

PERCORSO ASSISTENZIALE REGIONE MARCHE

Emorragie subaracnoidee “ESA” e Emorragie intracerebrali “EIC”

NB: 1. il percorso è stato sviluppato con il prerequisito che la struttura inviante sia dotata di servizio di teleconsulto.

2. Al momento della definizione del percorso (20 Settembre 2007) la quasi totalità degli ospedali di area vasta e zonali della regione sono collegati a Torrette di Ancona con tale strumento.

A. Criteri di centralizzazione del paziente allo Ospedale Generale Regionale

I. Non sono da centralizzare (e quindi per questi pazienti è preferibile non attivare teleconsulto in urgenza).

a) in relazione alle caratteristiche della lesione

- lesione emorragica del tronco
- ematomi capsulo – nucleari

b) in relazione alle condizioni generali

- Pazienti con GCS ≤ 4 a condizioni cliniche stabilizzate
- Pazienti con grave comorbidità o disabilità severa precedente l'evento ictale

Questa ultima situazione può essere valutata con la scala ASA. I pazienti con grave comorbidità e/o ASA 4-5 prima dell'evento ictale non sono da trasferire

Classificazione dello stato clinico secondo l'ASA

Classe 1 soggetto sano

Classe 2 malattia sistemica lieve fino a moderata

Classe 3 malattia sistemica grave non invalidante

Classe 4 malattia sistemica grave con pericolo di vita, paziente moribondo con aspettativa di vita non superiore alle 24 h con o senza intervento

Per questi pazienti è preferibile non attivare teleconsulto in urgenza.

II Sono da centralizzare

- le emorragie subaracnoidee che non rientrano nei criteri generali di esclusione del punto B
- gli ematomi intraparenchimali a localizzazione lobare
- gli ematomi callosi settali
- gli ematomi cerebellari

III. Sono da discutere caso per caso:

- 1) pazienti con GCS = 4 giovani (sotto i 60 anni) con emorragia cerebellare o vaste emorragie sopratentoriali
- 2) pazienti con età $> 80^\circ$ senza limitazioni da comorbidità e/o disabilità pregressa
- 3) pazienti con ematomi lobari di diametro inferiore a 3 cm

B. Fasi del Percorso

I. Il Collegamento Periferia – Centro Torrette di Ancona

1. Il collegamento avviene preferenzialmente con lo strumento del teleconsulto. Al momento del collegamento l'ospedale inviante ha realizzato gli accertamenti clinici e strumentali preliminari: anamnesi, esame obiettivo, esami emato-chimici principali e TAC encefalo, (auspicabile una scheda

neurologica di trasferimento) ed è in grado di fornire tutte le indicazioni necessarie a soddisfare i criteri previsti per la centralizzazione.

2. Il Neurologo (preferibilmente) ha valutato la presenza dei criteri di centralizzazione e chiama dallo ospedale inviante il Neurochirurgo di guardia ad Ancona ai telefoni portatili:

- N° 071/5964567 (**Clinica di Neurochirurgia**)
- N° 071/5964593 (**Divisione di Neurochirurgia**).

3. Il Neurochirurgo, una volta allertato, attiva i colleghi delle altre Unità Operative eventualmente coinvolte, Neuroradiologia, DEA, etc. secondo il protocollo interno precodificato.

II. Il Trasferimento del paziente

1. Il trasferimento è realizzato attraverso ambulanza o elicottero con assistenza medica secondo i protocolli del Servizio 118..

2. Il neurochirurgo che ha accettato il trasferimento si rende disponibile presso il DEA degli Ospedali Riuniti alla accoglienza del paziente e si prende cura di avviare il processo assistenziale interno già concordato con le altre strutture operative coinvolte.

3. I Sanitari dell'Ospedale di invio si rendono disponibili a ricevere il paziente precedentemente trasferito entro 24 h dalla richiesta dei medici degli Ospedali Riuniti. La Direzione Medico Ospedaliera si fa garante della attuazione di tale accordo.

FINE DEL PROTOCOLLO OPERATIVO

ULTERIORI POSSIBILI ATTIVITA' COMUNITARIE CORRELATE AL PROFILO

1. Registro Regionale delle emorragie cerebrali

E' auspicabile un Registro Regionale delle Emorragie Cerebrali da realizzare attraverso la compilazione di una scheda anche informatica. Il registro, con l'integrazione con le schede di dimissione da parte della struttura centralizzata permetterebbe di conoscere la storia naturale di questi malati nella nostra regione, nonché l'incidenza e le modalità di assistenza all'ictus in osservanza ai criteri stabiliti dal Profilo.

2. Riunioni periodiche di audit clinico fra le varie componenti della rete

Il gruppo pluri - specialistico degli operatori coinvolti nel profilo si fa promotore dell'audit, selezionando i casi più importanti, preparandone la presentazione, redigendo un report delle riunioni di audit, predisponendo le modifiche del protocollo ove questo risultasse carente e/o incompleto e/o non funzionale.