

I. Rete Cardiologica-Percorso STEMI

Ancona, 15/12/2015

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

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

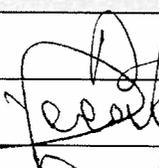
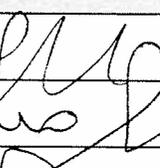
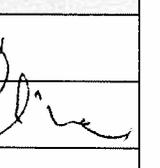
Applicazione Normativa

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

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

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

Gruppo di Lavoro (componenti del tavolo tecnico)

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
Dir. UOC Cardiologia	DOTT. DOMENICO	GABRIELLI	
Dir. UOC DMO	SIACORO	SCHINCO	
Dir. F.P. UOC CARDIOLOGIA SIST	PAURO	PERSICO	
Dir. U.O.C. PS SEME	GIUSEPPE	MARACCHINI	
Dir. P.S. JESI	GILBERTO	PAUCIAFERANI	
PP. Ferrara	RLIO	PARRO	

Ruolo	Nome	Cognome	Firma
PS PESARO	FABRIZIO	GIOSTINO	<i>[Signature]</i>
PS. Urbino	Filippo	Mezzolani	<i>[Signature]</i>
UTIC URBINO	PAOLO	BUSACCA	<i>[Signature]</i>
Ambulatorio PS	GIORGIO	TURRI	<i>[Signature]</i>
MYO	MASSIMO	PALAZZO	<i>[Signature]</i>
COLLE MARCONI	Enrico	Zampieri	<i>[Signature]</i>
PS CAMERINO	DOMENICO	SICOLO	<i>[Signature]</i>
20118 AUS/AV4	RAULO P.	POSTACCHI	<i>[Signature]</i>
DIREZIONE MEDICA PS - MED. DIURSA	AP GIUSEPPE	RENZI	<i>[Signature]</i>
Dir. Contid. Fobiano	PIETRO	SCIPIONE	<i>[Signature]</i>
DRPO AL2 Senigallia	Silvano	Seri	<i>[Signature]</i>
VOC CARDILOGIA AP	LUIGI	MORSTO	<i>[Signature]</i>

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Nadia Storti

[Signature]

Allegato: AZIONI PREVISTE PER LO STEMI

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

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

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

Organizzazione Hub e Spoke nelle Marche

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

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

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

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

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

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

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

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

I dati di tempistica *door to ballon* sono:

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

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

Il Registro Marchigiano delle Sindromi Coronariche Acute (SCA)

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

CRITICITA' ATTUALI.

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

La situazione attuale si presenta dunque disomogenea nel territorio regionale.

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia di riferimento

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

