



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 21/03/2008

ADDI' 21/03/2008 NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, VIA CRISTOFORO COLOMBO 712 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE COME' COMPOSTA:

MENARAZZO	Pietro	Presidente	RICHERA	Daniele	Assessore
		Vice			
MONTIACO	Esmerino	Presidente	MANCINI	Claudio	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	NICHELANGELO	Marlo	"
VATTAGLIA	Augusto	"	NIERI	Luigi	"
COZZOPOLI	Anna Salcedo	"	RODANO	Giulio	"
COSTA	Silvia	"	TIBALDI	Alessandra	"
DALLA	Francesco	"	VALENTINI	Denisa	"
DE ANGILO	Francesco	"	ZARATI	Filberto	"
D. STEFANO	Marco	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Domenico Antonio CUZZUPI

***** OMISSIONI *****

ASSISTI: MANCINI - NICHELANGELO - VALENTINI

DELIBERAZIONE N. 189

Oggetto:

Spesimentazione di nuove modalità di organizzazione dell'assistenza al paziente cardiologico in situazione di emergenza. "Progetto Michelangelo - Infarto.net". Approvazione del documento operativo.



189 21 MAR. 2008 *ly*

OGGETTO: Sperimentazione di nuove modalità di organizzazione dell'assistenza al paziente cardiologico in situazione di emergenza. "Progetto Michelangelo - Infarto.net". Approvazione del documento operativo.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA dell'Assessore alla Sanità;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale "e successive modificazioni;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta" e successive modificazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni, concernente il riordino della disciplina in materia sanitaria;

CONSIDERATO che la malattia cardiologia costituisce la seconda causa di mortalità in Italia, secondo i dati epidemiologici più recenti;

VISTA la DCR 11 maggio 1994 n.1004 "Sistema di emergenza sanitaria Lazio Soccorso 118";

VISTA la DGR 8 luglio 1997, n.4238 Legge 18 luglio 1996 n.382 - Piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel triennio 1997-1999 che stabilisce che l'ambulanza del sistema 118 senza medico a bordo deve effettuare il trasporto del malato all'ospedale più vicino;

VISTA la DGR del 21 novembre 2006 n.825 "Approvazione del progetto di cooperazione con PFIZER Italia s.r.l. denominato Michelangelo", formato da 3 sottoprogetti tra i quali "Infarto.net. Realizzazione, implementazione e sensibilizzazione all'uso del sistema di telemedicina nella rete dell'emergenza coronaria nella Regione Lazio", che ha l'obiettivo di sperimentare un modello assistenziale che garantisce al paziente in situazione di emergenza, l'accesso diretto alla struttura più appropriata;

VISTA la DGR 25 luglio 2007, n.561 che attribuisce il coordinamento del progetto "Michelangelo" all'Agenzia Laziosanità-ASP;

VISTA la DGR 12 giugno 2007 n.420 "Modifica e integrazione della DGR del 14 aprile 2007, n.267. Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri (intervento 1.2.4. Piano di rientro). Linee guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5 Piano di rientro)



189 21 MAR 2008

lu

CONSIDERATO che il modello assistenziale proposto, in base al quale deve essere riorganizzato il sistema sanitario regionale relativo al percorso di assistenza delle Sindromi Coronariche Acute (SCA) in emergenza prevede:

1. un sistema di reti integrate interospedaliere, che sono la soluzione che permette di fornire uguali prestazioni assistenziali ai pazienti con sindrome coronaria acuta ad alto rischio, indipendentemente dal contesto temporale, geografico ed organizzativo in cui si verifica questa emergenza coronaria;
2. il modello "hub and spoke" (centri e satelliti), di qualificazione delle strutture, fondato su collegamenti veloci tra territorio, centri periferici e centri di riferimento tali da orientare l'assistenza all'infarto del miocardio in un contesto sovraospedaliero, secondo le caratteristiche di rischio e i tempi previsti di intervento;
3. strumenti di telemedicina per trasmettere l'elettrocardiogramma, la sua lettura e le principali raccomandazioni organizzative, all'interno di un percorso clinico assistenziale delle sindromi coronariche acute in emergenza;
4. personale dell'emergenza (medici, infermieri, operatori di centrale), dei pronto soccorsi e delle UTIC del Lazio adeguatamente formato alla corretta attuazione del nuovo percorso assistenziale;

CONSIDERATO che, per il paziente affetto da Sindrome Coronaria Acuta in emergenza, la regola di ingaggio per l'ARES 118, debba essere la struttura adeguata a fornire la prestazione più appropriata all'interno del bacino di utenza in cui si trova il malato, e non la sede logisticamente più vicina, come previsto dalla normativa vigente;

RITENUTO che, al fine di garantire una equidistribuzione territoriale, la rete delle strutture di riferimento/teleconsulto debba includere l'Azienda universitaria PTV, che ha un reparto di emodinamica con consolidata esperienza di terapia perfusiva (angioplastica -PCI), anche nella more della istituzione del relativo DEA di 2° livello;

RITENUTO che la sola fornitura delle apparecchiature di teletrasmissione dei centri hub di teleconsulto che ne siano al momento sprovvisti siano per la fase sperimentale a carico del progetto infarto.net;

PRESO ATTO che il progetto è stato elaborato dal gruppo formato da rappresentanti della Direzione Regionale TSSSR, della Pfizer Italia s.r.l., dell'Agenzia di Sanità Pubblica LazioSanità-ASP, dell'Agenzia ARES118, e dell'ANMCO, della FIMMG e di Cittadinanzattiva-TDM e che l'Agenzia Laziosanità-ASP ha prodotto il documento allegato, che risulta coerente con gli atti del Piano di Rientro;

RITENUTO che la applicazione del modello avverrà in maniera concordata con l'Azienda ARES 118 e gradualmente estesa a tutto il territorio regionale ed inoltre sarà attentamente monitorata dal gruppo che lo ha elaborato, attivando tavoli di lavoro per concordare specifiche linee guida e definire criteri clinici di priorità;

RITENUTO che le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, i policlinici universitari nonché i presidi e le strutture coinvolte debbano recepire con atti formali delle direzioni sanitarie le disposizioni finalizzate al funzionamento delle nuove modalità assistenziali previste dalla presente deliberazione;

CONSIDERATO che il documento allegato "Progetto Michelangelo: Infarto.net. Procedure operative obbligatorie per l'implementazione del modello organizzativo" costituisce parte integrante del presente atto;



189 21 MAR

ly

RITENUTO che il presente atto non è soggetto alla procedura di concertazione con le parti sociali;

RITENUTO che il presente atto debba essere pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio;

All'unanimità, per le motivazioni indicate in premessa che si intendono integralmente recepite

DELIBERA

di approvare il documento allegato "Progetto Michelangelo: Infarto.net. Procedure operative obbligatorie per l'implementazione del modello organizzativo", parte integrante della delibera;

di stabilire che, per il paziente affetto da Sindrome Coronaria Acuta in emergenza, la regola di ingaggio per l'ARES 118, deve essere la struttura adeguata a fornire la prestazione più appropriata all'interno del bacino di utenza in cui si trova il malato, e non la sede logisticamente più vicina, come previsto dalla normativa vigente;

di inserire nella rete degli HUB di riferimento/teleconsulto l'Azienda universitaria PIV, anche nella more della istituzione del relativo DEA di 2° livello, previsto dalla riorganizzazione delle reti di alta specialità e di emergenza;

di disporre che le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere, i Policlinici universitari nonché i presidi e le strutture coinvolte recepiscano con atti formali delle direzioni sanitarie le disposizioni finalizzate al funzionamento delle nuove modalità assistenziali previste dalla presente DGR;

di attribuire all'Agenzia Laziosanità-ASP il compito di monitorare la sperimentazione, attivando idonee forme di partecipazione dei referenti, formalmente individuati dalle strutture partecipanti al progetto;

di dare mandato all'Azienda ARES 118 di elaborare il programma di estensione graduale del modello a tutto il territorio della Regione Lazio;

di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



"Pfizer infarto.net
allegato.doc"

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

31 MAR. 2008





PROGETTO MICHELANGELO: INFARTO.NET

Procedure operative obbligatorie per l'implementazione del modello organizzativo

Premessa

L'obiettivo del presente documento è di definire le attività necessarie e i tempi di realizzazione della implementazione del progetto Michelangelo:Infarto.net "Realizzazione, implementazione e sensibilizzazione all'uso del sistema di telemedicina nella rete dell'emergenza coronarica nella Regione Lazio recepito con delibere regionali (DGR n°1019/2005 e DGR n°825/2006), indicando in un manuale operativo le procedure obbligatorie cui dovranno attenersi gli attori coinvolti.

Gli attori coinvolti sono il personale sanitario dell'ARES118 (postazioni, ambulanze; centrali operative - CO), delle UTIC, dei Pronto Soccorso; le Direzioni Generali ed aziendali delle strutture coinvolte nella implementazione.

La rete interspedaliera per l'emergenza coronarica è costituita da tutte le UTIC, con o senza Emodinamica interventistica che interagiscono con le altre strutture ospedaliere e con la rete dell'emergenza territoriale (ARES 118). Tale rete è organizzata come di seguito riportato:

Centri di assistenza emergenza cardiologia con funzione di teleconsulto - CT: strutture con UTIC ed emodinamica interventistica H24 che concordano con la centrale di ascolto del 118, mediante teleconsulto, la terapia ed il trasferimento del paziente al luogo adeguato più vicino. A questo scopo ad ogni CT corrisponde un'area di teleconsulto costituita da postazioni 118 e strutture ospedaliere per garantire ai pazienti la tempestività dell'intervento terapeutico.

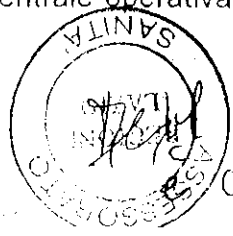
Centri di assistenza emergenza cardiologia (UTIC con Emodinamica Interventistica): strutture sede di PS, dotate di cardiologia, UTIC ed emodinamica interventistica H24, in grado di gestire i casi di STEMI ad alto e basso rischio; strutture con PS, UTIC ed emodinamica non H24, che partecipano a garantire il trattamento con PCI in emergenza ai pazienti provenienti dal bacino di utenza naturale e dalle postazioni del 118 afferenti, durante le ore di attività.

Centri satellite (UTIC): strutture sede di PS con cardiologia e UTIC che possono gestire solo i pazienti con STEMI a basso rischio ed in grado di accogliere i pazienti precedentemente trattati con angioplastica.

Strutture con PS: strutture sede di PS senza UTIC che partecipano alla gestione dei pazienti con IMA giunti autonomamente, interfacciandosi con le strutture sede di UTIC, o UTIC ed emodinamica, a seconda della gravità del caso.

Ambulanze dell'ARES 118: le ambulanze attivano il teleconsulto con il cardiologo dei CT tramite la Centrale di ascolto 118, per concordare il trattamento e il trasporto presso il centro idoneo.

Centro di ascolto 118 (CA): luogo presso la Centrale operativa dell'ARES118 dove viene gestito il soccorso in tutte le sue fasi.



*presente allegato
composto da
117 pagg.*

I CT identificati e le relative aree di teleconsulto (vedi tabella 1), per non incidere sull'organizzazione del sistema emergenza/urgenza, prevalentemente coincidono con i DEA di II livello e con quanto indicato nel documento sulla riorganizzazione della rete dell'emergenza.

Tabella 1 – Aree di teleconsulto per i CT

CT	Area di teleconsulto
Policlinico Umberto I	Area 1: ASL RMA (Distretto 1 - area S. Giacomo, Distretti 2, 3, 4), ASL RM B (Distretto 1), ASL RMG (Distretti 2, 3, 4, 5, 6)
Policlinico Tor Vergata	Area 2: ASL RM B (Distretti 2, 3, 4), ASL RMH (Distretti 1, 3 e 5), ASL FR
S. Camillo-Forlanini	Area 3: ASL RMC (Distretti 9, 11 e 12), ASL RMD
S. Filippo Neri	Area 4: ASL RM E, ASL RMF (Distretti 1, 2 e 3)
Policlinico Gemelli	Area 5: ASL VT, ASL RI
San Giovanni Addolorata	Area 6: ASL RMA (Distretto 1- area S. Giovanni Calibita-FBF), ASL RM C (Distretto 6), ASL RMH (Distretti 2, 4 e 6), ASL LT
Sant'Andrea	Area 7: ASL RM G (Distretto 1), ASL RM F (Distretto 4)

Le ASL RM B e RM H sono state suddivise secondo i criteri di seguito indicati:

- il distretto 1 dell'ASL RM B, in cui è collocato l'Ospedale Sandro Pertini, è stato assegnato al Policlinico Umberto I perché facilmente raggiungibile percorrendo la Tangenziale est e la Tiburtina e già DEA II livello di riferimento secondo le aree di afferenza della rete dell'emergenza;
- i distretti 2, 3 e 4 dell'ASL Roma B, territorialmente più vicini al Policlinico Casilino, sono stati assegnati al CT di riferimento Policlinico Tor Vergata, raggiungibile dal GRA o da Via Torre Spaccata;
- i distretti 1, 3 e 5 dell'ASL RM H, comprendenti i comuni di Ciampino, Frascati, Grottaferrata, Marino, Rocca Priora, Velletri, sono stati assegnati all'APU Tor Vergata in quanto facilmente raggiungibile mediante la Tuscolana, l'Anagnina o l'Appia;
- i distretti 2, 4 e 6 dell'ASL RM H, comprendenti, tra gli altri, i Comuni di Albano, Genzano, Anzio, Nettuno, Pomezia, Ardea, sono stati assegnati al San Giovanni Addolorata in quanto facilmente raggiungibile percorrendo l'Appia o la Pontina e già DEA II livello di riferimento secondo le aree di afferenza della rete dell'emergenza.

Le ASL RM G e RM F sono state suddivise secondo i criteri di seguito indicati:

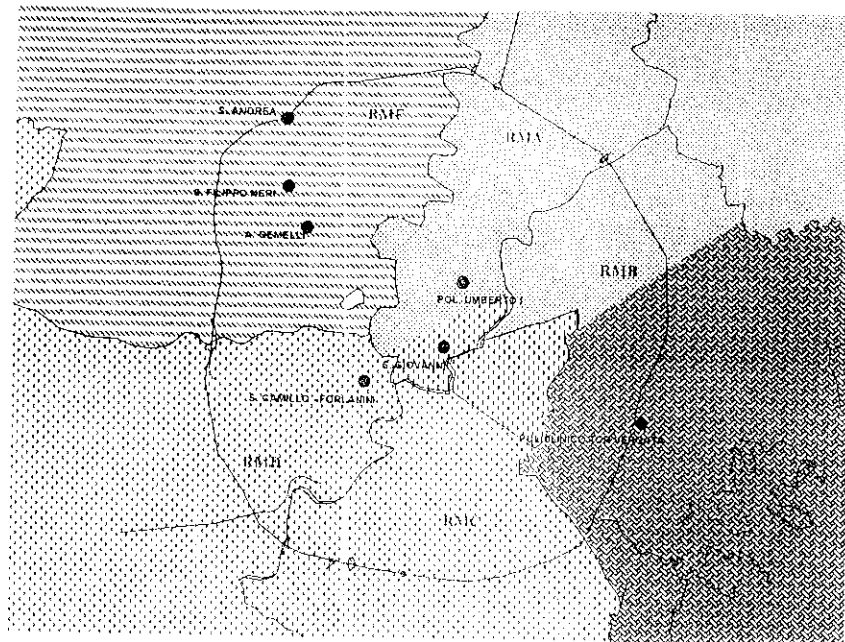
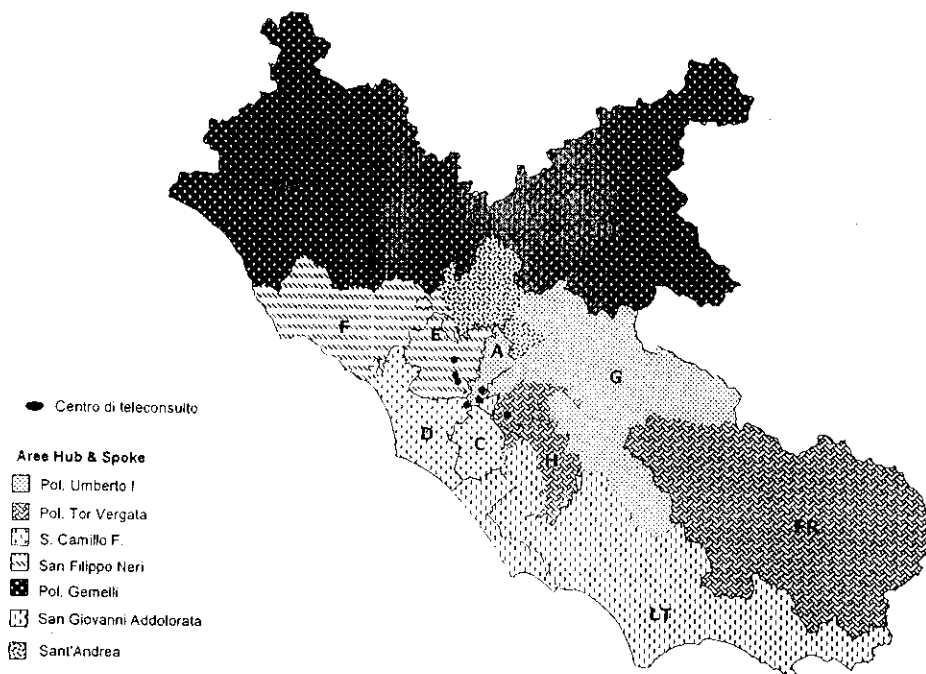
- Il Distretto 1 dell'ASL RM G, in cui si trova l'Ospedale di Monterotondo, è stato assegnato al Sant'Andrea in quanto è facilmente raggiungibile il GRA per mezzo della Salaria;
- Il distretto 4 dell'ASL RM F è stato assegnato al Sant'Andrea in quanto raggiungibile attraverso la Cassia bis e la Flaminia

L'ASL di Latina è stata assegnata all'area 6 secondo gli stessi criteri adottati per i distretti 2, 4 e 6 dell'ASL RM H.

L'ASL di Frosinone è stata assegnata all'area 2 in quanto i mezzi provenienti da tale ASL percorrendo l'A1 raggiungono Roma all'altezza dell'uscita del GRA alla Romanina da cui è facilmente raggiungibile il Policlinico Tor Vergata.

In deroga alle aree di afferenza così definite, saranno tenuti salvi specifici accordi consolidati tra Aziende del Lazio che vengano formalizzati dalla Regione e risultino compatibili con la programmazione complessiva della rete.




Figura 1 e 2



Nella fase pre-ospedaliera dell'assistenza allo STEMI sono fondamentali il riconoscimento precoce dei sintomi dei pazienti, il ricorso rapido al soccorso del 118, con esecuzione dell'ECG a 12 derivazioni e stabilizzazione del paziente, la stratificazione del rischio e l'inizio delle terapie ripercussive adeguate nel luogo giusto e nel minor tempo possibile.

A tal proposito nell'ambito del presente progetto il "Percorso clinico assistenziale in Emergenza Sindromi coronariche acute", prodotto dall'ASP in collaborazione con rappresentanti delle società scientifiche di settore e del personale della rete dell'emergenza (ARES118 e PS/DEA), pubblicato nel 2005 e aggiornato in base alle recenti prove scientifiche, fornisce le raccomandazioni per la gestione del paziente nella fase acuta.

Per la scelta della strategia ripercussiva più adatta (trombolisi; Angioplastica primaria - P-PCI), quindi, ci si baserà sulla valutazione dei tempi precoronarici e sulla stratificazione del rischio riportate nella scheda che segue.

CONDIZIONI DEL PAZIENTE		AZIONI
ALTO RISCHIO*	PCI > 90 MINUTI oppure Tempo di arrivo in ospedale > 50 MINUTI 	TROMBOLISI (entro 30 minuti dal contatto sanitario 118) + TRASPORTO PRESSO UTIC CON Emodinamiche attive
	PCI <= 90 MINUTI oppure Tempo di arrivo in ospedale <= 50 MINUTI 	TRASPORTO PRESSO UTIC CON Emodinamiche attive PER P-PCI
BASSO RISCHIO	Tutte le altre condizioni 	UTIC o UTIC con emodinamica PIU' VICINA per Trombolisi o PCI (Tempo di arrivo in ospedale <= 50 MINUTI) oppure TROMBOLISI Pre-ospedaliera + UTIC PIU' VICINA (Tempo di arrivo in ospedale > 50 MINUTI)

*** ALTO RISCHIO:**

SHOCK
CONTROINDICAZIONI ALLA TROMBOLISI

oppure almeno 1 dei seguenti :

- ETA' > 75 ANNI
- PAS < 100 mmHg
- FC > 100 bpm
- RANTOLI POLMONARI (KILLIP >1)
- ST SOPRASLIVELLATO IN ≥ 6 DERIVAZIONI

Le indicazioni riportate possono essere soggette a modifica in seguito ad eventuali nuove prove scientifiche e comunque saranno oggetto di revisione scientifica alla fine del 2007.

Procedure obbligatorie

Il modello organizzativo è orientato a garantire che al paziente con IMA sia fornita la cura adeguata al momento giusto nell'ospedale appropriato attraverso il seguente percorso:

1. Procedura operativa obbligatoria per la Trasmissione del tracciato ECG e teleconsulto

I mezzi BLS e ALS che soccorrono pazienti con dolore toracico devono eseguire l'ECG a 12 derivazioni, ed in una prima fase di implementazione del progetto, trasmettere il tracciato ECG¹ ed i parametri vitali al **centro di teleconsulto (CT)** che invia automaticamente il tracciato al **centro di ascolto (CA)** dell'ARES118. Per quanto riguarda i pazienti soccorsi da mezzo di soccorso ALS, in caso di tracciato ECG normale, si rinvia al medico la decisione di contattare comunque la centrale di ascolto in presenza di altri segni che portano a sospettare un eventuale Infarto. Il medico del CT in una telefonata a tre: ALS o BLS, CA e CT riceve ulteriori indicazioni sulla anamnesi, sulla clinica del paziente e stratifica il rischio, proponendo al collega della CO118 e del mezzo di soccorso il luogo più opportuno di trasporto e l'eventuale proposta di fibrinolisi. La decisione finale spetta alla CO dell'ARES118. Tutti i pazienti con tracciato non STEMI sono gestiti, secondo quanto previsto dal PCAE, dai medici della CO 118 (per i mezzi BLS: invio del paziente all'ospedale appropriato più vicino; per i mezzi ALS: condividono la scelta terapeutica e il trasporto presso l'ospedale adeguato).

- L'efficacia della funzione di teleconsulto cardiologico è garantita dalla risposta in emergenza entro 5 minuti da parte dell'UTIC di "teleconsulto" e dal centro di ascolto 118, mediante le seguenti azioni:
 - I medici dell'UTIC del CT devono garantire la risposta immediata, intendendo per immediato lo stesso tempo impiegato per la cura di un paziente ricoverato in UTIC
 - Il personale del CA del 118 deve poter sentire l'allarme acustico e vedere l'allarme sonoro facilmente per permettere un intervento tempestivo. Un operatore di centrale è addetto alla sorveglianza costante del computer ricevente il tracciato.

Affinché questo si realizzi è necessario che:

- Vengano predisposti protocolli operativi per la gestione del teleconsulto per l'ambulanza, CO118/COR, centro di teleconsulto
- tutti gli operatori sanitari (medici/infermieri delle postazioni dell'ARES118; operatori della centrale di ascolto dell'ARES 118; cardiologi delle UTIC) seguano una formazione specifica secondo un calendario stabilito (vedi figura del percorso formativo);
- tutte le ambulanze devono essere provviste di lifepack 12 con scheda globetrotter e telefono cellulare che permetta la comunicazione con i cardiologi dell'UTIC;
- tutte le UTIC di teleconsulto devono essere fornite di linea telefonica "passante" per la ricezione del tracciato e per il colloquio con la CA oltre che di apparecchio ricevente il tracciato e stazione di refertazione (lifenet RS);

¹ Dopo la prima fase d'implementazione si potrà prevedere la trasmissione dei tracciati ECG che il defibrillatore leggerà come "anormale".

- le altre strutture con UTIC (centri di assistenza emergenza cardiologica e satellite) devono essere fornite di linea telefonica "passante" per la ricezione del tracciato e per il colloquio con l'UTIC di teleconsulto nonché di apparecchio di sola lettura del tracciato (code stat suite).

Le direzioni aziendali devono contribuire a rendere fattibile la teletrasmissione attraverso il coinvolgimento formale dei centri elaborazione dati (CED) aziendali sia durante la fase di attivazione del sistema che in caso di possibili problemi di funzionalità che intercorrono durante l'implementazione del progetto.

2 Procedura obbligatoria per la stratificazione del rischio e gestione terapeutica e invio del paziente

- La stratificazione del rischio, come indicato nello schema su riportato avviene su parametri rilevati dai mezzi di soccorso 118, durante il teleconsulto tra ALS, BLS, CA e CT.
- La valutazione della stabilizzazione del paziente, eseguita con protocolli ufficiali dell'ARES118 (es: MANO), deve precedere la scelta della terapia specifica per il paziente con STEMI (vedi algoritmo allegato). Pertanto l'ARES118 provvede alla elaborazione del protocollo specifico.
- Il Teleconsulto contribuisce a definire l'opzione terapeutica principale (trombolisi o angioplastica,) e la decisione di trasporto conseguente. La somministrazione della terapia trombolitica deve avvenire da parte di personale medico. Quindi in caso di sospetto dolore toracico alla chiamata si prevede la medicalizzazione del mezzo di soccorso con infermiere a bordo con rendez-vous o con il trasporto del paziente al PS più vicino in attesa dell'arrivo del mezzo di soccorso medicalizzato. Pertanto le strutture (PS ed ARES118) provvedono alla elaborazione del protocollo specifico ed alla idonea dotazione di farmaco trombolitico.
- Il rapido trasporto del paziente con STEMI avviene direttamente in emodinamica con la presa in carico del PS in base a protocolli specifici; pertanto le strutture (PS ed UTIC) provvedono alla elaborazione del protocollo specifico secondo la topografia degli ospedali coinvolti.
- Per il paziente con indicazione a PCI primaria:
per definizione, si assume che il centro di teleconsulto dispone di una sala di emodinamica sempre libera; infatti se non è disponibile l'accesso all'emodinamica negli ospedali dell'area di competenza del CT, quest'ultimo deve accettare il paziente per il trattamento immediato con PCI.
In questi casi, quindi, la centrale operativa dell'ARES118 controlla telefonicamente la disponibilità dell'emodinamica:
 - a. sala disponibile: invio all'emodinamica interventistica più vicina;
 - b. sala non disponibile nei tempi utili (door-to-balloon 90'): invio al CT.
- Successivamente si provvede al rinvio eventuale del paziente trattato con angioplastica e stabilizzato alle strutture ospedaliere sede dell'UTIC satellite con le modalità di trasferimento aziendali già esistenti.
In questo tipo di trasferimento, per le implicazioni medico-legali e organizzative che ne conseguono, si prevederà, nel corso della implementazione la individuazione di modalità omogenee di soluzioni del problema che prevedono anche il ribaltamento dei costi tra centri di UTIC ed UTIC+Emo h24 attraverso atti formali dell'Assessorato alla Sanità.
- La raccolta delle informazioni relative al paziente dal momento della chiamata al momento della sua dimissione a casa da parte di tutti gli attori coinvolti.

Affinché questo si realizzi è necessario che:

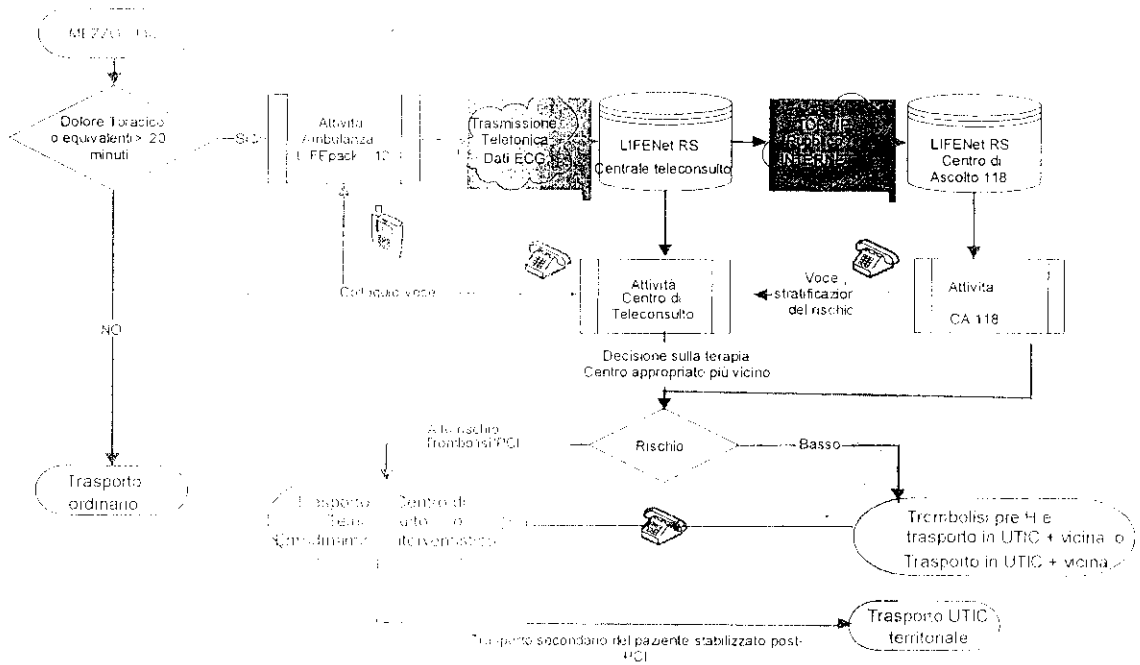
- Tutti i medici/infermieri delle postazioni dell'ARES118 seguano una formazione specifica sulla gestione clinica del paziente con STEMI (vedi figura del percorso formativo).
- L'ARES118 predisponga protocolli per la stabilizzazione e la terapia trombolitica.
- I PS definiscono con l'azienda di appartenenza protocolli interni di presa in carico "temporanea" del paziente in caso di primo soccorso con infermieri a bordo del mezzo, in attesa del rendez-vous del medico ARES118, o in caso di esecuzione di trombolisi in PS facendo comunque riferimento anche alle indicazioni organizzative della DGR n°1729/02.
- In caso che, non è assolutamente possibile inviare un medico a supporto del soccorso da parte del mezzo BLS con infermiere a bordo, quest'ultimo trasporta il paziente all'ospedale più idoneo in deroga a quanto disposto dalla DGR n°4238/97 che prevede il trasporto all'ospedale più vicino in caso di soccorso con mezzo di soccorso non medicalizzato.
- I PS delle strutture sede di UTIC con emodinamica interventistica h24 predispongano protocolli intraospedalieri di trasferimento rapido del paziente dall'arrivo in PS.
- Le Direzioni sanitarie e UTIC/emodinamiche predispongano protocolli operativi che indicano:
 - I servizi di emodinamica dei CT sempre disponibili per i pazienti con necessità di PCI e successiva disponibilità di posto letto in UTIC provenienti dal Progetto infarto.net;
 - disponibilità di posto letto in UTIC degli altri centri per i pazienti con necessità di PCI provenienti dal Progetto infarto.net.
- Le Direzioni Sanitarie delle UTIC ed UTIC + EMO H24 stabiliscano accordi di trasferimento secondario del paziente trattato con PCI.
- Il gruppo di coordinamento del progetto INFARTONET definisca il minimum data set per la raccolta delle informazioni.

Il percorso descritto è riportato sinteticamente nel seguente schema:

Algoritmo percorso

Se Dolore toracico significativo

Si attiva l'Ambulanza
 I dati dell'Ambulanza vengono trasmessi via telefono cellulare presso il CT e ritrasmessi via Internet al CA del 118. L'arrivo dei dati viene seguito da una telefonata della CA del 118 alla CT di riferimento. Si stratifica il rischio via teleconsulto con il medico del CA del 118 che prende la decisione terapeutica e di trasporto conseguente. L'UTIC attiva l'emodinamica e predisporre il letto.
 Dopo il trattamento il paziente stabilizzato viene reinviato alla UTIC territoriale



Strategie organizzative di coordinamento del progetto

Le aree di teleconsulto in cui sono collocate le postazioni ARES118 e le strutture ospedaliere sono definite "aree unitarie di rete". Per ciascuna delle 7 aree unitarie di rete è prevista la costituzione di un comitato composto dai referenti aziendali (clinico e direzione sanitaria) nominati per gestire il progetto localmente.

I compiti svolti dal comitato saranno:

- identificazione ed applicazione di procedure operative intra ed interaziendali (ARES118 - PS - UTIC - Emodinamica - Direzione Sanitaria) formalizzate con decisioni aziendali sulla base delle indicazioni della presente procedure operativa. Le procedure interaziendali sono approvate dal gruppo di coordinamento tecnico regionale;
- nomina del rappresentante di comitato che partecipa ai lavori del gruppo di coordinamento tecnico regionale;
- coordinamento e monitoraggio delle attività legate al progetto tra le strutture partecipanti nella propria area unitaria di rete.

Definizione dei tempi d'intervento di riferimento:

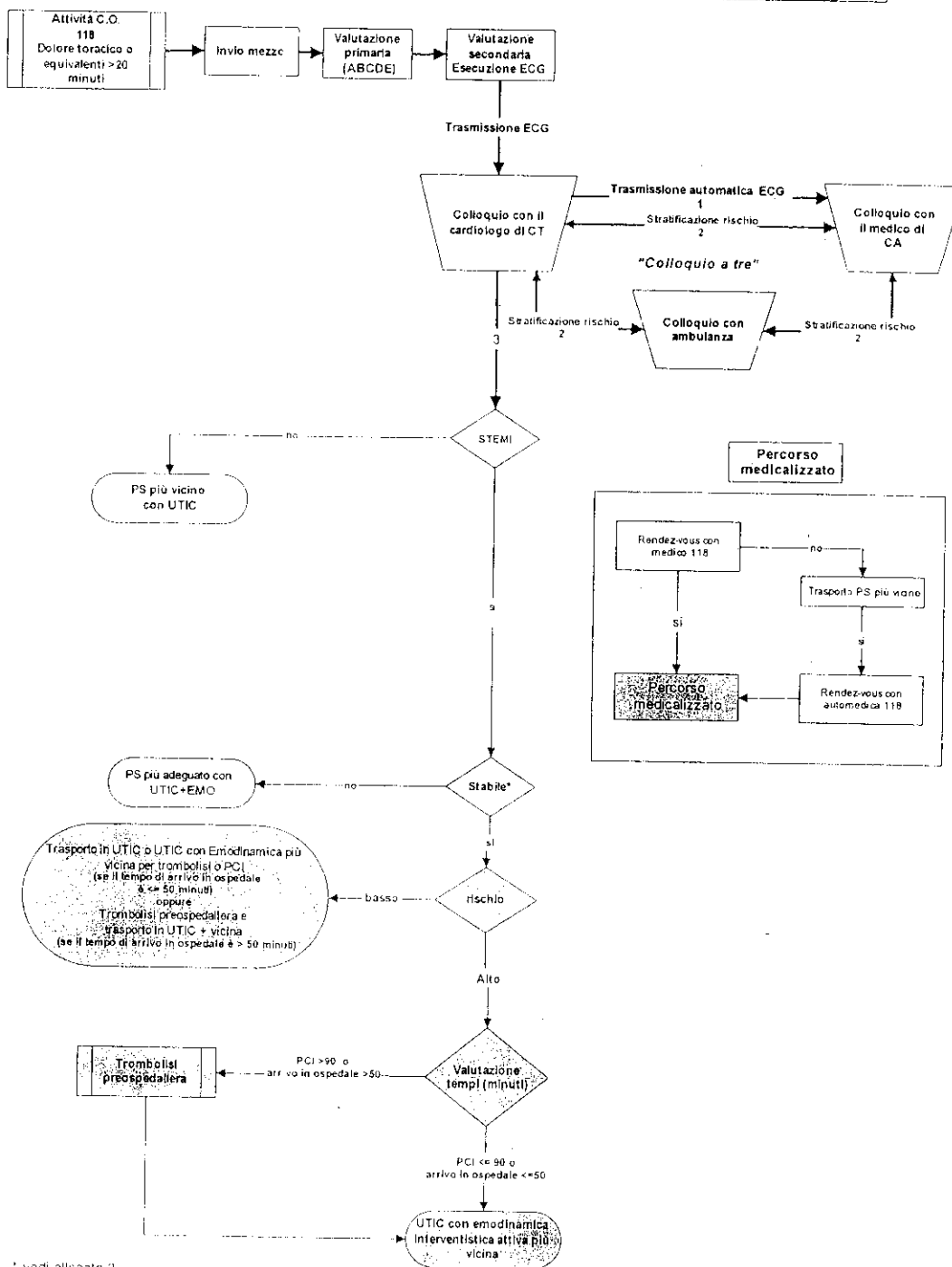
- Tempo dal primo contatto sanitario al gonfiaggio del palloncino (door to ballon): entro 90 minuti;
- Tempo dal primo contatto sanitario al servizio di emodinamica : entro 60 minuti;
- Tempo dall'emodinamica al gonfiaggio del palloncino: entro 30 minuti.

ALLEGATI

1. Algoritmo del percorso assistenziale pre-ospedaliero
2. Algoritmo sulla stabilizzazione del paziente in ambulanza
3. Algoritmo del percorso formativo
4. Tabella 2 - Identificazione CT e aree di teleconsulto
5. Cronogramma delle attività relative allo svolgimento del progetto.

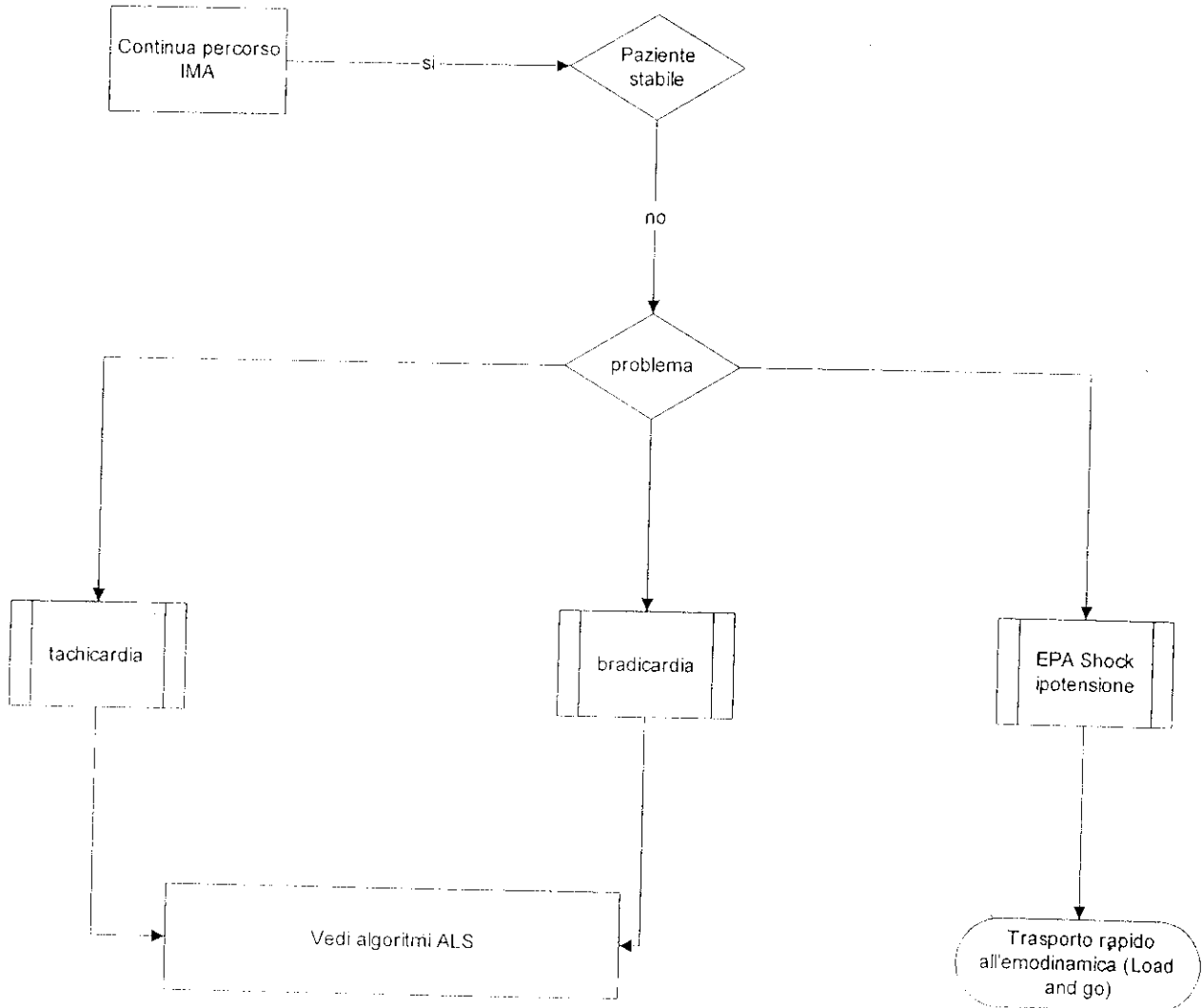
Allegato 1

Algoritmo Percorso assistenza pre-ospedaliera



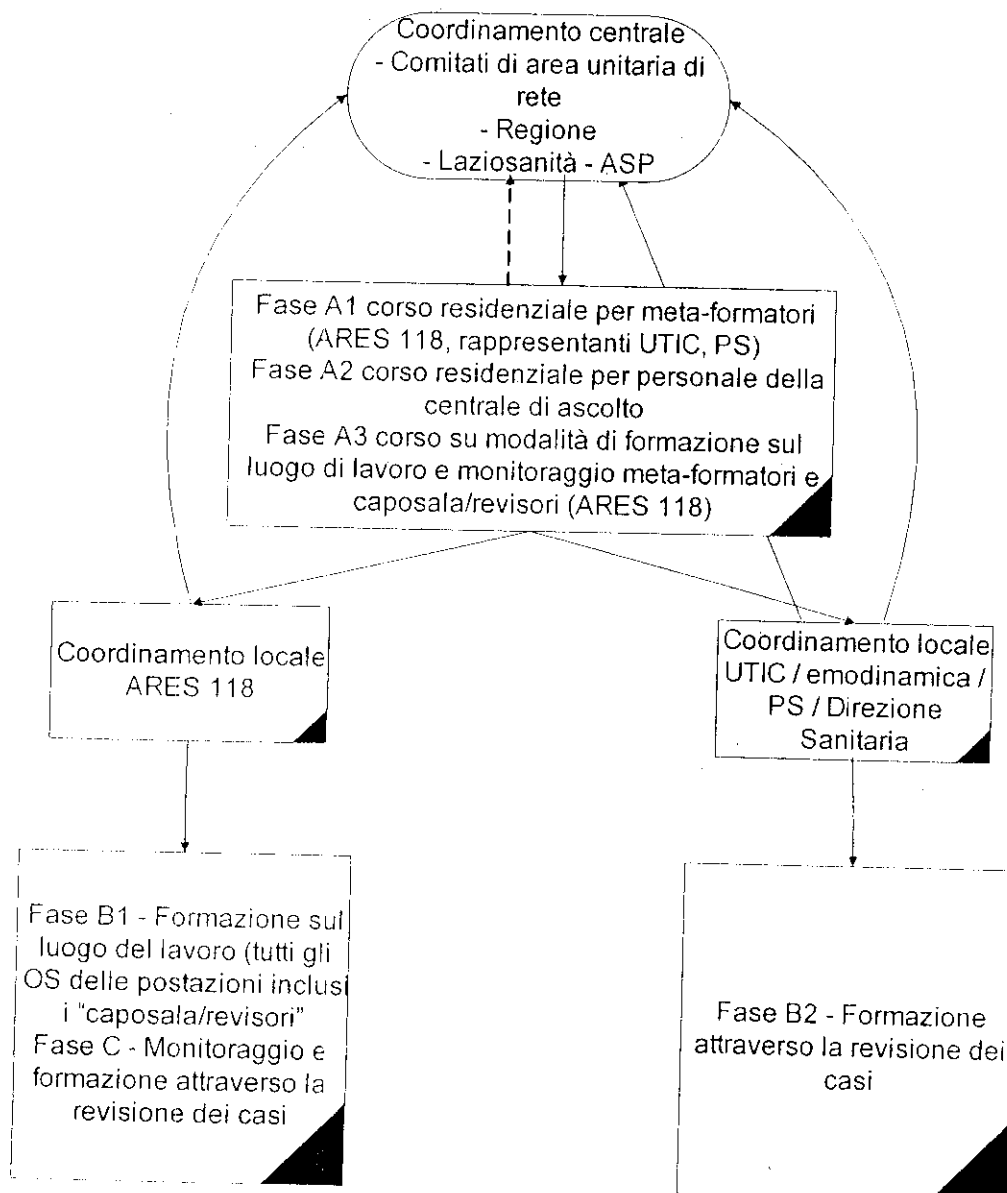
Allegato 2

Stabilizzazione del paziente con IMA



Allegato 3

Algoritmo del percorso formativo del progetto INFARTO:NET



- Accredитamento ECM a carico ASP: corsi della fase A1, B2
- Accredитamento ECM a carico ARES118: corsi della fase A2, B1, A3, C

Allegato 4

Tabella 2. Identificazione CT e aree di teleconsulto (Aggiornamento maggio 2007)

ASL	Istituto	Tipologia PS	Cardiologia	UTIC	Emodinamica	Emodinamica h24 7giorni su 7	Cardiochirurgia	Aree di afferenza
AU (RMA)	Policlinico Umberto I	DEA II	si	si	si	si	si	Area 1
RMA	San Giacomo	DEA I	si	si	si			Area 1
RMB	Sandro Pertini	DEA I	si	si	si	si		Area 1
RMG	San Giovanni Evangel	DEA I	si	si				Area 1
RMG	Angelucci	PS						Area 1
RMG	Coniugi Bernardini	PS	si***	si				Area 1
RMG	Parodi Delfino	PS	si	si				Area 1
AU (RMB)	Policlinico Tor Vergata	DEAII**	si****	si	si	si	si	Area 2
ASL FR	Gemma de Bosis	DEA I	si	si				Area 2
ASL FR	Umberto I	DEA I	si	si	si**			Area 2
ASL FR	Civile di Anagni	PS	si	si				Area 2
ASL FR	Civile di Ceccano	PS						Area 2
ASL FR	Pasquale Del Prete	PS						Area 2
ASL FR	San Benedetto	PS						Area 2
ASL FR	Santissima Trinità	PS	si	si				Area 2
RMB	Policlinico Casilino	DEA I **	si	si	si	si	si	Area 2
RMH	Civile di Velletri	DEA I	si	si°				Area 2
RMH	San Giuseppe (Marino)	PS						Area 2
RMH	San Sebastiano Martire	PS	si	si				Area 2
AO (RMD)	San Camillo-Forlanini	DEA II	si	si	si	si	si	Area 3
RMC	C.T.O.	DEA I**	si	si°				Area 3
RMC	Sant'Eugenio	DEA I**	si	si				Area 3
RMD	Giovanni Battista Grassi	DEA I	si	si				Area 3
AO (RME)	San Filippo Neri	DEA II	si	si	si	si	si	Area 4
RME	Aurelia Hospital	DEA I	si	si	si	si		Area 4
RME	San Pietro - FBF	DEA I	si	si	si	si		Area 4
RME	Santo Spirito	DEA I	si	si	si			Area 4
RME	Cristo Re	PS						Area 4
RME	San Carlo di Nancy	PS	si	si	si			Area 4

RMF	San Paolo	DEA I	si	si				Area 4
RMF	Civile di Bracciano	PS						Area 4
AU (RME)	A. Gemelli	DEA II	si	si	si	si	si	Area 5
ASL RI	San Camillo de Lellis	DEA I	si	si	si ^{ooo}			Area 5
ASL RI	Francesco Grifoni	PS						Area 5
ASL RI	Marzio Marini	PS						Area 5
ASL VT	Civile di Tarquinia	PS						Area 5
ASL VT	Andosilla	PS						Area 5
ASL VT	Belcolle	DEA I	si	si	si ^A		**	Area 5
ASL VT	Civile di Acquapendente	PS						Area 5
ASL VT	Civile di Montefiascone	PS	si					Area 5
I.R.C.C.S.	Bambino Gesù*	DEA I	si		si	si		Area 5
AO (RMA)	San Giovanni	DEA II	si	si	si	si	**	Area 6
RMA	San Giovanni Calibita - FBF	DEA I	si	si				Area 6
RMC	Madre Giuseppina Vannini	DEA I	si	si	si	si		Area 6
RMH	Generale Provinciale	DEA I	si	si				Area 6
RMH	Ercole De Santis	PS						Area 6
RMH	San Giuseppe (Albano)	PS	si	si				Area 6
RMH	Sant' Anna	PS	si	si				Area 6
ASL LT	Dono Svizzero	DEA I	si	si				Area 6
ASL LT	Santa Maria Goretti	DEA I	si	si				Area 6
ASL LT	A. Fiorini	PS	si					Area 6
ASL LT	Città di Aprilia	PS	si					Area 6
ASL LT	Civile di Gaeta	PS						Area 6
ASL LT	ICOT	PS	si					Area 6
ASL LT	Regina Elena	PS						Area 6
ASL LT	San Giovanni di Dio	PS						Area 6
AO (RME)	Sant'Andrea	PS	si	si	si	si	si	Area 7
RMG	Santissimo Gonfalone	PS						Area 7

* Servizio di emodinamica senza UTIC.

** Stand by cardiocirurgico S. Giovanni con Policlinico Tor Vergata; Stand by cardiocirurgico Ospedale di Belcolle con S. Camillo-Forlanini.

*** Presenti posti letto di cardiologia.

° Posti letti monitorizzati attivi in cardiologia e terapia intensiva.

°° H12 con reperibilità notturna per due giorni a settimana.

°°° Emodinamica attiva senza orario definito.

^ In fase di attivazione emodinamica h24 entro il 2007.

^^ Tipologia PS/DEA secondo il documento di riorganizzazione della rete di emergenza.

Implementazione del sistema di telemedicina dei dati clinici e dell'ECG	ANNO 2007												ANNO 2008											
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
realizzazione delle attività formative nelle aree individuate																								
formazione residenziale			X						X	X	X													
formazione sul luogo del lavoro/UTIC e monitoraggio			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
implementazione del PCAE SCA *			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
teleconsulto mezzi 118 con centro HUB			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Definizione degli indicatori per monitorare il progetto; Raccolta dati per il monitoraggio su una scheda sviluppata ad hoc																								
produzione di scheda raccolta dati	X	X	X																					
Uso della scheda raccolta dati				X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

* L'implementazione del PCAE vedrà il coinvolgimento graduale le postazioni dell'ARES118 e centri HUB identificati. Si prevede la messa a punto delle procedure operative da febbraio a giugno 2007 con il coinvolgimento di 2 postazioni ARES118 e 2 hub. L'implementazione sarà attivata in ciascun area e centro HUB solo quando sarà stata completata la formazione residenziale e la messa a punto del sistema di teletrasmissione e teleconsulto

