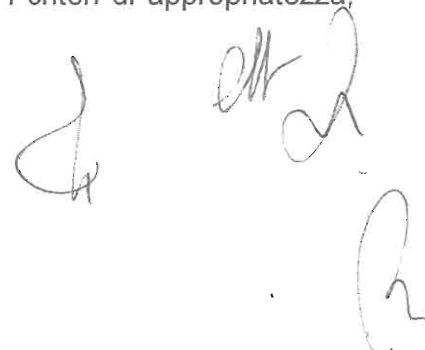
FASE II: Cura e trattamento

- ☐ Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e follow-up

- ☐ Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- ☐ Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale

La qualità dell'assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner of the page.

RETE DI EMATOLOGIA

Percorso assistenziale integrato di accesso

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Interventi assistenziali differenziati in base alla tipologia di paziente

Le fasi

Le fasi sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla struttura di Ematologia (Inquadramento clinico, Pianificazione del percorso, eventuale Trasferimento, Trattamento in regime ambulatoriale, DH o Ricovero)

FASE III: Dimissione dalla struttura di Ematologia e continuità assistenziale attraverso gli strumenti dell'Ambulatorio, Day Hospital e/o assistenza domiciliare/Hospice.

1. FASE I. Valutazione

Accedono al percorso i pazienti con problemi clinici che richiedono un inquadramento diagnostico esaustivo (prestazioni diagnostiche di secondo e terzo livello) del problema ematologico e/o un conseguente trattamento specifico per l'emopatia precedentemente diagnosticata

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti che arrivano in urgenza ad un Pronto Soccorso DEA o PSA
- b. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera della rete
- c. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione alla presa in carico da parte della Equipe di Ematologia sono:

-Valutazione del medico di Pronto Soccorso, con eventuale consulenza del medico Ematologo

-Valutazione diretta dell'Ematologo a seguito di una visita ambulatoriale, rispettando le classi di priorità rispetto alla situazione clinica da valutare

2. FASE II. Trasferimento

Le modalità di accesso alla struttura di Ematologia sono differenziate in base alle condizioni cliniche in atto al momento dell'accesso, e precisamente:

- a. paziente in situazione clinica stabile, che non necessita di terapia urgente
- b. paziente in situazione clinica instabile
- c. paziente con sospetta patologia ematologica

2.1 Paziente in situazione clinica stabile in assenza di scompenso midollare o scompenso d'organo

Pazienti con diagnosi nota di emopatia ed inquadrati in un precedente ricovero ordinario o DH, in cui sia stato pianificato un percorso terapeutico definito:

prosecuzione di chemioterapia; terapia di mantenimento o consolidamento.

Pazienti candidati al trapianto di cellule Staminali (autologo o allogenico); in questo caso la data d'ingresso è rigidamente programmata

Donatori di midollo ricoverati per l'espianto di cellule staminali; in questo caso la data d'ingresso è rigidamente programmata

2.1.1 Paziente in condizioni critiche

Il paziente giunto al Pronto Soccorso DEA o PSA, dopo la valutazione del medico di P.S., con la consulenza del medico ematologo, sulla base del riscontro di una situazione clinica instabile e di parametri ematologici che richiedono la rapida esecuzione di indagini di secondo o terzo livello, viene trasferito presso una delle Unità Operative di Ematologia della Regione che possiedano i requisiti per una assistenza intensiva ematologica.

2.1.2 Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico della U.O. di Ematologia la modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate.

2.1.3 Paziente ambulatoriale

Il paziente con un problema di salute che pone indicazione al trattamento ematologico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema di salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

4. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento presso la U.O. di Ematologia all'interno di questo percorso assistenziale, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

5. Aspetti peculiari

Saranno successivamente definiti alcuni percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali nella rete relativi a:

Percorso in Ematologia pediatrica e malattie rare

Percorso delle Patologie della coagulazione

Percorso Trapiantologico

Le attività di diagnostica ~~strumentale~~ e di laboratorio saranno garantite dall'I.R.C.C.S. CROB di Rionero.

RETE DI RADIOTERAPIA ONCOLOGICA

L'articolazione della rete

La distanza tra la residenza dei pazienti e la più vicina struttura di RT rappresenta un fattore che condiziona e limita l'accessibilità al servizio, nel senso che il tasso di utilizzo della RT può ridursi progressivamente all'aumentare della distanza. In tal senso a livello regionale il ricorso ai trattamenti RT può essere sub-ottimale.

Per coprire una eventuale quota di fabbisogno è necessario prevedere investimenti adeguati in termini di strutture e personale per i servizi esistenti, e scegliere l'ubicazione di eventuali nuovi servizi.

In tale ottica, una soluzione gestionale-operativa ed innovativa-avanzata può consistere nella realizzazione di una rete territoriale inter-aziendale per i trattamenti radioterapici per la regione Basilicata.

La rete è composta dalle seguenti strutture:

- U.O.C. di Radioterapia dell'I.R.C.C.S. CROB, con funzione di centro di riferimento e coordinamento
- Struttura (in corso di istituzione) di Radioterapia dell'Azienda Ospedaliera San Carlo
- 2 siti/sezioni operativi satelliti da ubicare rispettivamente presso il P.O. di Matera e il P.O. Unificato del Lagonegrese

Il percorso assistenziale di accesso

Viene definito il percorso assistenziale per l'accesso alla rete di Radioterapia Oncologica

Categorie di cura

Le categorie di cura particolarmente importanti nel contesto preso in considerazione sono:

1. Valutazione
2. Presa in carico e pianificazione del percorso
3. Informazione e decisione condivisa
4. Sicurezza
5. Consulenze
6. Interventi assistenziali (professioni sanitarie non mediche)

Le fasi

Le fasi del percorso assistenziale sono così definite:

FASE I: Valutazione di accesso e presa in carico

FASE II: Erogazione delle prestazioni, terapeutiche e assistenziali necessarie per l'accesso alla rete di Radioterapia Oncologica (Trasferimento, Trattamento)

FASE III: Dimissione dalla struttura sede di Radioterapia Oncologica e continuità assistenziale

1. FASE I. Accesso e presa in carico

Accedono al percorso i pazienti con problemi oncologici che richiedono un trattamento radioterapico.

I pazienti sono sottoposti a valutazione in quanto:

- a. pazienti degenti presso una unità operativa ospedaliera
- b. pazienti ambulatoriali

1.1 Criteri

I criteri per la indicazione al trattamento radioterapico, da effettuarsi presso l'I.R.C.C.S. CROB, l'Ospedale San Carlo, il P.O. di Matera, e il P.O. Unificato del Lagonegrese saranno definite da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con i medici coinvolti nel percorso assistenziale.

Nel caso in cui dovesse essere necessaria la consulenza dello specialista radioterapista, non presente nella struttura punto di accesso della rete, la stessa sarà effettuata da operatori della U.O. di Radioterapia dell'I.R.C.C.S. CROB Centro di riferimento e coordinamento regionale.

2. FASE II. Trattamento

Le strutture della rete dovranno avere una dotazione tecnica compatibile tra loro per il regolare svolgimento delle attività.

2.1. Paziente ambulatoriale

Il paziente oncologico che necessita di trattamento radioterapico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica da attuarsi per le sue strutture satelliti da parte dei radioterapisti del centro di riferimento regionale nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del caso clinico e mediante percorsi assistenziali predefiniti.

2.2. Paziente degente presso unità operativa ospedaliera

Per il paziente degente presso una Unità Operativa Ospedaliera, il Dirigente medico di quest'ultima concorda e definisce con un dirigente medico radioterapista del centro di riferimento territoriale la modalità e la tempistica per la valutazione ai fini del trattamento radioterapico e ai fini di un eventuale trasferimento presso la struttura HUB.

3. FASE II. Dimissione/ Continuità assistenziale

Per i pazienti sottoposti a trattamento radioterapico presso una delle strutture della rete, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata, assistenza riabilitativa).

4. FASE IV. Vantaggi

I vantaggi attesi previsti potranno essere:

- la riduzione della mobilità legata ai percorsi diagnostico-terapeutici oncologici;
- la maggiore accessibilità e fruibilità delle prestazioni radioterapiche;
- la riduzione delle liste di attesa;
- la realizzazione di un sistema integrato ed omogeneo di definizione, valutazione e validazione della qualità dei percorsi terapeutici in oncologia e della tecnica dei trattamenti radioterapici in tutta la regione;
- la razionalizzazione delle spese e vantaggi in termini di ritorno economico;
- la possibilità di avere sempre personale esperto, aggiornato e specificamente formato attraverso la condivisione tecnico-scientifica con l'IRCCS di Rionero.

L'integrazione fra i centri della rete regionale potrebbe rappresentare una delle più avanzate realizzazioni di strutture di radioterapia in rete sul territorio italiano, e consentirà un'offerta di prestazioni di livello qualitativo molto elevato per i pazienti che potranno proseguire le terapie radianti poco lontano da casa, evitando i disagi dovuti a trasporti e attese. In tal modo, si potrà prevedere di dare un'adeguata risposta ai bisogni di salute della popolazione lucana.

RETE DI RIABILITAZIONE POST ACUZIE

Percorso assistenziale integrato di accesso

I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

Il corretto funzionamento delle strutture ospedaliere per acuti è indiscutibilmente condizionato dalla attivazione di una rete parallela di presidi e servizi destinati agli interventi sanitari di riabilitazione ed alla lungodegenza post-acuzie: non è infatti possibile conciliare sotto l'aspetto organizzativo ed operativo l'esistenza di strutture in grado di rispondere contemporaneamente a domande così diversificate come quelle che provengono da un paziente acuto rispetto ad un paziente riabilitando e ad un soggetto lungodegente post episodio acuto.

Ad una prima fase di ricovero in cui le cure riabilitative (quoad valitudinem) sono complementari alle cure di base (spesso quoad vitam) consegue la fase in cui le cure riabilitative divengono trattamento di base (teso al migliore recupero e/o al massimo miglioramento possibile della funzione) mentre il trattamento della patologia originaria è ora di tipo più contenuto, meno suscettibile di continue necessità di adattamento.

Obiettivo della rete è quello di garantire ai pazienti necessitanti di cure riabilitative il percorso riabilitativo post-acuzia più appropriato per tipologia di struttura e modalità di intervento, tenuto conto delle normative vigenti in materia, nello spirito dell'appropriatezza e della pratica della clinical governance.

1. FASE I. Accesso e presa in carico

I pazienti affetti da malattia disabilitante o a rischio di disabilità iniziano ad essere seguiti nell'U. O. per acuti dall'U.O. di Medicina Riabilitativa, su segnalazione del medico di reparto e a seguito di consulenza fisiatrica.

Per i pazienti afferenti all'I.R.C.C.S. CROB la valutazione del fabbisogno riabilitativo viene assicurata dal medico fisiatra referente del territorio di competenza.

La valutazione fisiatrica stabilisce gli obiettivi a breve termine ed il piano di trattamento. I controlli successivi puntualizzano l'evoluzione del quadro clinico - funzionale, il raggiungimento degli obiettivi previsti ed aggiungono, alla data prevista per la dimissione, l'opportunità di proseguire o concludere il trattamento riabilitativo ed il successivo percorso:

- soggetti con disabilità lieve o media verranno indirizzati al trattamento ambulatoriale.
- soggetti con disabilità più complesse e con maggiore potenzialità di recupero verranno avviati in regime di degenza presso le UU. OO. di Riabilitazione per il prosieguo riabilitativo intensivo o di alta specialità.
- soggetti con scarso potenziale di recupero e quelli con potenziale di recupero nullo, ma che richiedono intenso nursing assistenziale, possono ricevere ospedalità, rispettivamente, nella lungodegenza a valenza riabilitativa e nella lungodegenza semplice.

1.1. Percorsi riabilitativi

Vengono riportati i percorsi riabilitativi per specifiche tipologie di pazienti.

- 1) I pazienti affetti da lesione midollare traumatiche e non con necessità di una presa in carico specifica allo scopo di permettere di raggiungere il miglior stato di salute e il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione saranno avviati presso la struttura specifica di codice 28 in via di attivazione presso l'Ospedale di Pescopagano dell'A.O.R. San Carlo.
- 2) I pazienti affetti da gravi cerebrolesioni acquisite (di origine traumatica, anossica o di altra natura) caratterizzata nella evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (GCS inferiore a 8) e dal coesistere di gravi menomazioni comportamentali, che determinano disabilità multiple e complesse, e che necessitano di interventi valutativi e terapeutici specifici saranno avviati presso specifiche strutture di cod. 75 in via di attivazione presso l'Ospedale di Pescopagano dell'A.O.R. San Carlo.
- 3) I pazienti affetti da con disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico a indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento che richiedono la permanenza in ambiente riabilitativo dedicato specialistico e l'interazione con altre discipline specialistiche verranno avviate a strutture di riabilitazione intensiva cod.56 della rete: Az. Osp. Reg. "S. Carlo" - A.

S. M.; in caso di indisponibilità di pl, fermo restando la tipologia della struttura ritenuta idonea, a strutture di cod. 56 non comprese nella rete.

- 4) I pazienti affetti da con disabilità importanti soggetti con scarso potenziale di recupero e quelli con potenziale di recupero nullo, ma che richiedono intenso nursing assistenziale, saranno avviati, rispettivamente, nella lungodegenza a valenza riabilitativa, quando la presa in carico è comunque tale da richiedere una presa in carico specificatamente riabilitativa, e nella lungodegenza semplice o medica, quando è necessario un forte impegno assistenziale con supporto riabilitativo. Allo stato le strutture di lungodegenza della rete sono presenti nella A. S. M.

2. FASE II. Trasferimento

2.1. Criteri di trasferibilità da UU.OO. per acuti a strutture di degenza riabilitativa

Criteri generali

Un paziente può essere dimesso dalle UU. OO. per acuti e avviato al percorso riabilitativo post-acuzia quando:

- le sue condizioni fisiologiche si siano stabilizzate;
- sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti.

Criteri specifici per i trasferimenti in sicurezza

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica:

- non necessità di monitoraggio continuo cardiocircolatorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusioni continua, non crisi iperipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);
- respiro autonomo da più di 48 ore (anche se con O₂terapia) con SAO₂ >95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SAO₂ > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazioni. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (per esempio CPAP);
- non insufficienza acuta d'organo (per esempio insufficienza respiratoria acuta o diabete mellito mal controllato con terapia insulinica) o multiorgano;
- assenza di stato settico, definito come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - o temperatura corporea > 38° C o < 36° C;
 - o frequenza cardiaca > 90 bpm;
 - o frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32 mmHg
 - o globuli bianchi > 12.000/mm³, o 4.000/mm³ e > 10% di cellule immature
- superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7 -10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per os, sondino nasogastrico, PEG);
- assenza prioritaria di interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Non costituiscono controindicazioni al trasferimento, presso una struttura riabilitativa, la presenza:

- cannula tracheostomia
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale;
- sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG, ecc.)
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adottino il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.

2.2. Comunicazione e documentazione

Nel trasferimento dei pazienti, dal reparto per acuti alla degenza riabilitativa o all'ambulatorio, un fattore essenziale è la circolazione delle informazioni.

A tale scopo:

- per i pazienti con necessità di prosieguo post-acuzia in regime di degenza è da prevedere l'utilizzo di una scheda conoscitiva che contempli informazioni cliniche, fornite dall'U.O. di degenza, e informazioni a valenza riabilitativa con indicazione della tipologia di struttura ritenuta idonea (cod. 56 riabilitazione intensiva – cod. 60 lungodegenza riabilitativa – cod. 60 lungodegenza medica - RSA), fornite dall'U.O. di Riabilitazione operante all'interno delle UU. OO. per acuti. (allegato 1)
- per i pazienti a prosieguo riabilitativo non degenziale una apposita relazione al medico di medicina generale informerà lo stesso della necessità di riabilitazione con specificazione della menomazione/disabilità, degli obiettivi, della tipologia di struttura (DH – Amb. di Recupero e Rieducazione Funzionale – Ambulatorio di Riabilitazione - ADI) e delle eventuali prestazioni. (allegato 2)

Il percorso post-acuzia attivato alla dimissione dovrà essere indicato sia in cartella clinica che nel foglio di dimissione.

Il trasferimento del paziente verrà preceduto da contatti tra i responsabili delle UU.OO., U.O. per acuti di degenza e U.O. di riabilitazione intensiva od estensiva accettante, per acquisire eventuali ulteriori informazioni e predisporre il necessario prima dell'invio del paziente.

Nel trasferimento in strutture di degenza post-acuzia non bisogna trascurare di valutare le caratteristiche della famiglia e le informazioni che le sono state fornite, rispetto alla patologia, alla prognosi ed alle possibilità del miglioramento della disabilità. Facendo chiarezza su questi punti e dando alla famiglia un ruolo attivo nella definizione e conduzione degli obiettivi e delle priorità, oltre che a limitare incomprensioni e malintesi, si ottiene una più efficace e accurata personalizzazione del trattamento. La partecipazione della famiglia alla preferenza del setting di cura post-acuzia più appropriato è essenziale per il raggiungimento degli obiettivi.

3. FASE III. Dimissione/Continuità assistenziale

Tutte le strutture della rete del percorso riabilitativo post-acuzie hanno l'obiettivo di facilitare nel più breve tempo la dimissione dalle UU.OO. per acuti per l'avvio dei progetti e dei programmi riabilitativi.

Per i pazienti sottoposti a trattamento riabilitativo presso una delle strutture della rete, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico con le strutture operative più appropriate per garantire la continuità assistenziale.

Queste strutture possono essere, in base ai bisogni determinati dalla condizione clinica del paziente alla dimissione, una unità operativa ospedaliera, se si rende necessario il ricovero, o una struttura territoriale (cure primarie, assistenza domiciliare integrata).

RETE DI OFTALMOLOGIA



Il Percorso Assistenziale

- **FASE I:** Valutazione di accesso, presa in carico ed erogazione delle prestazioni di primo livello
- **FASE II:** Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali di secondo livello
- **FASE III:** Erogazione delle prestazioni di III livello
- **FASE IV:** Dimissione

FASE I

Il percorso è garantito dagli specialisti oculisti ambulatoriali e ospedalieri i quali inviano i pazienti con le patologie necessitanti di trattamento ospedaliero presso l'Unità Operativa Oculistica più vicina.

FASE II

Il percorso è garantito dalla U.O. di Oculistica del P.O. di Venosa, dell' A.O.R. "San Carlo" di Potenza, della U.O. di Oculistica dell'Ospedale "Madonna delle Grazie di Matera", della U.O. di Oculistica dell' Ospedale di Policoro e dagli specialisti delle UU.OO.SS. degli Ospedali di Villa D'agri e di Chiaromonte, che effettuano le prestazioni di secondo livello.

FASE III

Le prestazioni di III livello sono effettuate nella U.O. di Oculistica del P.O. di Venosa dove verranno inviati i pazienti bisognosi di trattamento non effettuabili presso le strutture di II livello.

CRITERI

I criteri per la indicazione ai trattamenti di chirurgia oculistica da effettuarsi presso l'Ospedale di III livello di Venosa saranno definiti da linee-guida e raccomandazioni di best practice basate sull'evidenza scientifica, condivise con gli specialisti coinvolti nel percorso assistenziale.

PAZIENTE AMBULATORIALE

Il paziente con un problema che pone indicazione al trattamento oculistico ha accesso alla rete mediante valutazione specialistica, da attuarsi nei modi e nei tempi più appropriati alla classe di priorità del problema salute, mediante percorsi assistenziali predefiniti.

PAZIENTE DEGENTE

Il trattamento di III livello per pazienti degenti presso le UU.OO. Ospedaliere di Oculistica di II livello potrà essere assicurato, laddove possibile, anche "in loco" con la collaborazione degli oculisti della struttura di III livello.

In caso di necessità di trasferimento presso la struttura di III livello, gli specialisti che hanno in carico il paziente concordano e definiscono con i dirigenti medici della U.O. di III livello le modalità e la tempistica di trasferimento più appropriate al caso clinico trattato.

FASE IV

Per i pazienti così come sopra trasferiti presso la U.O. di III livello, al momento della dimissione viene concordata da parte del dirigente medico e della posizione organizzativa sanitaria o personale equivalente la presa in carico, per il prosieguo dell'assistenza con le strutture oculistiche dell'Azienda Sanitaria di provenienza.





ATTI DI RIFERIMENTO

1. D.G.R. n. 488 del 5 aprile 2007;
2. Dichiarazioni di adesione all'attuazione e al regolamento del Dipartimento interaziendale di Oculistica nella Regione Basilicata sottoscritte dalle disciolte ASL n. 1 -2- 3- 4 -5;
3. D.G.R. n. 1128 dell'8 luglio 2008 di istituzione del Dipartimento Interaziendale di Oculistica con l'U.O. di Oculistica dell'Ospedale di Venosa quale Unità di riferimento.