

Le Figure seguenti rappresentano la sintesi dell'organizzazione e della tempistica della Rete IMA; sono l'aggiornamento di quelle pubblicate in allegato nel precedente Decreto Assessoriale.

In base all'accesso dell'infartuato nell'area dell'emergenza (PS Centro Hub, PS Centro Spoke o intervento 118) sono indicati i comportamenti appropriati, quelli accettabili e quelli inappropriati.

Particolare attenzione bisogna porre alla differenza tra tempi decisionali (fig. 4a) e obiettivi di trattamento (fig. 4b). Mentre i primi rappresentano il tempo ECG-PCI (filo-guida) stimato dal medico di PS o di 118, i secondi sono l'obiettivo «accettabile» secondo le Linee Guida internazionali.

Fig. 1. Organizzazione dei percorsi del paziente con infarto miocardico acuto che descrive la possibile gestione pre- ed intra-ospedaliera e le possibili strategie di riperfusione entro 12 h dal I contatto medico

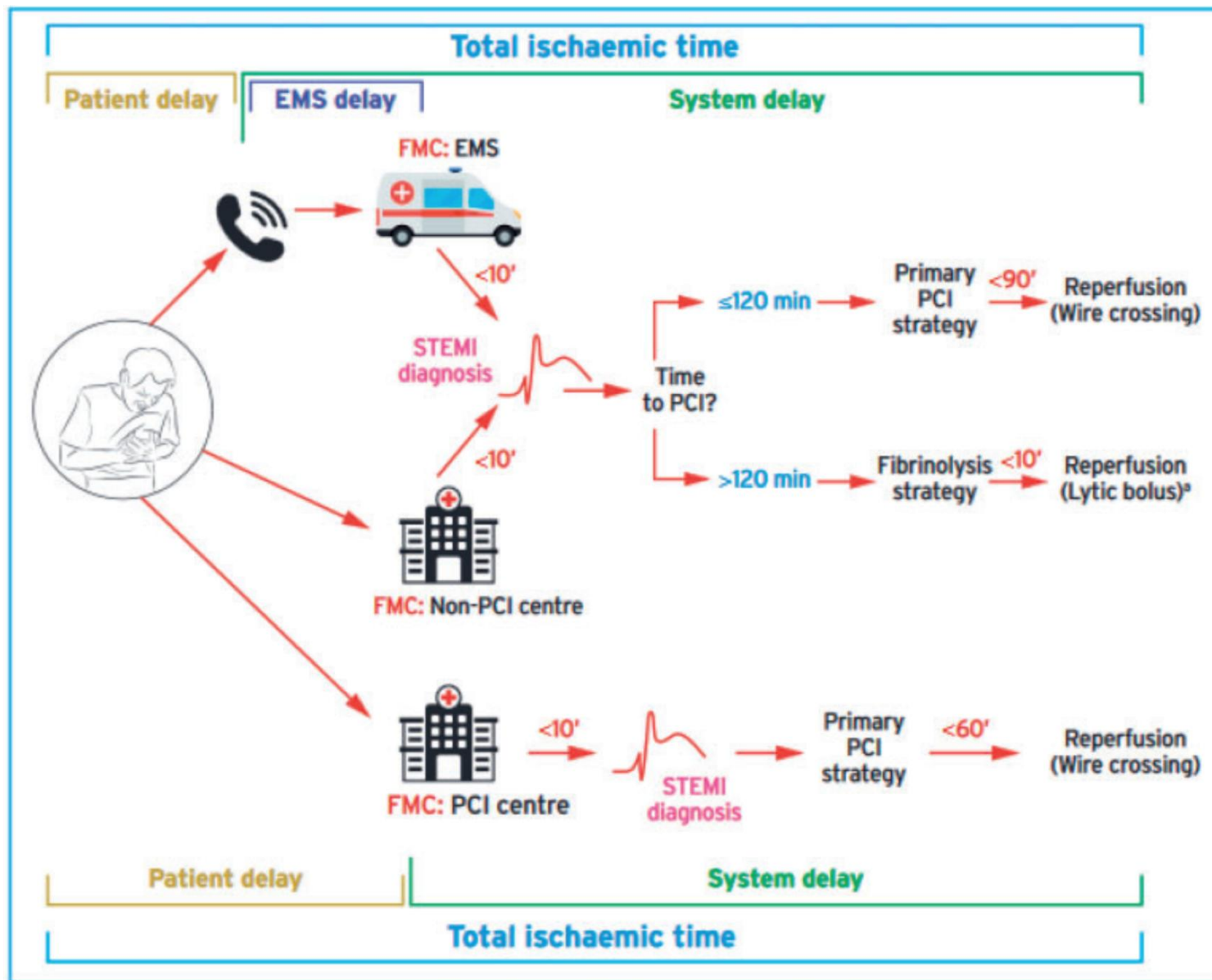




Fig. 2 Legenda

A: **Appropriato**
C: **aCctabile**
I: **Inappropriato**

DI-DO: **Door In – Door Out** (*tempo impiegato dall'ospedale spoke per organizzare il trasferimento a partire dal tempo zero, cioè dall'assegnazione del codice, prima della reale partenza verso l'Emodinamica; per analogia, lo stesso tempo può essere utilizzato per analogia negli interventi del 118: dall'arrivo dell'ambulanza sul luogo dell'intervento alla reale partenza verso l'Emodinamica*)



Fig. 3a

Strategie terapeutiche - *Ospedali Hub*

<i>Opzioni possibili</i>	<i>Grado di appropriatezza</i>
➤ PTCA in tutti i casi di STEMI	A
➤ TBL in caso di dolore <2h, IMA esteso e basso rischio emorragico, nel caso in cui la sala non sia immediatamente disponibile	C
➤ TBL per tutti i pazienti con dolore < 2h	I

Ovviamente tutti i pazienti che giungono a un centro dotato di emodinamica devono essere indirizzati ad angioplastica primaria. In casi eccezionali, qualora la sala di emodinamica dell'Ospedale e quelle di eventuali altri Centri vicini non dovessero risultare immediatamente disponibili, è accettabile la trombolisi nel caso in cui il dolore sia insorto da meno di due ore



Fig. 3b. Strategie terapeutiche - Ospedali Spoke o 118 (MSA)

Opzioni possibili	Grado di appropriatezza
<p>Ospedali Spoke o MSA 118 con “tempo ECG – filo guida” < 120 min.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Trasferimento per PTCA di tutti i pazienti senza TBL <p><i>Il “tempo ECG – filo guida” va considerato come il tempo stimato dall’ecg eseguito presso l’ospedale spoke al “passaggio della guida” presso il centro HUB durante angioplastica primaria</i></p>	<p>A</p>
<p>Ospedali Spoke o MSA 118 con “tempo ECG – filo guida” > 120 min.</p> <ul style="list-style-type: none">➤ TBL e Trasferimento immediato all’Hub di tutti i pazienti➤ Trasferimento immediato all’Hub in caso di shock e controindicazioni alla TBL➤ TBL e Trasferimento immediato all’Hub dei pazienti ad Alto Rischio Ischemico e Basso rischio emorragico ➤ TBL e Trasferimento all’Hub solo se TBL inefficace➤ TBL senza Trasferimento	<p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>I</p> <p>I</p>

E’ fortemente raccomandato negli ospedali Spoke , quale indice di qualità, il mantenimento di un tempo DI-DO < 30 min.



Fig. 4 a: Tempi decisionali che devono guidare il percorso del paziente

RITARDO	Obiettivo di trattamento
ECG – filo guida (<i>centro Spoke o MSA 118</i>)	≤ 120 min – Indicazione a trasporto presso centro HUB per angioplastica primaria
ECG – filo guida (<i>centro Spoke o MSA 118</i>)	≥ 120 min – Indicazione a trattamento in loco per fibrinolisi

Il “tempo ECG – filo guida” va considerato come il tempo stimato dall’ecg eseguito presso l’ospedale spoke o dal MSA 118 al “passaggio della guida” presso il centro HUB durante angioplastica primaria.



Fig. 4b. Ritardi “accettabili”

RITARDO	Obiettivo “accettabile”
Contatto medico – ECG	≤ 10 min
ECG – fibrinolisi	≤ 10 min
ECG – PCI primaria (<i>centro Spoke o MSA 118</i>)	≤ 90 min
ECG – PCI primaria (<i>centro HUB con Emodinamica H24</i>)	≤ 60 min
PCI dopo trombolisi “efficace”	3 – 24 h



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Fig. 5.
Farmaci antiaggreganti, anticoagulanti, fibrinolitici e antidolorifici necessari in ambulanza

Farmaci

ASA (cpr e/o fiale)

Eparina sodica

Morfina

Tenecteplase*

**la dotazione di Tenecteplase sarà data alle ambulanze che gravitano in aree dove è prevista la trombolisi pre-ospedaliera*



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Fig. 6
Organigramma

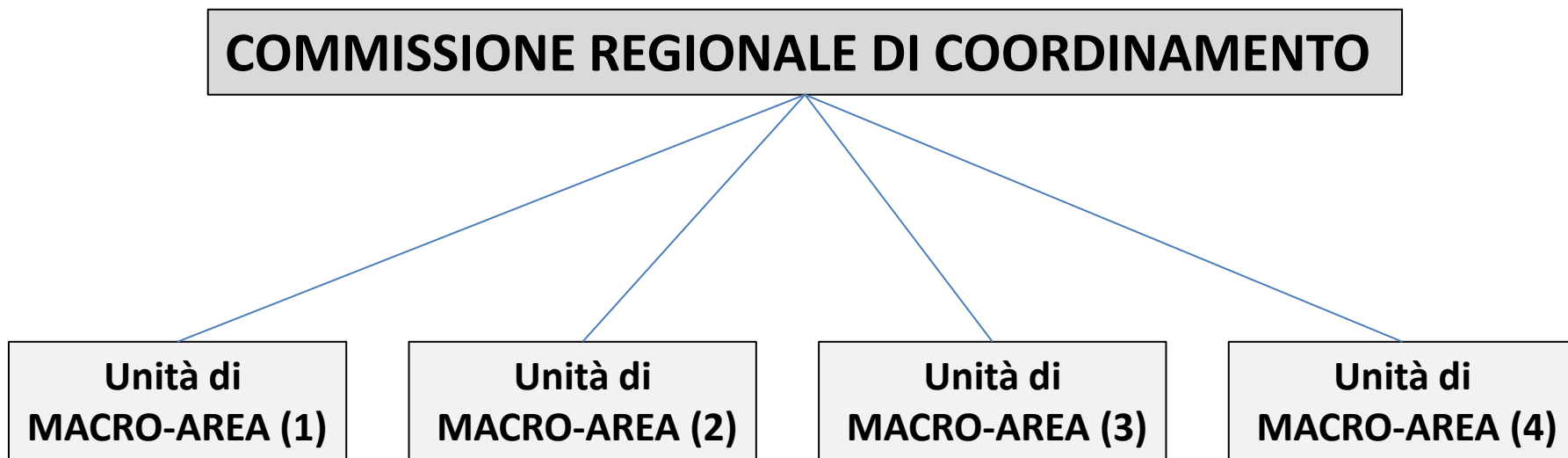




Fig. 7 Standard dei laboratori di Emodinamica

Personale

Medici: minimo 4 (ottimale 5) emodinamisti oltre al responsabile (1 per ogni chiamata in regime di reperibilità)
Infermieri: minimo 6 – ottimale 10 (2 per ogni chiamata in regime di reperibilità)
Tecnici di radiologia o cardiologia ove presenti: minimo 3 – ottimale 4

Requisiti strutturali minimi

Una sala (ottimale 2) con angiografo fisso
Una sala con angiografo portatile nel caso in cui ci sia solo una sala con angiografo fisso
Gruppo di continuità UPS

Standard organizzativi e di processo

Reperibilità: 24h/24h - 7gg/7 gg
Volume di attività: 400 procedure/anno per laboratorio
100 procedure/anno per operatore