



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE – AGRIGENTO
DISTRETTO AG 1
OSPEDALE S. GIOVANNI DI DIO

PDTA ICTUS

**Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
per l'ictus cerebrale**

ASP Agrigento

Appendice

Dott.ssa Lidia Urso



COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO

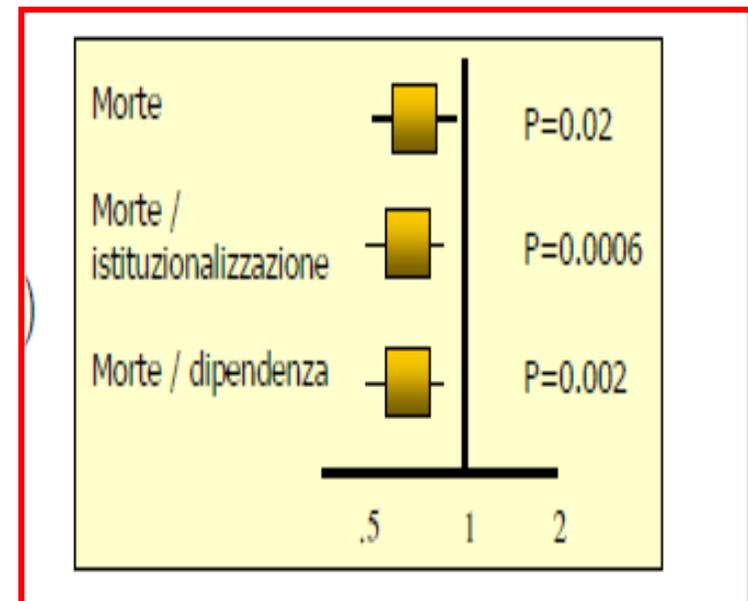
- **DOTT.SSA R.M. GAGLIO**
(DIRETTORE U.O.C NEUROLOGIA P.O. SAN GIOVANNI DI DIO
AGRIGENTO)
- **DOTT. LIDIA URSO**
(Dirigente medico presso Ospedale S.A. di Trapani)

Il ruolo della Stroke Unit nel percorso diagnostico-terapeutico dell'ictus

Il trattamento in Stroke Unit rispetto ad un reparto non specializzato:

- riduce la mortalità (ARR del 3%)
- riduce la dipendenza (5%)
- riduce la istituzionalizzazione (2%)

Il beneficio si ha in tutti i tipi di pazienti, indipendentemente dal sesso, età, sottotipo e gravità dell'ictus



La Stroke Unit è il nucleo centrale del processo assistenziale

..... ma anche.....

- ***Terapia della fase acuta***
- ***Competenza multiprofessionale***
- ***Prevenzione della recidiva precoce***
- ***Riabilitazione precoce***
- ***Prevenzione delle complicanze***

La Stroke Unit è il nucleo centrale del processo assistenziale

La definizione di Stroke Unit (SU), secondo la European Stroke Organization (ESO 2008), è quella di “un’area di un ospedale, dedicata e geograficamente definita, che tratta i pazienti con ictus; dotata di personale specializzato in grado di garantire un approccio multidisciplinare coordinato ed esperto al trattamento e all’assistenza; comprendente alcune discipline fondamentali: il medico, il fisioterapista, il terapista occupazionale e l’assistente sociale”.



*La più recente edizione (2008) delle linee guida della European Stroke Organization raccomanda che “tutti i pazienti con ictus dovrebbero essere trattati in una SU”
(Class I, Level A)*

La carenza di aree di degenza dedicate

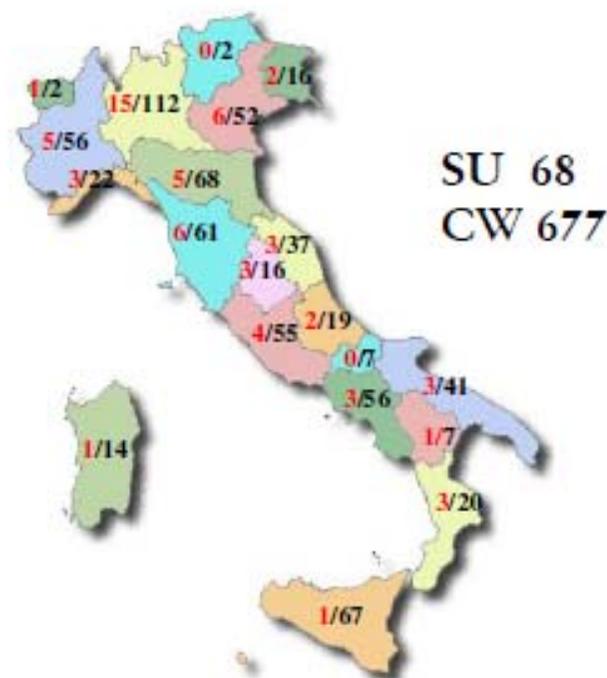
- *In una indagine epidemiologica su 886 ospedali in Europa solo il 13.5% degli ictus vengono trattati in strutture dedicate ed attrezzate (CSC o PSC)*
- *Soltanto il 6% delle strutture sanitarie in Italia ha le caratteristiche richieste per uno Stroke Center*

Facilities Available in European Hospitals Treating Stroke Patients

Didier Leys et al, for the Executive Committee of the European Stroke Initiative
Stroke 2007;38;2985-2991

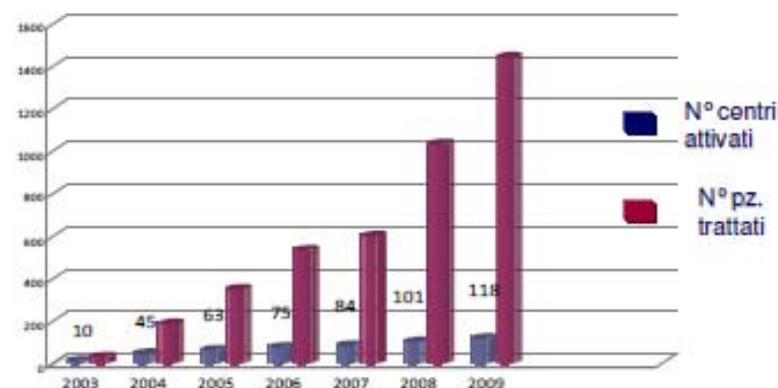
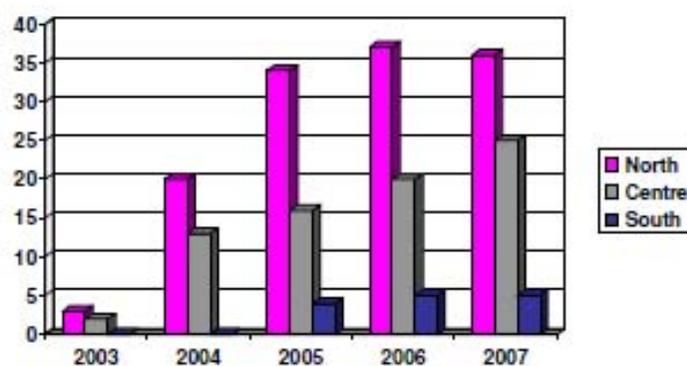
I dati dello Studio Prosit

- Secondo i dati dello Studio PROSIT su 677 ospedali che ricoverano almeno 50 ictus per anno, solo il 10% è dotato di una stroke unit (SU).
- La maggior parte è in ambito neurologico.



Il basso numero di trombolisi nell'ictus ischemico

Stroke units che effettuano trombolisi in Italia



Courtesy of D.Toni, coordinator, SITS Italy data

Trombolisi in Italia (Gennaio 2008 - Novembre 2009)

	Centri	Trombolisi	Popolazione *
NORD	69	1333	25,000
CENTRO	30	540	11,500
SUD	13 (11%)	59 (2.9%)	20,000 (35%)
TOTALE	112	1932	57,500

*milioni di abitanti

Circa 1% di tutti gli ictus

D.A. n. 02186/12

2012	Serv. 4-DIP/P.S.
------	------------------

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

“Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari”

Art. 2

Sono recepiti i documenti ministeriali *“Organizzazione dell’Assistenza all’Ictus Cerebrale”* pubblicato nell’aprile del 2010 e *“Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare”*, pubblicato nel Quaderno del Ministero della Salute n. 14 del marzo-aprile 2012, a cui i Direttori generali dovranno fare riferimento nella definizione dei protocolli clinici e organizzativi delle Stroke Unit.

D.A. n. 02186/12

2012	Serv. 4-DIP/P.S.
------	------------------

REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

"Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari"

CONSIDERATO che le Linee guida ministeriali prevedono che la stroke unit di II livello sia allocata in U.O. di neurologia, che tuttavia presso il P.O. Umberto I di Siracusa, solo oggi è in fase di attivazione l'U.O. di Neurologia e che, di fatto, negli anni le attività assistenziali ai pazienti con stroke sono state svolte dall'U.O. di Medicina Interna, si ritiene di dover identificare quale Stroke Unit di II livello l'U.O. di Medicina Interna del P.O. Umberto I, nelle more dell'attivazione dell'U.O. di Neurologia e dell'acquisizione, da parte della stessa, delle specifiche competenze in materia;

RITENUTO necessario che la Regione Siciliana si doti di un Registro Regionale dello Stroke al fine di predisporre un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e di valutare l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese;

DECRETA

Art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, è individuata la Rete delle Stroke Unit operative in Sicilia, secondo il modello *hub e spoke* con la classificazione per livelli di complessità e secondo le modalità e le indicazioni di cui all'allegato documento tecnico che costituisce parte integrante del presente decreto.

Stroke Unit di III livello (HUB):

1. A.O. Cannizzaro di Catania - U. O. C. Neurologia
2. A.O.U. Policlinico di Messina - U. O. C. Neurologia
3. A.O.R. Papardo-Piemonte - U. O. C. Neurologia
4. A.O.R. Villa Sofia-Cervello - U. O. C. Neurologia
5. ARNAS Civico di Palermo - U. O. C. Neurologia

Stroke Unit (Spoke) di II livello:

Provincia di Agrigento:

- Agrigento - P.O. San Giovanni di Dio - U. O. C. Neurologia

Provincia di Caltanissetta:

- Caltanissetta - P.O. Sant'Elia - U. O. C. Neurologia

Provincia di Catania:

- Catania: ARNAS - U. O. C. Neurologia
- Caltagirone - P.O. Gravina - U. O. C. Neurologia

Provincia di Enna:

- Enna - P.O. Umberto I - U. O. C. Neurologia

Stroke Unit (Spoke) di I livello

Provincia di Agrigento:

- P.O. Barone Lombardo Canicatti - U. O. C. Medicina Interna
- O.C.R. Sciacca - U. O. C. Medicina Interna

Provincia di Caltanissetta:

- P.O. Vittorio Emanuele Gela - U. O. C. Medicina Interna
- P.O. Maria Immacolata Longo di Mussomeli - U. O. C. Medicina Interna

Provincia di Catania:

- P.O. Maria SS. Addolorata di Biancavilla - U. O. C. Medicina Interna
- P.O. Castiglione Prestianni di Bronte - U. O. C. Medicina Interna

Provincia di Enna:

- P.O. Carlo Basilotta di Nicosia - U. O. C. Medicina Interna

Provincia di Messina:

- P.O. Generale Sant'Agata di Militello - U. O. C. Medicina Interna

Provincia di Palermo:

- P.O. Civile Partinico - U. O. C. Medicina Interna
- Fondazione Giglio di Cefalù U. O. C. Neurologia
- P.O. B.Agliata di Petralia Sottana - U. O. C. Medicina Interna

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO ALLA SALUTE

ALLEGATO TECNICO PER L'ATTUAZIONE DELLA RETE REGIONALE PER
L'ASSISTENZA ALLE EMERGENZE DELLE MALATTIE CEREBRO VASCOLARI

La mortalità specifica per *ictus cerebri* in Sicilia si mantiene da anni in linea con la media nazionale. Tuttavia, nell'ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni e dei servizi offerti alla utenza appare opportuno avviare una rete assistenziale, gravitante sulle Stroke Unit, secondo un modello già realizzato da alcune regioni italiane la cui esperienza è stata resa pubblica dal Ministero della Salute nel numero 2 dei *Quaderni* nell'aprile del 2010. Il fabbisogno stimato dal Ministero della Salute corrisponde a circa 50 posti per milione di abitanti (per la Sicilia = 250 posti SU) con un tendenza a pervenire a una dotazione omogenea di sei SU di otto letti per milione di abitanti. Nella nostra regione le SU derivano prevalentemente da processi di specializzazione, anche se parziale, di Unità Operative Complesse e quindi possono essere realizzate senza impegnativi investimenti ex novo di risorse (almeno per i livelli funzionali propri delle SU dei centri SPOKE). Eventuali costi aggiuntivi legati all'implementazione delle SU o anche passività "per cassa" sono costantemente associati, oltre che a un miglioramento funzionale della struttura ospedaliera ospitante, a significativi risparmi in termini di costi diretti della fase post-acuta (e riabilitativa) e di costi indiretti, con riduzione degli oneri sociali legati all'assistenza ai pazienti con disabilità residua.

Fase preospedaliera: ruolo del 118

Nella **fase pre-ospedaliera**, la pronta attivazione e la tempestiva risposta del sistema di emergenza territoriale “118” diventa essenziale in relazione alla trombolisi e ad altri interventi terapeutici che possono essere attuati nella ristretta finestra temporale. E' quindi necessario definire delle procedure operative che coinvolgano il personale delle centrali operative 118 che deve essere adeguatamente formato a riconoscere i sintomi indicativi di ictus mediante un'intervista telefonica mirata e strutturata su scale di valutazione codificate (Cincinnati pre-hospital Scale – v. allegate)



Fase pre-ospedaliera: ruolo del 118

Nel caso di sospetto ictus l'operatore attribuirà un codice ictus di pre-allertamento. In tali casi il codice rosso è giustificato dall'urgenza terapeutica.

Una volta attivato il sistema di emergenza va accertata, da parte dei medici e infermieri soccorritori, la necessita di un intervento trombolitico in urgenza (entro le prime tre ore); in tal caso il paziente colpito da ictus deve essere immediatamente trasferito presso il P.O. della rete più vicino e idoneo, per dotazione strumentale, ad intervenire sul processo patologico in atto.

La centrale operativa deve contestualmente attivare il pronto soccorso del presidio sede di stroke unit di II o III livello in maniera che il paziente, al suo arrivo, venga gestito con modalità prioritaria all'interno del presidio.

Nella eventualità che non ricorrano le condizioni per il trattamento fibrinolitico (ictus insorto > 6 ore) il paziente potrà essere trasportato presso uno degli altri centri di riferimento.

PROTOCOLLO OPERATIVO 118

PER LA GESTIONE DELL'ICTUS CEREBRALE ACUTO

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 17 ottobre 2012(GURS del 30/11/2012): Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari

Per l'operatore di C.O.

- ***scheda di intervista telefonica per la diagnosi telefonica di presunto ictus***

Per il medico dell'MSA (luogo dell'evento)

- ***valutare lo stato di coscienza mediante la Glasgow Coma Scale***
- ***valutare l'esistenza di deficit neurologici mediante la Cincinnati Prehospital Stroke Scale***

Triage

Codice rosso: *paziente con parametri vitali alterati*



Codice Ictus : *paziente cosciente, senza alterazione dei parametri vitali con CPSS positiva, età compresa tra 18-80 anni, durata della sintomatologia non > 4,5h: il paziente viene trasportato in Stroke Unit di II o III livello.*

....quindi



*Il “codice ictus” identifica il soggetto
che accede al percorso della
trombolisi.*

Time is Brain

Door to Needle time = intervallo temporale tra l'ingresso in Pronto Soccorso e l'esecuzione del trattamento fibrinolitico (45-90 min) così suddivisi:

- ❖ **triage-presa in carico (10 min.)**
- ❖ **esecuzione con referto degli esami ematochimici (30 min.).**

Contemporaneamente all'esecuzione degli esami ematochimici:

- ❖ **valutazione clinica (10 min.)**
- ❖ **consultazione con un esperto nel trattamento acuto (10-15 min.)**
- ❖ **esecuzione e valutazione di una TC cerebrale (10-25 min.)**
- ❖ **consenso informato (5-15 min.).**



Fase intra-ospedaliera

→Ruolo del PS

→Ruolo del neurologo

→Ricovero presso la stroke unit

Nella **fase intra-ospedaliera** è fondamentale l'osservazione rigorosa dei tempi destinati all'esecuzione delle indagini di laboratorio, radiologiche, neurosonologiche, o quanto altro è necessario per una rapida definizione fisiopatologica dell'ictus in esame.

Pertanto la riorganizzazione dell'assistenza all'ictus acuto nella Regione viene realizzata a partire dall'identificazione di "centri dedicati" **Stroke Unit** (a loro volta distinti in *hub e spoke*). Il vantaggio delle Stroke Unit (SU) nell'assistenza all'ictus acuto, in termini di ridotta mortalità e disabilità, con maggiore numero di pazienti dimessi vivi al domicilio, è stato ampiamente dimostrato da diversi studi.



Accesso in Pronto Soccorso per sospetto ictus
Valutazione generale immediata < 10 minuti

- ABC e segni vitali
- Somministrare O₂ con cannula nasale
- Accesso venoso, emocromo, elettroliti, coagulazione, HGT
- ECG

Intervallo di tempo tra l'insorgenza dei sintomi e l'arrivo in PS

< 4 ore
Emergenza codice ictus
Chiamare immediatamente
il neurologo

4-6 ore
Urgenza
Chiamare il neurologo

> 6 ore
Paziente oltre la finestra terapeutica
Chiamare il neurologo

Richiedere TC encefalo con urgenza
Avvisare il radiologo della possibilità di trombolisi

Richiedere TC encefalo
Rivalutare dopo TC encefalo
Terapia standard, Ricovero

Il neurologo deve seguire direttamente l'iter del paziente fino alla
decisione terapeutica nella finestra temporale prevista



Accesso in PS per sospetto Ictus

Valutazione generale immediata e Valutazione neurologica immediata

- Breve anamnesi con valutazione inizio dei sintomi
- GCS, NIHSS
- Richiedere TC (o RM) encefalo (eventuale angio-TC, o angio-RM, o ecocolor TSA e Doppler transcranico)

Ictus ischemico

- EN in rapido miglioramento?
- Controllare criteri di inclusione/esclusione
- Verificare intervallo sintomi-ricovero

Presenza di emorragia alla TC o RMN?

NO

SI

Paziente candidato alla trombolisi?

Consultare il Neurochirurgo

NO

SI

Terapia medica
Standard

Rivalutare criteri di inclusione/esclusione
Ottenere il consenso informato

Iniziare il trattamento

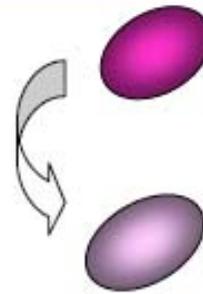
Fase di intervento ospedaliero

Ricovero presso la stroke unit

- ❖ ***terapia medica di prevenzione secondaria nei pazienti non candidati a trombolisi (SU di I e II livello)***
- ❖ ***entro le prime 4,5 ore trombolisi e.v. negli stroke ischemici con r-TPA (SU di II e III livello)***
- ❖ ***nei centri con neuroradiologia interventistica tra 4,5-6 ore uso di farmaci trombolitici per via arteriosa, associate o meno a manovre meccaniche (angioplastica, tromboaspirazioni, recupero del trombo) (SU di III livello)***

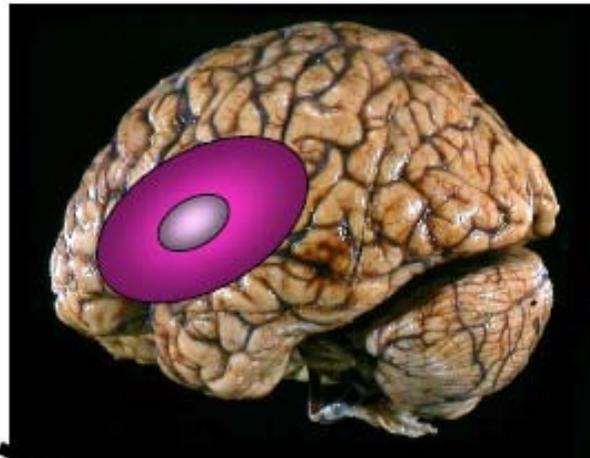


TIME IS BRAIN

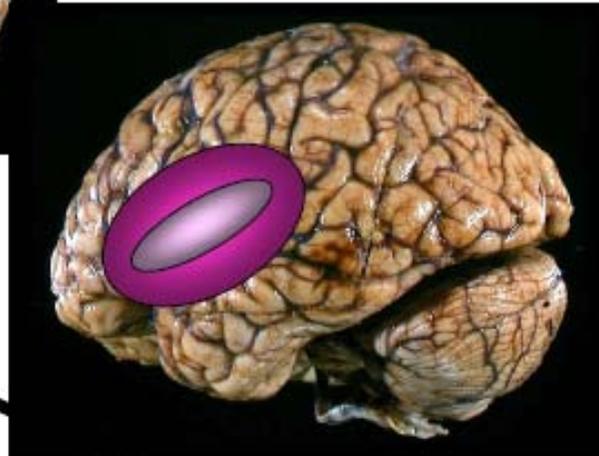


**Penombra Ischemica =
alterazione funzionale**

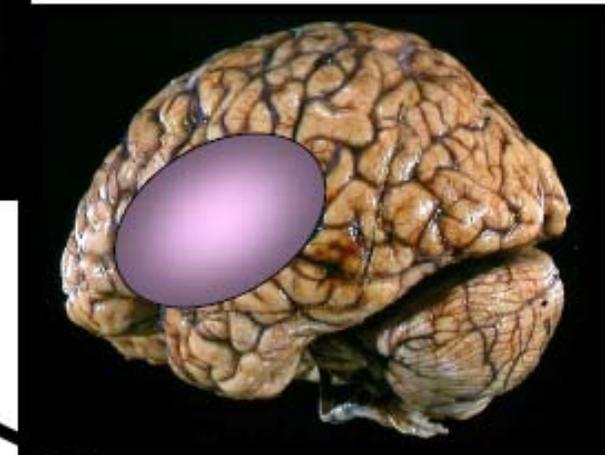
**Core Ischemico = lesione
strutturale**



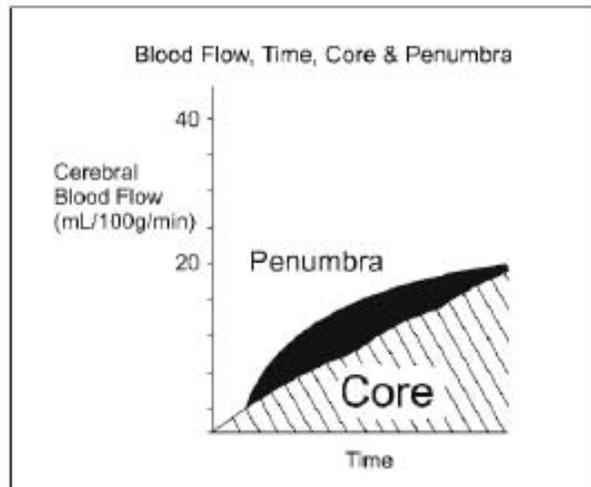
minutes



hours



days



Time is Brain

Door to Needle time = intervallo temporale tra l'ingresso in Pronto Soccorso e l'esecuzione del trattamento fibrinolitico (45-90 min) così suddivisi:

❖ triage presa in carico (10 min)

❖ esecuzione

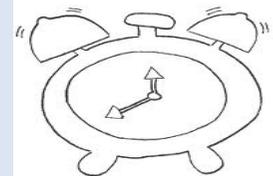
❖ valutazione

❖ consumo

❖ esecuzione

❖ consegna

Ne consegue che l'eligibilità per il trattamento fibrinolitico prevede che tra l'inizio dei sintomi l'ingresso nella struttura ospedaliera non trascorrano più di 2 ore, dando per scontato la necessità di circa 1 ora per il percorso diagnostico-terapeutico intra-ospedaliero.



Configurazione delle StrokeUnit in Italia

Livelli di complessità

Primo livello di complessità

- ***Il primo livello è transitorio e deve gradualmente acquisire competenze e modelli organizzativi per il secondo livello***

1° livello: criteri di accreditamento

- ✓ Competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure Eco Doppler TSA ed Ecocardiografia, inclusive o esistenti nel contesto della struttura)
- ✓ Almeno 1 medico esperto (preferibilmente neurologo) dedicato
- ✓ Personale infermieristico formato e in numero adeguato
- ✓ Possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto
- ✓ Riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale)
- ✓ Assistente sociale
- ✓ TC cerebrale 24/7
- ✓ Collegamento operativo con le Stroke Unit di 2° e 3° livello per invio immagini e consultazione (telemedicina)



Secondo e Terzo livello di complessità

Il secondo livello di SU garantisce una pronta e completa risposta assistenziale nella gestione della fase acuta, ivi compresa la terapia trombolitica nell'ictus ischemico

Il terzo livello di SU contraddistingue i Centri di Riferimento (di Eccellenza) che fungono da Hub rispetto ai Centri di 2° livello i quali a loro volta possono esserlo per quelli di 1 livello.

- ✓ ***La terapia fibrinolitica endovenosa;***
- ✓ ***La pronta disponibilità Neurochirurgica
(anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico).***
- ✓ ***TC cerebrale, e/o Angio TC H24 con apparecchio
volumetrico multistrato ad almeno 16 strati
(possibilmente 64 strati)
(RM encefalo, RM DWI, Angio RM)***
- ✓ ***Diagnostica neurosonologica epiaortica ed
intracranica
(erogata da personale dedicato o dallo specialista neurovascolare)***
- ✓ ***Ecocardiografia TT e TE***

3° livello: criteri di accreditamento

- *Neuroradiologia (24/7) con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale. Apparecchio da 1.5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI, ed Angio-RM con pacchetto di programma di PS a rapida effettuazione.*
- *Interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Pannel disponibile in h24 con medici, tecnici ed infermieri in pronta reperibilità;*
- *Neurochirurgia (24/7 o reperibilità);*
- *Chirurgia Vascolare (24/7 o reperibilità);*
- *Attività di ricerca clinica e/o di base nel settore*
 - **Possibilità di effettuare:**
 - Angiografia cerebrale
 - Fibrinolisi intra-arteriosa (urgenza)
 - Trombectomia meccanica (urgenza)
 - Stent extra-intracranico; embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (programmazione)
 - Endoarteriectomia (urgenza)
 - Craniotomia decompressiva, clipping degli aneurismi

SU di 2° e 3° livello: caratteristiche organizzative

Le SU di 2° e 3° Livello presentano alcune caratteristiche organizzative in comune:

- ***i posti letto previsti potranno variare da 6 a 20 pl (di cui almeno la metà semiintensivi, monitorati) mentre il personale sarà costituito da:***
- ***Medici: Neurologo H24/7***
- ***Team multidisciplinare costituito da: Radiologo in h24/7 o collegato in telemedicina per refertazione in tempo reale***
- ***Staff del DEA con training per ictus***
- ***Medico esperto in ultrasonografia carotidea e transcranica***

Secondo e Terzo livello di complessità

- *Descrizione dell'iter diagnostico-terapeutico*
- *Codice prioritario per lo stroke per la esecuzione degli esami in PS*
- *Protocolli **per rt-PA ev/ia***
- *Percorsi di cura per lo stroke con **trattamenti endovascolari**, neurochirurgici, di chirurgia vascolare.*
- *Collegamento tra Stroke Unit di 2 e di 3 livello.*
- *Ambulatorio di follow-up – Database di verifica accessibile*
- *Infermieri formati e personale di assistenza (OSS): 300' / paziente 180' / paziente in DO (degenza ordinaria)*
- *Terapisti della riabilitazione: almeno 30' per paziente*
- *Consulenza riabilitativa: progetto riabilitativo*
- *Assistente sociale: disponibilità su richiesta*
- *Infrastrutture DEA (nell'Ospedale)*
- *Reparto/Servizio di riabilitazione per interni*
- *Unità intensiva multidisciplinare*
- *Riabilitazione residenziale/ambulatoriale**
- *Collaborazione con centro di riabilitazione*

In sintesi:

UCV di 1° livello:

- ✓ - *TAC disponibile h 24*
- ✓ - *Neurologo o Medico esperto*
- ✓ - *Competenze multidisciplinari nella medesima struttura*
- ✓ *Personale Infermieristico addestrato*
- ✓ - *50% dei letti con monitoraggio parametri vitali*
- ✓ - *Riabilitazione precoce.*

UCV di 2° livello:

Oltre ai requisiti della UCV di 1° livello:

- ✓ - *Terapia fibrinolitica endovenosa*
- ✓ - *Pronta disponibilità Neurochirurgia (anche in altra sede con telediagnosi).*

UCV di 3° livello

Oltre ai requisiti della UCV di 2° livello:

- ✓ - *Neuroradiologia*
- ✓ - *Interventistica neurovascolare*
- ✓ - *Neurochirurgia*
- ✓ - *Chirurgia vascolare*
- ✓ - *Fibrinolisi intraarteriosa.*

Le stroke unit: il riferimento specialistico

Per il 2° ed il 3° livello la disciplina di riferimento in cui vanno organizzate le Stroke Unit è la **Neurologia**, ovvero il Dipartimento di Neuroscienze, o Strutture Complesse di Neurologia, ovvero piattaforme di degenza condivise tra Neurologia e Neurochirurgia.

Tutte devono avere personale esperto e formato ed applicare percorsi di cura predefiniti ed omogenei, che comprendano anche la continuità riabilitativa.

Uno studio osservazionale effettuato in 16 Regioni italiane ha evidenziato che sussiste un tempo eccessivamente lungo tra il momento in cui il paziente si rende conto che “c’è qualcosa che non va” e il momento in cui, consultato o meno un sanitario, viene presa la decisione di recarsi in ospedale. Ai fini del trattamento trombolitico la causa prima dell’allungamento del tempo “door to needle” è la scarsa consapevolezza, a livello di popolazione generale, su “che cosa” sia un ictus, su come si manifesti e in quale misura esso si possa giovare di un arrivo in ospedale quanto più celere possibile.



D.A. n. 02186/12

2012

Serv. 4-DIP/P.S.

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE

L'ASSESSORE

"Rete per le emergenze delle malattie cerebro vascolari"

REGIONE SICILIANA
ASSESSORATO ALLA SALUTE

ALLEGATO TECNICO PER L'ATTUAZIONE DELLA RETE REGIONALE PER
L'ASSISTENZA ALLE EMERGENZE DELLE MALATTIE CEREBRO VASCOLARI

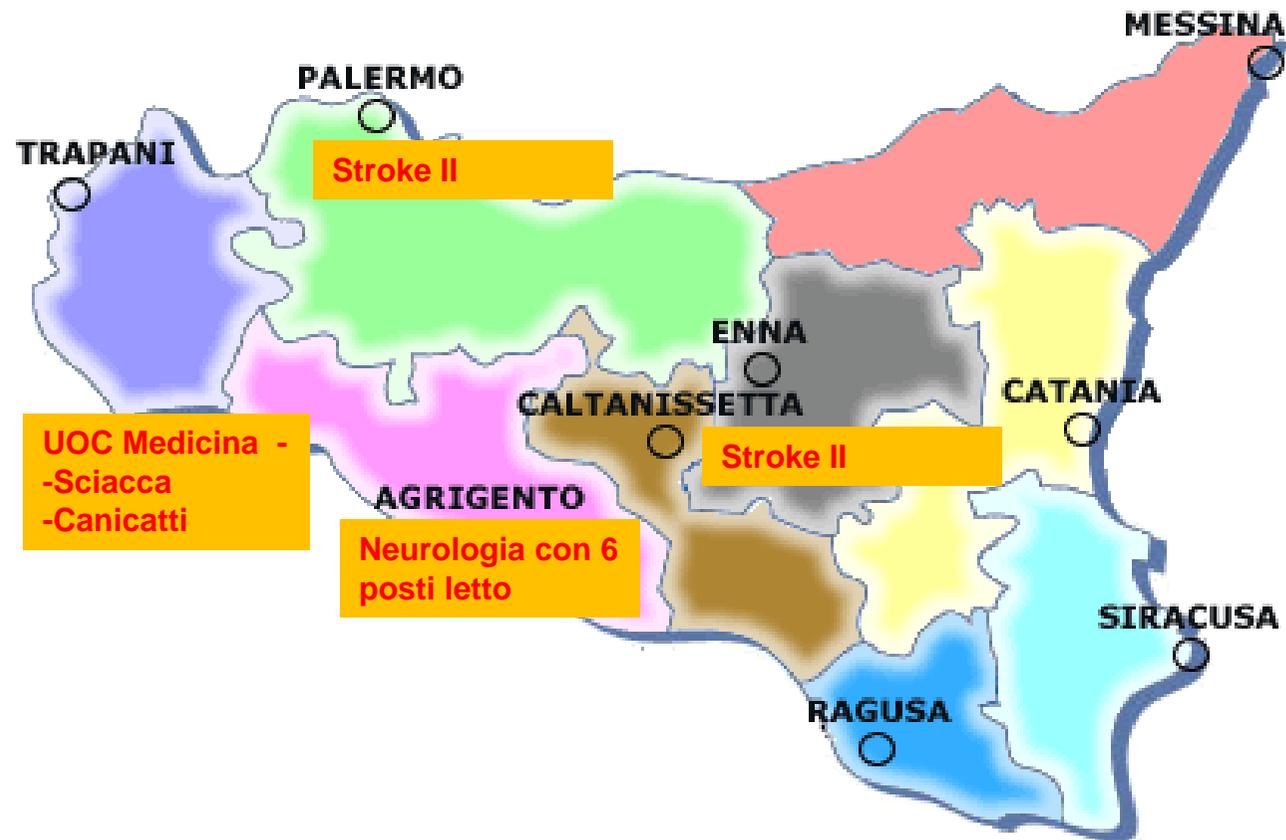
PDTA ICTUS AGRIGENTO



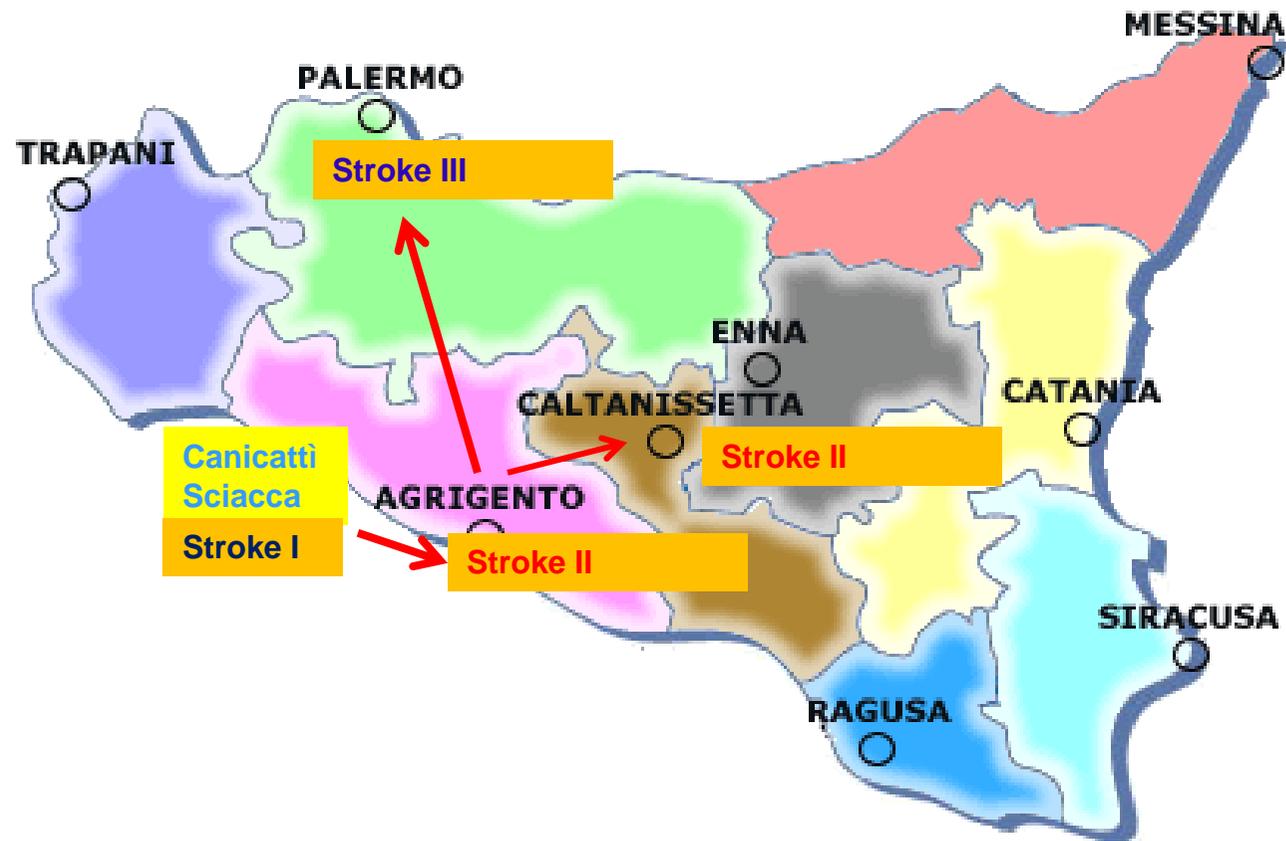
PDTA ICTUS AGRIGENTO



Situazione attuale



Progetto



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
RIMODULAZIONE DEI POSTI LETTO

Codice	Discipline	Ordinari	DH/DS	Totali	Ordinari	DH/DS	Totali	Ordinari	DH/DS	Totali
49	Anestesia/rianimazione	12	0	12	0	0	0	0	0	0
08	Cardiologia emodinamica	20	2	30	6	2	12	6	1	7
50	UTIC	8	0		4	0		0	0	0
09	Chirurgia generale	22	4	26	22	4	26	18	2	20
14	Chirurgia vascolare	6	2	8	0	0	0	0	0	0
37	Ginecologia/ostetricia	28	2	30	12	4	16	11	1	12
24	Malattie infettive	10	2	12	0	0	0	0	0	0
26	Medicina generale	32	6	40	26	2	28	26	2	28
19	Endocrinologia	2			0	0	0	0	0	0
29	Nefrologia	7	1	8	0	0	0	0	0	0
32	Neurologia	14	2	16	0	0	0	0	0	0
04	Oncologia	4	0	4	0	0	0	0	0	0

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO
RIMODULAZIONE DEI POSTI LETTO

Distretto AG 2		Sciacca			Ribera		
Codice	Discipline	Ordinari	DH/DS	Totali	Ordinari	DH/DS	Totali
49	Anestesia e rianimazione	8	0	8	0	0	0
08	Cardiologia/emodinamica	16	2	26	0	0	0
50	UTIC	8					
09	Chirurgia generale	22	2	24	10	2	12
37	Ginecologia ed ostetricia	14	2	16	0	0	0
21	Geriatrics	15	0	15	0	0	0
26	Medicina generale	32			20	2	22
	Cardiologia	0	8	40			
68	Malattie app. respiratorio	0			0	0	0
32	Neurologia	0			0	0	0
64	Oncologia	4	8	12	0	0	0

Criticità di Agrigento

- Insufficiente personale medico (in atto impossibile nelle UOC dei reparti individuati come SU di I e II livello istituire **guardia attiva H24**)
 - Insufficiente personale infermieristico e non formato e insufficiente personale di assistenza OSS
 - Insufficienti attrezzature per garantire che il 50% dei letti siano monitorati e semiintensivi
 - Tempi intraospedalieri molto lenti (esecuzione di esami di laboratorio, neuroradiologia...)
- ...e tanto altro ancora....

PDTA Ictus cerebrale

Provincia di Agrigento

Per costruire una rete ictus sono necessari:

- Personale addestrato e in numero sufficiente
- Attrezzature adeguate e personale qualificato per usarle
- Coordinazione di 118, PS, Stroke Unit (I-II-III livello)

C'è ancora molto da fare per raggiungere l'obiettivo

Il successo è frutto di un lavoro di squadra !



“...l'unico modo per non far conoscere agli altri i propri limiti, è di non oltrepassarli mai...”

G. Leopardi

Grazie per l'attenzione

