

Allegato 8

ALLEGATO 8 ALLA  
DETERMINAZIONE N. 316/DC  
DEL 24 DIC. 2015

## Allegato 8: EMERGENZE URGENZE NEUROCHIRURGICHE

### NOTE METODOLOGICHE

- Il gruppo di lavoro ha convenuto di articolare il lavoro nel seguente modo:
- Revisione delle principali linee guida nazionali ed internazionali
- Verifica del numero di *clinical competence* necessarie per professionista
- Verifica se presenti dei numeri minimi di AGENAS

### DEFINIZIONE DI EMERGENZA URGENZA CHIRURGIA

Oggetto	Definizione	Timing
Emergenza chirurgica	Situazione caratterizzata da funzioni vitali compromesse, suscettibili di risoluzione mediante un appropriato atto chirurgico (es neuro trauma)	30-60 minuti
Urgenza prioritaria	Situazione per la quale l'atto chirurgico deve essere attuato precocemente	6 ore
Urgenza secondaria	Situazione può essere procrastinata nel tempo di 1 g al massimo	6-24 ore massimo
Urgenza differibile	situazione che può essere programmata nella nota operatoria	7 giorni

Le patologie dipendenti individuate sono:

- ESA emorragia subaracnoidea
- Trauma cranico maggiore associato a politrauma (questo ultimo va nel centro di riferimento HUB di Torrette)

In tal senso i professionisti per garantire la Centralizzazione dei pazienti devono rivedere l'intera delibera sul 118 poiché obsoleta e non in linea con il modello che intende adottare la regione.

Per le patologie di cui sopra se necessarie dovranno essere indicate le **competenze plurispecialistiche che devono essere presenti o in Pronta disponibilità h 24, dovranno essere altresì individuati i professionisti necessari e le relative *clinical competence*.**

I professionisti dovranno individuare puntuali *clinical path* per le patologie emergenti definendo il rapporto/interfaccia con i Pronti Soccorsi di accettazione e con i servizi

In particolare per quanto attiene ai servizi necessari il gruppo di lavoro segnala quanto segue:

**la neuroradiologia interventista di Torrette ha organico insufficiente e deve essere garantito progetto regionale ad hoc poiché vi sono reali difficoltà di reperimento dei professionisti** (A tale fine è necessario integrare la dotazione organica dell'AOR con ulteriori altre 2 unità a carico del progetto regionale per cui il relativo costo non è a carico dell'AOR, ma spalmato nell'intero sistema regionale).

## MODELLO DI RIFERIMENTO

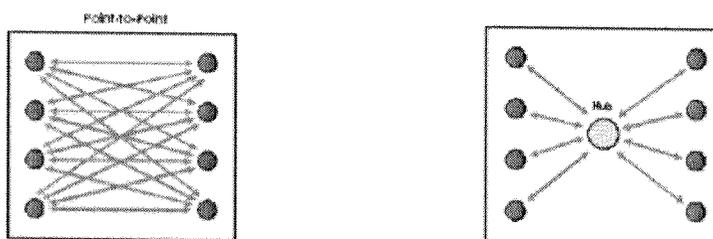
Il modello di lavoro cui si fa riferimento è la rete degli HUB and SPOKE.

Per essere realizzato in modello summenzionato richiede:

1. massima capacità recettiva degli HUB e possono ricevere pazienti ancora non particolarmente appropriati perché "overtriaggiati"
2. contestuale capacità degli SPOKE di essere recettivi

Nel modello Hub and SPOKE i 118 dovranno utilizzare le medesime metodiche di classificazione e riconoscimento dei pazienti (algoritmi) per garantire uniformità della centralizzazione, si ritiene fin da subito di proporre il superamento della delibera regionale del 118 anno 1998 poiché obsolete e non conforme alle linee guida recenti, tale modello non permette la crescita del modello HUB and SPOKE. Il modello HUB and SPOKE, mutando dalla gestione degli aeroporti, razionalizzando i percorsi e aumenta la sicurezza dei pazienti

I due modelli a confronto sono indicati nelle figure sottostanti:



	Point to point	H&S
No of routes	32	16
cost	10000	10000
Total Cost	320000	160000

Nella summenzionata verifica dovranno essere segnalati in modo sintetico **le barriere organizzative** (es mancanza di professionisti, mancanza di *clinical competence* pur in presenza di professionisti che tuttavia risultano distribuiti nelle diverse strutture ospedaliere con volumi di attività che non consentono di creare o mantenere le *clinical competence*, mancanza di sistema trasmissione immagini ecc...)

Le Direzioni Sanitarie dovranno approntare la seguente ricognizione dell'offerta

Elenco strutture	Requisito/ campo note
Presenza assenza della UO oggetto di analisi	2 UOC di neurochirurgia
Numero di sanitari	Marche Nord Torrette
Servizio h 24	Si - a Marche Nord in PD
Servizi e competenze h 24 altre necessarie per garantire la sicurezza del paziente es radiologia interventistica ecc.	Presenza h 24 di neuroradiologia- a Marche Nord, assenza di neuroradiologia interventistica
<i>Clinical competence</i> e volumi raggiunti dalla struttura	Riferimenti: Agenas, linee guida nazionali, servizi in rapporto alla popolazione/bacino di utenza sia per la neurochirurgia che per la radiologia interventistica
Casi osservati	DRG
Tasso di mortalità per struttura	

Si è ritenuto infatti che non fosse produttivo ragionare sulle strutture su ciò che si è fatto fino ad oggi ma su un modello a tendere il linea con l'evoluzione della letteratura e della normativa.

### **STANDARD OSPEDALIERI PER NEUROCHIRURGIA**

Bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, pertanto il gruppo di lavoro propone di mantenere l'intera centralizzazione dei pazienti politraumatizzati nell'AOR e di ridefinire le aree territoriali (Area Vasta 1 e/o parte Area Vasta 2 ?) che dovranno afferire sulla Neurochirurgia di Pesaro e quelle che dovranno afferire all'AOR per ESA e neurotraumi.

Inoltre alla luce dei standard ospedalieri si propone di non aprire ulteriori neurochirurgie in regione e di verificare esclusivamente l'afferenza territoriale

### **SERVIZI NECESSARI**

presenza h 24 di neuradiologo interventista (anche in pronta disponibilità)

presenza di neuroradiologo (anche in pronta disponibilità)

presenza di neurologo h 24 (anche in pronta disponibilità)

presenza di neurochirurgo h 24 (anche in pronta disponibilità)

### **VOLUMI e CLINICAL COMPETENCE**

Uno studio (vedi bibliografia Finks JF et AL ) pubblicato sul New England Journal dimostra come strutture che effettuano alti volumi e casistiche per gli interventi maggiori (es aneurisma della aorta) hanno minor mortalità

### **BIBLIOGRAFIA:**

Programma cooperativo di intervento per i pazienti con trauma grave nel SIAT dell'Emilia Occidentale

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 1

69, della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135

### **JSNT-Guidelines for the Management of Severe Head Injury (Abridged edition)**

Katsuji Shima, Tohru Aruga, Takehide Onuma, Minoru Shigemori, and members of the Japanese Guidelines Committee on the Management of Severe Head Injury (2nd Edition), and the Japan Society of Neurotraumatology

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3198659/>