

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 69° - Numero 22

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REGIONE SICILIANA

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 29 maggio 2015

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'

Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 30 aprile 2015.

Criteri di appropriatezza nell'indicazione dell'esame ecocar-
diografico pag. 2

DECRETO 30 aprile 2015.

Procedura operativa rete dei servizi di trasporto emergenza
neonatale (STEN) e assistito materno (STAM) pag. 23

DECRETO 6 maggio 2015.

Piano annuale controlli analitici anno 2015 pag. 50

DECRETI ASSESSORIALI

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 30 aprile 2015.

Criteri di appropriatezza nell'indicazione dell'esame ecocardiografico.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale n. 833 del 23 dicembre 1978;

Visto il decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 517/93 ed ulteriormente modificato e integrato dal decreto legislativo n. 229/99;

Vista la legge regionale n. 12 del 2 maggio 2007;

Vista la legge regionale 15 maggio 2000, n. 10;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" che indica la necessità di individuare percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008", che individua gli obiettivi da raggiungere per attuare la garanzia costituzionale del diritto alla salute e degli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, e in particolare il punto 4.4 che promuove il governo clinico quale strumento per il miglioramento della qualità delle cure per i pazienti e per lo sviluppo delle capacità complessive del S.S.N., allo scopo di mantenere standard elevati e migliorare le performance professionali del personale, favorendo lo sviluppo dell'eccellenza clinica;

Visto l'obiettivo specifico "Appropriatezza" al punto 3.5.5 del Programma operativo di consolidamento e sviluppo 2013-2015 (POCS) nel quale si evidenzia che l'attuale crisi economica rende necessaria l'attivazione di programmi per la qualità dell'assistenza e l'uso appropriato delle risorse, per garantire che le scelte assistenziali siano supportate da prove di efficacia, non siano causa di duplicazioni di accertamenti o procedure, siano libere da rischi per il paziente, siano realmente necessarie;

Considerato che le malattie cardiovascolari nelle diverse forme di presentazione clinica rappresentano epidemiologicamente la patologia di maggior interesse per quanto attiene il ricorso a procedure diagnostiche;

Considerato che l'evoluzione delle tecniche diagnostiche per lo studio delle malattie cardiovascolari, che rappresentano ancor oggi la principale causa di morbidità e mortalità nei paesi occidentali, ha messo a disposizione del clinico tecniche diagnostiche che hanno contribuito a determinare notevoli progressi terapeutici e che una quota non indifferente di tali procedure viene tuttavia eseguita con indicazioni non appropriate e contribuisce ad aumentare la spesa sanitaria per le malattie cardiovascolari senza apprezzabili benefici per i pazienti;

Considerato che l'indicazione ad eseguire esami strumentali tra i quali l'ecocardiografia, in un sistema sanitario a risorse limitate, deve necessariamente rispondere a criteri di appropriatezza;

Considerata la necessità di definire criteri di appropriatezza nella prescrizione dell'esame ecocardiografico al fine di promuovere il contenimento delle liste di attesa, ridurre il numero di indagini non appropriate per meglio rispon-

re alla domanda sempre crescente di diagnostica ecocardiografica per i pazienti sia degenti che ambulatoriali;

Ritenuto che disporre di criteri di appropriatezza, secondo la letteratura scientifica internazionale e nazionale, validati e supportati dalle principali società scientifiche di settore significa offrire agli operatori sanitari un documento che sia utile guida nelle scelte applicative;

Ritenuto di definire criteri di appropriatezza uniformi su tutto il territorio regionale nell'indicazione all'esame ecocardiografico;

Viste le risultanze del gruppo di lavoro, istituito con nota prot. n. 90075 del 29 novembre 2013 del dirigente generale del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico, costituito con le società scientifiche allo scopo di elaborare la definizione dei criteri di appropriatezza nell'indicazione all'esame ecocardiografico;

Visto il documento conclusivo che intende mettere a disposizione degli operatori sanitari uno strumento teso a promuovere il contenimento delle liste di attesa e ridurre il numero di indagini non appropriate;

Ritenuto di approvare il documento di indirizzo elaborato dal gruppo di lavoro regionale che definisce i criteri volti a garantire l'appropriatezza nelle indicazioni all'esame ecocardiografico;

Decreta:

Art. 1

È approvato il documento di indirizzo "Criteri di appropriatezza nell'indicazione all'esame ecocardiografico" e le relative Tabelle riassuntive (Allegato A), che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate adottano tutti i provvedimenti necessari a garantire l'effettiva applicazione dei criteri del documento di cui all'articolo 1.

Le aziende sanitarie provinciali, nell'ambito delle attività di controllo, adottano i provvedimenti necessari alla stretta osservanza del presente decreto attraverso il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva secondo i criteri definiti nel documento di cui all'art. 1.

Art. 3

Il presente decreto è pubblicato nel sito istituzionale di questo Assessorato e nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 30 aprile 2015.

BORSELLINO

Allegato

DOCUMENTO DI INDIRIZZO

CRITERI DI APPROPRIATEZZA NELL'INDICAZIONE ALL'ESAME ECOCARDIOGRAFICO

Introduzione

Il gruppo di lavoro si propone di produrre un documento che comprenda le basi teoriche e pratiche per definire un percorso ade-

guato a richiedere esami ecocardiografici appropriati, facilmente accessibile a tutti gli erogatori di prestazioni.

Tale documento costituirà uno strumento di rapida consultazione ("pocket", tascabile) fruibile dai medici di medicina generale e dagli specialisti del settore per rispondere concretamente al problema della riduzione della lista di attesa.

Sono state trattate le patologie cardiache che più frequentemente vengono all'osservazione del medico curante e che possono essere seguite nel tempo. Non sono quindi incluse, in tale contesto, le malattie cardiache in fase acuta, in quanto prevedono un diverso percorso diagnostico-assistenziale-terapeutico, né quelle che meritano un approfondimento mediante una consulenza specialistica immediata o che coinvolgono più specialisti come ad esempio la cardiotoxicità da farmaci (es. chemioterapici).

La struttura portante del testo è rappresentata da una breve esposizione della patologia in relazione all'appropriatezza dell'esame ecocardiografico da richiedere, definendone le classi di raccomandazioni. Queste ultime sono state riassunte in una serie di tabelle, per consentire una maggiore facilitazione alla consultazione.

Con il termine ecocardiografia si fa sempre riferimento, nel documento, all'ecocardiogramma color doppler e non sono comprese le classi di raccomandazioni per l'esame ecocardiografico transesofageo color doppler e per l'ecostress, pur accennando alla loro utilità in alcune patologie per dovere di completezza.

Il documento è stato redatto sulla base delle Linee guida vigenti nazionali¹ ed internazionali^{2,3} ed altri documenti di consenso, ma si ricorda a coloro che ne usufruiranno, che l'indicazione ad intraprendere un determinato iter diagnostico piuttosto che un altro, è sempre il risultato di una valutazione complessiva che il medico condurrà responsabilmente, tenendo conto di tutti i dati clinici e diagnostici a sua disposizione.

Le patologie trattate sono le seguenti:

- ipertensione arteriosa (IA).
- cardiopatia ischemica cronica (CI).
- valvulopatie: stenosi mitralica (SM), insufficienza mitralica (IM) primaria e secondaria, stenosi valvolare aortica (SA), insufficienza aortica (IAo), insufficienza tricuspidaica (IT).
- endocardite infettiva (EI).
- scompenso cardiaco (SC).
- protesi valvolari (PVC).
- cardioembolismo e fibrillazione atriale (FA).
- pericarditi.

Classi di appropriatezza¹

Una procedura è genericamente considerata appropriata se i benefici attesi superano in misura rilevante i rischi/costi derivanti dalla sua esecuzione.⁴

In generale è valutato appropriato l'uso dell'ecocardiografia:

1. per la diagnosi iniziale di cardiopatia;
2. in caso di cambiamento dello stato clinico con diagnosi già nota di cardiopatia;
3. quando il risultato dell'esame ecocardiografico determini un cambiamento nel management del paziente e per i follow up.^{1,2}

Le Linee guida suggeriscono, sulla base dell'evidenza clinica o del consenso generale, il grado di appropriatezza della relativa indicazione secondo le seguenti classi:^{1,3}

- Classe I: condizioni per cui vi è evidenza o accordo generale che l'ecocardiografia è utile ed efficace.
- Classe II: condizioni per cui le evidenze sono contrastanti e le opinioni sull'utilità/efficacia dell'ecocardiografia sono divergenti:
 - a) la maggioranza è favorevole all'utilità/efficacia dell'ecocardiografia in quella condizione;
 - b) la maggioranza è contraria all'utilità/efficacia dell'ecocardiografia in quella condizione.
- Classe III: condizioni o pazienti per cui vi è evidenza o accordo generale che l'ecocardiografia è inutile e inefficace, quindi non appropriata.

PATOLOGIE

Iperensione arteriosa^{2,5}

Nelle ultime linee guida europee sull'ipertensione arteriosa⁵ ecocardiogramma color doppler non è stato inserito nelle indagini di routine per la valutazione del paziente iperteso, ma solo raccomandato in certi casi (classe IIA) per ridefinire il rischio cardiovascolare, e confermare la diagnosi elettrocardiografica di ipertrofia ventricolare sinistra (IVS), dilatazione atriale sinistra o di sospetta concomitante malattia cardiaca.

L'ecocardiogramma andrebbe eseguito in ogni circostanza in cui il suo risultato può modificare la decisione clinica.⁴ Nell'ipertensione arteriosa, il primo quesito clinico cui ci si trova di fronte è se e come trattare farmacologicamente il singolo paziente.

Qualora il caso clinico imponga un comportamento terapeutico aggressivo e non vi siano condizioni di associata patologia cardiovascolare, il paziente potrebbe anche non essere sottoposto immediatamente a ecocardiogramma, a meno che non vi siano segni clinici che ne indichino l'impiego. L'esame va comunque eseguito come completamento dell'iter diagnostico terapeutico.

Nell'eventualità frequente in cui il paziente non presenti un profilo di rischio tale da imporre un trattamento farmacologico immediato, l'ecocardiogramma dovrebbe completare il quadro delle indagini primarie perché l'ECG non offre la sufficiente sensibilità per escludere IVS, quindi la presenza di un danno d'organo anche in un paziente a basso rischio.

Classe I⁴

- Valutazione della funzione ventricolare, dell'ipertrofia o del rimodellamento concentrico, della dilatazione della radice e/o dell'aorta ascendente in pazienti con segni ECG di IVS e/o dilatazione atriale sinistra.
- Pazienti ipertesi con presenza di fattori di rischio concomitanti e/o marker di danno d'organo (retinopatia ipertensiva e/o microalbuminuria) anche con ECG non diagnostico per IVS.
- Cardiopatie associate ad ipertensione arteriosa.
- Pazienti che hanno eseguito un ecocardiogramma con peggioramento del quadro clinico.³

Classe II A

- Ripetizione ecocardiogramma color doppler ogni due anni in pazienti anche asintomatici e con alterazioni dei parametri morfologici.
- Valutazione entro 5 anni in pazienti asintomatici, con primo ecocardiogramma color doppler nella norma.
- Controllo annuale in pazienti, anche asintomatici, con dilatazione della radice aortica e dilatazione moderata dell'aorta ascendente.

Classe III

- Valutazione annuale, di routine, in pazienti controllati dalla terapia senza segni o sintomi di cardiopatia.³
- Rivalutazione della funzione ventricolare in pazienti asintomatici.

Cardiopatia ischemica cronica

L'ecocardiogramma color doppler fornisce un prezioso contributo per la definizione diagnostica, stratificazione prognostica e l'iter terapeutico dei pazienti affetti da cardiopatia ischemica cronica ed eventuali complicanze.

Il rilievo ecocardiografico di un'alterazione della cinesi parietale è tipico dell'infarto del miocardio ma non specifico essendo presente anche in altre patologie del muscolo cardiaco (es. miocarditi, cardiomiopatie dilatative).

D'altra parte l'ecocardiogramma color doppler a riposo può risultare nella norma malgrado la presenza di una sottostante severa coronaropatia.⁴ In alcune categorie di pazienti a basso o intermedio rischio, con sospetta malattia coronarica, l'ecocardiogramma color doppler può fornire informazioni determinanti e necessarie per l'iter diagnostico terapeutico nel caso in cui non risulti normale. Per completare tale iter diagnostico e terapeutico, indipendentemente dal risultato dall'esame basale è opportuna la stratificazione prognostica con un esame funzionale (stress test).

L'ambito nel quale l'esecuzione dell'ecocardiogramma color doppler rimane più incerta, perché ancora vi è poca chiarezza, riguarda il follow-up dei pazienti ad alto rischio di cardiopatia ischemica e quelli con pregressa cardiopatia ischemica e pregressa rivascolarizzazione miocardica.^{1,2}

Classe I A

- Pazienti con pregresso infarto miocardico acuto ed insorgenza di soffio cardiaco de novo e/o incremento dell'intensità di un soffio preesistente.
- Valutazione della funzione ventricolare sinistra necessaria per iniziare o modificare la terapia farmacologica in pazienti con disfunzione ventricolare nota o sospetta.
- Paziente con nota o sospetta disfunzione ventricolare sinistra e comparsa di segni o sintomi di scompenso cardiaco.

Classe II A

- Valutazione della funzione ventricolare sinistra in pazienti asintomatici e pregresso infarto e nota o sospetta disfunzione ventricolare sinistra.⁷

- Rivalutazione a tre-sei mesi dopo rivascularizzazione miocardica.
- Valutazione nel paziente a medio-alto rischio propedeutica, eventualmente, all'esecuzione di uno stress-test.

Classe II B

- Controllo routinario annuale in pazienti asintomatici con pregressa rivascularizzazione miocardica.²

Classe III

- Screening di pazienti asintomatici con bassa probabilità di coronaropatia.⁷
- Rivalutazione annuale di pazienti stabili in cui non è prevedibile alcuna variazione di trattamento.⁷

Stenosi mitralica^{2,3,8}

La valvola mitrale, rispetto alle altre, è da considerarsi una struttura con un apparato molto più complesso, costituito non solo dai lembi, ma anche dalle corde, dai muscoli papillari e dallo stesso ventricolo (di cui i papillari sono parte).

L'ecocardiogramma color doppler rappresenta il cardine della valutazione diagnostica dei pazienti con stenosi mitralica (SM). Infatti, consente di valutare la severità della stenosi con la stima del gradiente medio e dell'area valvolare anatomica e di flusso, le caratteristiche morfologiche della valvola, le ripercussioni emodinamiche con la stima della pressione in arteria polmonare (Paps) e la progressione della patologia.

Con l'ecocardiogramma color doppler, senza ricorrere a indagini invasive, è possibile seguire il paziente nel tempo e stabilire l'appropriata strategia terapeutica sia essa medica, percutanea o chirurgica.⁸

Deve essere ripetuta nel tempo considerando la severità della valvulopatia, il quadro clinico e le sue modificazioni.

Classe I

- Valutazione iniziale dei pazienti con SM nota o sospetta, per valutare la giusta strategia terapeutica.⁸
- Rivalutazione in pazienti con SM nota ma con variazioni di segni e/o sintomi.⁸
- Esecuzione di un eco da sforzo in pazienti asintomatici o paucisintomatici con SM severa, per valutare l'eventuale incremento del gradiente medio e della pressione arteriosa polmonare indotti dallo sforzo.⁸
- Esecuzione di un eco da sforzo in pazienti sintomatici con SM ecocardiograficamente non severa.⁷

Classe II A

- Controllo nel paziente asintomatico:^{3,8}
ogni 3-5 anni per SM lieve (AVM >1.5 cmq);
ogni 1-2 anni per SM moderata (AVM tra 1.0 - 1.5 cmq);
ogni anno per SM severa (AVM <1 cmq).

Classe III

- Ripetizione annuale in pazienti asintomatici con SM lieve (AVM >1.5 cmq).⁸

Insufficienza mitralica^{2,3,9}

La prima considerazione da fare è che una lieve insufficienza valvolare con valvola normale rappresenta una condizione senza alcuna rilevanza clinica inoltre, con lo sviluppo di apparecchiature Doppler sempre più sensibili, rilevare una minima insufficienza mitralica (IM) è spesso la norma.

Come vedremo, però, quando l'IM è determinata da alterazioni valvolari primarie (IM organica) o funzionali nell'ambito di una malattia del ventricolo sinistro (IM funzionale), è sempre patologica. Con l'invecchiamento della popolazione e il declino della malattia reumatica, il profilo epidemiologico dell'IM è dominato, con un peso crescente con l'età, dalle forme degenerative e da quelle ischemiche.

L'ecocardiogramma color doppler è indispensabile nella gestione clinico-terapeutica dell'IM, per la valutazione della severità, per supportare la correlazione dell'entità dell'IM con i sintomi e per definire e monitorare l'impatto emodinamico in pazienti asintomatici.

Possiamo distinguere una valutazione semiquantitativa e quantitativa. La prima più frequentemente comprende l'analisi color e spettrale del jet rigurgitante, le dimensioni della vena contracta e l'inversione del flusso sistolico delle vene polmonari. La seconda comprende il calcolo del volume rigurgitante e dell'EROA tramite il metodo PISA ed il calcolo della frazione rigurgitante.⁹

Insufficienza mitralica primaria

Classe I

- Valutazione iniziale in pazienti con segni clinici di IM con o senza sintomi⁹ per definire il meccanismo dell'IM, la funzione ventricolare sinistra e la valutazione semiquantitativa e quantitativa del vizio valvolare.
- Valutazione nel paziente asintomatico:
 - con IM severa e preservata funzione ventricolare sinistra: ogni 6-12 mesi o più frequentemente se il ventricolo sinistro comincia a dilatarsi;³
 - con IM moderata: ogni 1-2 anni;^{2,3}
 - con IM lieve: ogni 3-5 anni;
 - valutazione anticipata in caso di comparsa o variazione di sintomi;
 - ripetizione dell'ecocardiogramma color doppler in paziente in stato di gravidanza.^{3,9}

Classe II A

- Controllo in pazienti con IM non severa e comparsa di sintomi incerti.

Classe II B

- Controllo a frequenza annuale dopo chirurgia riparativa in assenza di variazioni cliniche.³
- Valutazione in pazienti con IM nota almeno moderata e candidati a chirurgia non cardiaca in assenza di variazione cliniche.³

Classe III

- Controlli annuali in pazienti asintomatici con IM lieve e prima di chirurgia non cardiaca.^{2,3}

Insufficienza mitralica secondaria o funzionale

Classe I

- Valutazione iniziale in pazienti anche asintomatici con disfunzione ventricolare sinistra in presenza di soffio sistolico apicale.
- Rivalutazione in paziente con IM in relazione alle variazioni cliniche ed al grado di disfunzione ventricolare sinistra.^{2,9}
- Rivalutazione in pazienti asintomatici:
 - con IM severa: ogni 6 mesi;
 - con IM moderata: ogni 12 mesi.

Classe III

- Controlli annuali in pazienti asintomatici con IM lieve.

Stenosi valvolare aortica^{2,3,10}

Si tratta della patologia valvolare cardiaca più comune tra gli adulti nei paesi occidentali ed interessa circa il 25% di tutti i pazienti con patologie valvolari;² l'80% dei soggetti con stenosi aortica sintomatica è di sesso maschile. La stenosi aortica degenerativa-calcifica costituisce, tra le malattie valvolari, la causa di più comune ricorso al trattamento sia medico che chirurgico.

L'ostruzione si localizza, nella maggior parte dei casi, a livello dell'apparato valvolare (stenosi aortica propriamente detta). Esistono, tuttavia, anche altre condizioni di ostacolo all'efflusso del ventricolo sinistro quali la cardiomiopatia ipertrofica, la stenosi aortica sottovalvolare e la stenosi aortica sopravvalvolare entrambe congenite. Alla stenosi valvolare, in molti pazienti, ed in particolare in quelli con bicuspidia valvolare, si associa una dilatazione della radice aortica e/o dell'aorta ascendente, che può progredire fino all'aneurisma.

Nella loro storia naturale, i pazienti con stenosi aortica severa possono rimanere asintomatici anche per anni nonostante la presenza di un'ostruzione significativa. Tra i fattori prognostici, quello maggiormente rilevante è senz'altro rappresentato dalla rapidità con cui evolve la malattia, che risulta variabile e difficilmente prevedibile.¹⁰

Una progressione particolarmente rapida è stata rilevata nelle forme degenerativo-calcifiche, nei pazienti più anziani e nei casi di bicuspidia aortica. La comparsa dei sintomi rappresenta, inoltre, un'evidente prova di malattia in fase avanzata ed ha una valenza prognostica importante; l'aspettativa media di vita, in assenza di intervento chirurgico, è di 3-5 anni dopo l'insorgenza di angina pectoris, di 2-3 anni dopo la prima sincope e di 1.5-2 anni dopo la prima manifestazione di scompenso cardiaco.

Il quadro clinico decorre spesso in modo asintomatico o paucisintomatico e le prime manifestazioni di malattia possono essere embolie sistemiche, endocardite batterica e morte improvvisa in genere da causa aritmica. Indipendentemente dalla presenza dei sin-

tomi, l'incidenza di morte improvvisa resta elevata, pari al 15-20% /anno nelle forme severe.

Classe I

– Valutazione iniziale del grado di severità, dell'area valvolare, dei gradienti, per misurare le dimensioni, gli spessori di parete e la funzione globale del ventricolo sinistro,¹ le dimensioni della radice aortica, dell'aorta ascendente e dell'arco aortico.

– Ripetizione in pazienti nei quali insorgono sintomi o si modificano i segni obiettivi correlati.¹⁰

– Valutazione nel paziente asintomatico in caso di:

- SA severa ogni 6-12 mesi;
- SA moderata ogni 1-2 anni;
- SA lieve ogni 3-5 anni.^{2,3,10}

– Ricontrollo durante gravidanza per valutare eventuali variazioni emodinamiche e la funzione ventricolare sinistra.¹⁰

Classe II A

– Rivalutazione entro l'anno in pazienti asintomatici, con SA e bassi gradienti laddove coesista una disfunzione ventricolare, completando la valutazione, nei casi in cui sia utile, mediante ecostress.¹⁰

Classe II B

– Ripetizione routinaria in pazienti con SA moderata, stabilità clinica e normali dimensioni e funzione del ventricolo sinistro, non prima di un anno.²

Classe III

– Ripetizione annuale in pazienti con SA lieve.²

Insufficienza valvolare aortica¹¹

L'insufficienza valvolare aortica (IAo) può essere causata da una patologia della valvola o della radice o di ambedue. Nell'IAo cronica la combinazione di dilatazione/ipertrofia consente di mantenere al ventricolo sinistro una normale gittata sistolica e quindi una normale funzione sistolica in assenza di un significativo incremento delle pressioni di riempimento. Ne consegue che i pazienti con IAo cronica severa godono di un lungo periodo di asintomaticità. Con il progredire della malattia avviene una progressiva riduzione della funzione sistolica e la comparsa dei sintomi. Non è raro, inoltre, il riscontro di disfunzione sistolica del ventricolo sinistro in assenza di sintomi. L'ecocardiografia color doppler ha un ruolo fondamentale nella valutazione del paziente con IAo. Le sue informazioni, basate sull'integrazione dei dati morfologici e funzionali, sono essenziali per la gestione clinica, in particolare per il follow-up, per il timing dell'intervento chirurgico nel paziente asintomatico e nel definire la strategia chirurgica. Essa consente di confermare la diagnosi, quantificare l'entità del rigurgito, definire l'eziologia ed il meccanismo dell'IAo; permette di calcolare i diametri, i volumi e la funzione sistolica del ventricolo sinistro e di misurare i parametri della radice aortica, dell'aorta ascendente e dell'arco aortico.

Classe I

– Valutazione iniziale, in tutti i pazienti con IAo nota o sospetta, per confermare la diagnosi, definire l'entità del rigurgito, l'eziologia ed il meccanismo dell'IAo, i parametri relativi alla radice aortica, all'aorta ascendente e all'arco.¹¹

– Pazienti con IAo moderata o moderata-severa che presentano modificazioni del quadro clinico.^{2,11}

– Ripetizione annuale in pazienti asintomatici con IA severa ma con normale funzione sistolica e parametri morfofunzionali del VS stabilmente nella norma.²

– Rivalutazione a sei mesi in pazienti asintomatici con IAo severa e parametri morfofunzionali del ventricolo sinistro prossimi ai valori indicativi all'intervento chirurgico o con evidenza di un progressivo peggioramento degli stessi nei precedenti esami.¹¹

– Pazienti in gravidanza con IAo di grado moderato o severo.

Classe II A

– Rivalutazione ogni due anni in pazienti con IAo moderata e senza modificazioni del quadro clinico.¹¹

– Rivalutazione ogni anno in pazienti con IAo moderata e parametri morfofunzionali lievemente alterati.

Classe III

– Ripetizione "di routine" ogni anno in pazienti con IAo lieve e senza modificazioni del quadro clinico.²

Valvulopatia tricuspidalica

Un grado lieve di insufficienza tricuspidalica (IT) è frequentemente evidenziato nei soggetti con valvola tricuspidale anatomicamente normale. Disordini primari che possono determinare un grado significativo di IT comprendono la malattia reumatica, prolasso, malattie congenite, endocardite infettiva, radiazioni etc. Approssimativamente l'80% di casi di IT significativa sono funzionali e correlate alla dilatazione dell'anulus ed al tethering dei lembi a causa del rimodellamento del ventricolo destro dovuto al sovraccarico di pressione o volume.

La stenosi tricuspidalica (ST) emodinamicamente rilevante è un evento raro e generalmente il quadro clinico è correlato alla presenza di altri vizi valvolari.

L'ecocardiogramma color doppler è indicato per valutare almeno le seguenti misure: la severità del rigurgito e della stenosi, determinarne l'eziologia, rilevare le misure delle cavità destre e della vena cava inferiore, studiare la funzione ventricolare destra, eseguire la stima della pressione sistolica in arteria polmonare e evidenziare una malattia associata delle cavità sinistre.²

Nell'IT funzionale, il diametro dell'anulus tricuspidalico dovrebbe essere misurato in 4 camere apicali.

Esiste una relazione lineare tra il diametro dell'anulus ed il volume rigurgitante della tricuspidale. Un diametro >40 mm misurato in diastole (o >21 mm/m²) indica una dilatazione anulare significativa ed un rischio più elevato di persistente o progressiva IT dopo chirurgia della valvola mitrale.³ In caso di ST la stima del gradiente atrio-ventricolare destro è correlato alla severità della stenosi: un gradiente medio ≥ 5 mmHg indica una ST severa, un gradiente di 2-4 mmHg una stenosi lieve/moderata.

Il timing del follow-up strumentale è secondario alla gravità del vizio valvolare, alle valvulopatie associate, allo stato clinico, alla valutazione della risposta emodinamica a modifiche della terapia farmacologica e all'identificazione del corretto timing chirurgico.¹²

Classe I

– Valutazione iniziale in pazienti con sospetto clinico di insufficienza tricuspidalica.²

– Pazienti con insufficienza associata a stenosi, sintomatici o in assenza di sintomi.¹²

– Rivalutazione di pazienti con valvulopatia nota il cui quadro clinico si sia modificato.

Classe II A

– Rivalutazione non prima di un anno se la malattia è di grado moderato, non associata ad altri vizi valvolari ed in condizioni di stabilità clinica.^{2,12}

Classe III

– Valutazione annuale in pazienti con stenosi o insufficienza tricuspidalica di grado lieve.¹²

Endocardite

L'endocardite infettiva (EI) è una patologia ad eziologia batterica o fungina che colpisce l'endocardio da cui origina, quindi, la lesione iniziale. Nelle valvole native la localizzazione più frequente è il versante atriale delle valvole atrioventricolari ed il versante ventricolare delle semilunari.

Il ruolo dell'ecocardiogramma color doppler consiste nel visualizzare le lesioni anatomiche dell'EI e valutarne le implicazioni funzionali, ad integrazione dei dati clinici e di laboratorio.

La diagnosi precoce è il presupposto per diminuire la mortalità e morbilità dell'EI, ma un ecocardiogramma color doppler eseguito troppo precocemente può non essere sufficiente ai fini diagnostici; pertanto se sussiste il sospetto clinico, è raccomandato eseguire un secondo ed eventualmente un terzo esame ad intervalli di circa una settimana e, nonostante la negatività dell'esame transtoracico, è indicato eseguire un esame ecocardiografico transesofageo soprattutto nei pazienti portatori di protesi o device intracardiaci.

Usare l'ecocardiogramma color doppler come metodica di screening in corso di febbre criptogenetica non è appropriato eccetto che in pazienti con batteriemia da stafilococchi, miceti, o in condizioni rischiose (cardiopatie congenite, uso di droghe, dispositivi intracardiaci, immunodepressione ecc.).

Classe I

– Valutazione iniziale in pazienti con sospetta EI.²

– Valutazione con ETE, se l'ETT è negativo, in pazienti con alto sospetto clinico.¹³⁻¹⁴

– Ripetizioni dell'ETT/ETE entro 7-10 giorni in caso di esame inizialmente negativo e persistenza di alto sospetto clinico di EI.¹³

Classe II A

– Esecuzione di ETE, anche in caso di ETT positivo, in considerazione della migliore sensibilità e specificità per le misura delle dimensioni delle vegetazioni e per la diagnosi delle complicanze perivalvolari.¹⁴

– Ulteriore valutazione durante ed al termine del trattamento antibiotico per la valutazione della morfologia valvolare e della funzione ventricolare.

Classe II B

– Rivalutazione routinaria frequente durante antibiotico terapia.¹

Classe III

– Esecuzione di ETE in pazienti con ETT negativo e basso sospetto clinico di EI.^{13,14}

– Valutazione per febbre transitoria senza evidenza di batteriemia e nuovi reperti obiettivi.¹

Scompenso cardiaco

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta, in assoluto, una delle prime cause di mortalità e di ospedalizzazione. La sua prevalenza e incidenza sono in progressivo e costante aumento. Nonostante la diagnosi di SC sia prettamente clinica, l'utilizzo dell'ETT risulta di fondamentale importanza per l'inquadramento eziopatogenetico. Le LG europee consigliano l'esecuzione dell'ecocardiogramma color doppler solo dopo che il sospetto clinico sia stato confermato da indagini preliminari.¹⁶ L'ETT consente di individuare i meccanismi anatomicofunzionali che sono alla base dell'insufficienza cardiaca, valutare i diametri, gli spessori parietali, il volume telediastolico e telesistolico con la frazione d'eiezione del ventricolo sinistro, importante indice prognostico per il paziente con SC. L'ecocardiogramma color doppler è indicato sicuramente nello SC di nuova diagnosi e in quelle categorie di soggetti con molteplici fattori di rischio ed elevato sospetto clinico. Nella valutazione periodica del paziente con SC cronico, l'ecocardiogramma color doppler è indicato qualora vi siano state modifiche terapeutiche (compreso impianto di device per la terapia di resincronizzazione) o dello stato clinico del paziente, come affermato anche dalle più recenti linee guida europee ed americane.^{15,16} Risulta, invece, non appropriato sottoporre i pazienti clinicamente stabili, in assenza di modifiche terapeutiche significative e/o patologiche rapidamente progressive, a esami ecocardiografici ravvicinati.

Classe I^{15,16}

– Pazienti asintomatici ad alto rischio di sviluppare SC nello screening della disfunzione sistolica o diastolica del ventricolo sinistro.

– Pazienti con elevato sospetto clinico per segni e sintomi di SC.

– Pazienti con cardiopatia nota o de novo e segni clinici certi di SC.

– Pazienti che assumono o che dovranno assumere farmaci cardiotossici, per stabilire l'utilità di farmaci addizionali o per aumentarne i dosaggi.

– Pazienti con cardiopatia nota e pregressi episodi di SC anche in fase di stabilità emodinamica.

– Pazienti con sospetto di cardiomiopatia dilatativa, ipertrofica, restrittiva o aritmogena basata sull'esame obiettivo, ECG o storia familiare.

Classe II A

– Rivalutazione di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, clinicamente stabili, per eventuale modifica del trattamento.¹⁵

Classe III^{15,16}

– Rivalutazione di routine annuale in pazienti clinicamente stabili in cui nessuna variazione del trattamento sia prevista ed il cui risultato non cambierebbe il trattamento.

Protesi valvolari cardiache

La valutazione clinica e strumentale del paziente con protesi valvolare cardiaca è diventata sempre più frequente nella pratica cardiologica; è quindi importante che i cardiologi acquisiscano sempre maggiori informazioni per essere in grado di orientarsi sulla disfunzione di protesi.

Tutte le valvole meccaniche e quelle biologiche tradizionali con stent hanno un comportamento emodinamico intrinsecamente stenotico, con aree valvolari minori e gradienti transvalvolari maggiori

rispetto alle valvole native; per questo sono state stilate delle tabelle di riferimento con i parametri di normalità dei diversi tipi di protesi.¹⁷

L'ecocardiogramma color doppler consente di rilevare questi parametri emodinamici e di confrontarli con i parametri di normalità delle singole protesi, integrata dall'approccio transesofageo in caso di sospetto di malfunzionamento.

Per la valutazione completa di funzionamento di una protesi è necessario innanzitutto ottenere informazioni cliniche associate a quelle ecocardiografiche quali valutare il profilo di velocità del jet e misurare il picco di velocità e il gradiente massimo e medio, segnalare il movimento dei lembi o dell'occlusore, evidenziare la presenza di calcificazione o ispessimenti più marcati dei lembi o di altri punti della protesi, segnalare la comparsa di rigurgiti (intra- o paraprotetici), evidenziare la presenza di vegetazioni, di ascessi, di fistole, di trombosì o di panno protesico, comparando l'ecocardiogramma color doppler con qualche altro precedente se disponibile. È possibile ottenere questi dati solo con l'integrazione dell'esame ecocardiografico transtoracico e transesofageo.

L'intervallo tra le visite di routine dipende dal tipo di protesi, dalla malattia cardiaca residua, da condizioni di comorbidità e da altri fattori clinici ed ecocardiografici. Dopo un periodo di 6-12 mesi la ferita chirurgica si è cicatrizzata, la funzione ventricolare è migliorata e l'anemia (con il conseguente stato iperdinamico) si è ridotta. La gestione della terapia anticoagulante deve essere controllata e monitorata frequentemente da un professionista sanitario esperto.

Il sospetto di ostruzione va posto immediatamente se il paziente lamenta dispnea di recente insorgenza e/o presenta fenomeni embolici, un'adeguata anticoagulazione, febbre, oppure una riduzione o scomparsa dei suoni protesici associata alla comparsa di soffio da ostruzione e/o da rigurgito. L'endocardite infettiva è una complicanza relativamente comune di tutte le protesi (incidenza pari a circa lo 0.5-2%) che comporta un elevato rischio di mortalità per il paziente. Il sospetto di endocardite infettiva su protesi deve sorgere in caso di febbre, di segni e sintomi di embolizzazione sistemica e dalla presenza di emocolture positive.

Classe I

– Controllo dopo 6-12 settimane dall'impianto della valvola, componente essenziale della prima visita post-operatoria.^{18,19}

– Rivalutazione ogni 2-3 anni, dopo il primo controllo, in caso di protesi valvolare meccanica in assenza di sintomi o evidenza clinica di disfunzione ventricolare sinistra, malfunzionamento protesico, altre valvulopatie o ipertensione polmonare.^{20,21}

– Rivalutazione nei pazienti con protesi valvolari in presenza di segni e sintomi clinici che suggeriscono una disfunzione protesica.^{20,21}

– Ricontrollo ogni 2-3 anni nei primi 10 anni dall'impianto in caso di protesi biologica in assenza di sintomi o evidenza clinica di disfunzione ventricolare sinistra, malfunzionamento protesico, altre valvulopatie o ipertensione polmonare.^{22,23}

– Controlli periodici con ETT ogni tre-sei mesi in pazienti portatori di insufficienza paraprotetica di grado moderato-severo, non sintomatica.

– Rivalutazione in particolare con ETE, in pazienti con pregressa endocardite infettiva che hanno un cambiamento in segni o sintomi clinici ed in pazienti ad alto rischio di complicanze.^{13,26}

Classe II A

– Valutazione annuale con ETT in pazienti con protesi biologica dopo i primi 10 anni, anche in assenza di una variazione dello stato clinico, poiché l'incidenza di disfunzione di bioprotesi aumenta marcatamente dopo questo periodo.^{22,23}

– Valutazione più precoce, ogni 6 mesi, in pazienti selezionati ad aumentato rischio di precoce degenerazione della protesi biologica.²

– Controlli annuali in pazienti con riscontro ecocardiografico di moderata insufficienza paraprotetica in assenza di altre anomalie associate e di modificazioni dello stato clinico.

Classe III

– Valutazione annuale in pazienti con protesi valvolari meccaniche se l'ETT di riferimento postoperatorio è normale in assenza di segni o sintomi di disfunzione valvolare.²

– Controlli annuali in pazienti con riscontro ecocardiografico di lieve insufficienza paraprotetica in assenza di altre anomalie associate e di modificazioni dello stato clinico.

Cardioembolismo

Lo stroke rappresenta una delle cause principali di morte nei paesi industrializzati e circa dal 15 al 30% degli eventi ischemici cerebrali è dovuto ad una causa cardioembolica.²⁵⁻²⁸

Il cardine della diagnosi clinica di ictus cardioembolico rimane la presenza di una cardiopatia emboligena (ad es. fibrillazione atriale, infarto miocardico recente, stenosi mitralica) in un paziente con ictus non lacunare, in assenza di malattia dei vasi cerebrali o di altra causa.

Da un punto di vista fisiopatologico le potenziali fonti emboligene possono essere classificate in tre categorie: 1) masse endocavitari trombotiche e non trombotiche (vegetazioni, tumori), 2) condotti intracardiaci favorevoli al passaggio paradossale di emboli (es. PFO, patent foramen ovale), 3) condizioni predisponenti la formazione di trombi come la fibrillazione atriale (FA) che aumenta il rischio di trombosi auricolare sinistra. In ciascuna di queste categorie l'ecocardiografia svolge un ruolo determinante.²⁹

Dal punto di vista epidemiologico, le cause più comuni di stroke cardioembolico sono: la FA, l'insufficienza ventricolare sinistra con vaste aree di acinesia (aneurisma apicale), le disfunzioni di protesi, gli shunt paradossi (PFO associato ad aneurisma del setto interatriale) e la malattia aterotrombotica dell'arco aortico.

A questo proposito, dopo un'attenta valutazione clinica e di neuroimaging, l'ecocardiogramma transtoracico color doppler (ETT) e l'ecocardiogramma transesofageo color doppler (ETE) risultano di cruciale importanza in quanto tecniche di prima scelta con un livello di appropriatezza elevato.

Le masse cardiache²⁸⁻³⁰

L'ecocardiografia è la metodica di scelta per l'individuazione delle masse cardiache, le quali possono essere responsabili di sintomi o, più frequentemente, essere diagnosticate come reperti occasionali. Esse comprendono forme neoplastiche primitive o secondarie e forme non neoplastiche (trombi e vegetazioni). La prognosi è estremamente variabile e dipende dalla natura della lesione.

Il mixoma è il tumore cardiaco benigno più comune, comprende dal 30 al 50% di tutti i tumori cardiaci primitivi. L'aspetto ecocardiografico tipico del mixoma cardiaco è quello di una massa mobile, adesa alla superficie endocardica attraverso un peduncolo, generalmente in corrispondenza della fossa ovale del setto interatriale. L'ETT è sufficiente per la diagnosi nella maggior parte dei casi, tuttavia lesioni di piccole dimensioni o che coinvolgono le sezioni destre possono richiedere l'ETE per una valutazione più precisa.

Il fibroelastoma papillifero è di gran lunga il più comune (85-90%) tra i tumori cardiaci localizzati a livello valvolare. Il grado di mobilità della lesione è predittore indipendente di morte o embolizzazione a distanza, raro è il riscontro di rigurgiti valvolari significativi.

La trombosi ventricolare sinistra

L'ecocardiogramma color doppler svolge un ruolo fondamentale nella diagnosi di trombosi endocavitaria ventricolare sinistra. La sensibilità e la specificità nella diagnosi di trombosi ventricolare con l'ecocardiogramma color doppler sono del 95% e 85% rispettivamente.

L'evoluzione di una trombosi endocavitaria ventricolare è molto variabile. Circa il 20% delle trombosi ventricolari si risolvono spontaneamente o altrimenti possono beneficiare della terapia anticoagulante.¹¹ Il rischio di embolizzazione dipende sia dalle caratteristiche del trombo che la ecocardiografia è in grado di evidenziare (dimensioni e grado di mobilità) sia dal contesto clinico (pazienti con vaste aree di necrosi miocardica soprattutto a sede anteriore, disfunzione ventricolare con evidenza di eco-contrasto spontaneo, etc.).

Classe I

- Valutazione di eventuale trombosi endocavitaria e del grado ed estensione della disfunzione ventricolare nei pazienti con recente infarto miocardico e/o cardiomiopatia dilatativa.
- Valutazione di pazienti con sintomi ed eventi clinici (embolizzazione) suggestivi della presenza di una massa cardiaca.
- Valutazione di pazienti con malattia cardiaca predisponente la formazione di masse qualora il risultato dell'ecocardiogramma condizionasse la decisione terapeutica (intervento chirurgico o terapia anticoagulante).
- In pazienti trattati per tumori maligni (con chirurgia o terapia) ricontrollo:
 - ogni 3 mesi per i primi 2 anni, ogni 6 mesi per i successivi 3 anni, ogni anno fino a 10 anni.³⁰

Classe II A

- Nel caso di scarsa finestra ecocardiografica, dovrebbe essere considerato l'uso di un mezzo di contrasto per aumentare l'accuratezza diagnostica della metodica.
- Controlli semestrale o annuale in pazienti con rhabdomiomi asportati parzialmente per verificarne la stabilità o la regressione.³⁰

- Controllo ogni 5 anni di pazienti operati per mixomi semplici, in assenza di sindrome familiare che aumenta il rischio di recidiva.

Classe III

- Follow-up annuale di pazienti operati per mixomi semplici, in assenza di sindrome familiare che aumenta il rischio di recidiva.

Forame ovale pervio³¹⁻³²

Il forame ovale pervio (PFO) è un residuo della circolazione embrionale, presente da 1/4 a 1/3 della popolazione adulta.

L'associazione tra PFO e insulti ischemici cerebrali non altrimenti spiegabili è stata intensamente studiata negli ultimi anni, ed è stata dimostrata una prevalenza significativamente maggiore di PFO in pazienti giovani con episodi di stroke criptogenetico.

Il meccanismo fisiopatologico sottostante è rappresentato dal passaggio paradossale di formazioni trombotiche provenienti dal sistema venoso attraverso il PFO, secondario ad un significativo incremento delle pressioni in atrio destro. Sebbene molti autori abbiano confermato la presenza di un'associazione statisticamente significativa tra la presenza di PFO ed eventi neurologici in pazienti giovani, il rapporto causa-effetto tra questi eventi è difficile da dimostrare,³³ dunque soprattutto in assenza di pressioni destre elevate, particolare cautela deve essere posta nell'incriminare il PFO come possibile responsabile di eventi neurologici non altrimenti spiegabili. In questo contesto clinico, ancora così incerto e dibattuto, è molto difficile stabilire una linea di comportamento univoca da adottare.³⁴

Le attuali linee guida suggeriscono l'appropriatezza dell'ETT per evidenziare la presenza di setto interatriale assottigliato e/o aneurismatico, e dell'ecodoppler transcranico (EDT) con soluzione salina e studio contrastografico, nei pazienti con eventi vascolari occlusivi neurologici o in altre sedi, per evidenziare il passaggio di microbolle in corrispondenza del setto interatriale dalle cavità destre alle sinistre a riposo o durante e dopo manovra di Valsalva.

In caso di passaggio di microbolle, al fine di un corretto management terapeutico (antiaggregazione piastrinica, anticoagulazione o eventuale chiusura del PFO) si completerà l'iter diagnostico con un esame ecocardiografico transesofageo eseguito anche con infusione di soluzione salina. I risultati ottenuti devono necessariamente essere integrati con la valutazione clinica e neurologica del paziente, attraverso un approccio multidisciplinare. Di seguito vengono riportate le classi di appropriatezza per la ricerca del FOP.

Classe I

- In pazienti di qualsiasi età con occlusione improvvisa di un'importante arteria periferica o viscerale.
- In pazienti giovani (<55 anni) con un evento embolico cerebrovascolare
- In pazienti >55 anni con evento neurologico senz'altra evidenza di malattia cerebrovascolare.
- In pazienti asintomatici in cui la decisione clinica verrebbe modificata sulla base dei risultati ecocardiografici (es. pescatori subacquei con l'uso delle bombole di ossigeno).
- Controllo con ETE in pazienti con pregresso evento embolico e diagnosi di PFO all'ETT e EDT.

Classe II A

- Controllo a sei mesi/un anno subito dopo posizionamento del device in sede interatriale per valutarne il corretto posizionamento.

Classe II B

- Valutazione per la ricerca del PFO in pazienti asintomatici con aneurisma del setto interatriale.

Classe III

- Controlli routinari annuali del posizionamento del device in pazienti asintomatici.

Fibrillazione atriale³³

L'approccio al paziente affetto da fibrillazione atriale (FA) prevede 4 step di valutazione: 1) La diagnosi di fibrillazione, 2) la valutazione del rischio tromboembolico, 3) la valutazione della strategia terapeutica, 4) trattamento della malattia cardiaca di base.

L'impiego dell'ecocardiogramma color doppler è d'importanza cruciale negli snodi decisionali della gestione del paziente con fibrillazione atriale aggiungendo molti elementi importanti alla valutazione clinica. I parametri principali, in tal senso, sono le dimensioni e volumi delle cavità atriali, le dimensioni, la funzione regionale e globale del ventricolo sinistro, la morfologia valvolare, la funzione

mitralica, l'E/E' e la stima della pressione in arteria polmonare.

La metodica di scelta per lo studio del rischio tromboembolico è l'ecocardiogramma transesofageo color doppler; altamente sensibile e specifico per lo studio dell'auricola sinistra.

L'ETE è indicato per guidare la cardioversione dopo breve periodo di anticoagulazione (48 ore); in caso di recidiva di ictus o TIA nonostante corretta anticoagulazione; prima dell'ablazione o procedura di chiusura dell'auricola sinistra.

Classe I

– Valutazione in paziente con FA per escludere una cardiopatia strutturale.

– Controllo in pazienti da candidare a cardioversione per la valutazione di alcuni parametri prognostici tromboembolici e di mantenimento a distanza del ritmo sinusale tra i quali la dimensione e la funzione dell'atrio sinistro e la funzione ventricolare sinistra.^{2,33}

– L'ETE è indicato in tutti i pazienti sottoposti ad anticoagulazione breve (cardioversione ETE-guidata) per la ricerca di eventuali fonti emboligene intra atriali e/o intra-auricolari sin.

Classe II A

– Rivalutazione in pazienti in FA permanente in caso di comparso di modifiche delle condizioni cliniche ed emodinamiche.³³

Classe III

– Ripetizione dell'esame prima di un anno in pazienti in FA permanente, clinicamente stabili.

Pericarditi

Tra le classificazione delle malattie del pericardio la più pratica è quella che le suddivide sulla base della presentazione clinica: pericarditi acute con o senza versamento pericardico, pericardite cronica essudativa, tamponamento cardiaco, pericardite costrittiva.

Sebbene l'ecocardiogramma color doppler sia di facile utilizzo e ripetibilità, è necessaria una corretta e tempestiva indicazione per evitare di ritardare la diagnosi o eseguire esami che non comportano alcuna modifica al percorso clinico terapeutico.³⁶

Classe I

– Prima valutazione in pazienti con forte sospetto clinico di pericardite acuta (febbre, sfregamenti pericardici), di emopericardio in soggetti con trauma toracico e di pericardite in corso di IMA.

– In pazienti con pericardite recidivante acuta.

– Follow-up di pericardite recidivante in pazienti con sospetto clinico di costrizione pericardica (edemi periferici, turgori giugulari).

Classe II A

– Follow-up di pazienti con pericardite postchirurgica nel sospetto di tamponamento cardiaco.

Classe III

– Valutazione di routine in pazienti clinicamente stabili e con versamento pericardico di lieve entità.

– Follow-up stretto di pazienti oncologici e/o terminali con versamento pericardico moderato se la ripetizione dell'esame non condiziona il trattamento.

– Valutazione dello spessore dei foglietti pericardici nel sospetto di costrizione senza evidenza clinica di sindrome costrittiva.

Legenda

- CI: Cardiopatia Ischemica
- SM: Stenosi Mitralica
- IM: Insufficienza Mitralica
- SA: Stenosi valvolare Aortica
- IAo: Insufficienza Aortica
- IT: Insufficienza Tricuspidale
- EI: Endocardite Infettiva
- SC: Scompenso Cardiaco
- PVC: Protesi Valvolari Cardiache
- FA: Fibrillazione Atriale
- IVS: Ipertrofia Ventricolare Sinistra
- ECG: Elettrocardiogramma
- Paps: Pressione Sistolica in Art. Polmonare
- AVM: Area Valvolare Mitralica
- EROA: Effective regurgitant orifice area
- PFO: Forame Ovale Pervio

Bibliografia

1. Linee guida SIEC 2011: APPENDICE: Appropriatelyzza dell'esame ecocardiografico e definizione delle priorità.

2. ACCF/AHA/ASNC/HFSA/HRS/SCAI/SCCM/SCCT/SCMR 2011 Appropriate Use Criteria for Echocardiography. A Report of the American College of Cardiology Foundation Appropriate Use Criteria Task Force, American Society of Echocardiography, American Heart Association, American Society of Nuclear Cardiology, Heart Failure Society of America, Heart Rhythm Society, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society of Critical Care Medicine, Society of Cardiovascular Computed Tomography, and Society for Cardiovascular Magnetic Resonance Endorsed by the American College of Chest Physicians. Douglas PS, et al. J Am Coll Cardiol. 2011 Mar 1;57(9):1126-66.

3. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease.

Rick A. Nishimura, Catherine M. Otto, Robert O. Bonow, Blase A. Carabello, John P. Erwin, III, Robert A. Guyton, Patrick T. O'Gara, Carlos E. Ruiz, Nikolaos J. Skubas, Paul Sorajja, Thoralf M. Sundt, III, James D. Thomas. Circulation 2014, 129.

4. Appropriateness in echocardiography and clinical priority classification criteria: a proposal from the Italian Society of Cardiovascular Echography. Mandorla S, et al. Consiglio Direttivo 2005-2007 della Società Italiana di Ecografia Cardiovascolare. G Ital Cardiol (Rome). 2010 Jun;11.

5. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). G. Mancia (Chairperson), R. Fagard, K. Narkiewicz, J. Redon, A. Zanchetti, M. Böhm, T. Christiaens, R. Cifkova, G. De Backer, A. Dominiczak, M. Galderisi, D. E. Grobbee, T. Jaarsma, P. Kirchhof, S. E. Kjeldsen, S. Laurent, A. J. Manolis, P. M. Nilsson, L. M. Rulope, R. E. Schmieder, P. A. Sirnes, P. Sleight, M. Vigam, B. Waeber, F. Zannad. European Heart Journal (2013) 34, 2159-2219.

6. Decreto del 6 aprile 2011 "Linee guida per la prescrizione degli antiipertensivi e statine".

7. Linee Guida SIEC 2011, Cardiopatia Ischemica Cronica, G.P. Pino, U. Baldini, F. Borrello, A. Terranova, Capit. 28.

8. Linee Guida SIEC 2011, Stenosi Mitralica, S. Felis, W. Deste, G. Tortorella, Capit. 35.

9. Linee Guida SIEC 2011, Insufficienza mitralica, G. la Canna, E. Agricola, L. Ascione, F. Grigioni.

10. Linee Guida SIEC 2011, Stenosi valvolare aortica, F. Antonini Canterin, I. Betti, P. Faggiano, A. Zuppiroli, Capit. 38.

11. Linee Guida SIEC 2011, Insufficienza valvolare aortica, M. Cecconi, S. Comenale Pinto, G. Grippo, F. Mori, Capit. 37.

12. Linee Guida SIEC 2011, Patologia della valvola tricuspidale. F. De Chiara, A. Di Crecchio, G. Carnemolla, Capit. 36.

13. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, Moreillon P, de Jesus Antunes M, Thilen U, Lekakis J, Lengyel M, Müller L, Naber CK, Nihoyannopoulos P, Moritz A, Zamorano JL; ESC Committee for Practice Guidelines. Eur Heart J. 2009 Oct; 30(19):2369-413.

14. Linee Guida SIEC 2011, Endocarditi. S. De Tommasi, E. Cecchi, U. Conti, P. Erba. Cap 18.

15. 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice Guidelines. Yancy CW, et al. American College of Cardiology Foundation; American Heart Association Task Force on Practice Guidelines.

16. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. McMurray JJ et al. Eur Heart J. 2012 Jul; 33(14).

17. Zoghbi WA, Chambers JB, Dumesnil JG, et al. Recommendations for evaluation of prosthetic valves with echocardiography and Doppler ultrasound: a report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Task Force on Prosthetic Valves, developed in conjunction with the American College of Cardiology Cardiovascular Imaging Committee, Cardiac Imaging Committee of the American Heart Association, the European Association of Echocardiography, a registered branch of the European Society of Cardiology, the Japanese

Society of Echocardiography and the Canadian Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*. 2009; 22:975-1014.

18. Rosenhek R, Binder T, Maurer G, et al. Normal values for Doppler echocardiographic assessment of heart valve prostheses. *J Am Soc Echocardiogr*. 2003;16:1116-27.

19. Bach DS. Echo/Doppler evaluation of hemodynamics after aortic valve replacement: principles of interrogation and evaluation of high gradients. *JACC Cardiovasc Imaging*. 2010;3:296-304.

20. Habets J, Budde RP, Symersky P, et al. Diagnostic evaluation of left-sided prosthetic heart valve dysfunction. *Nat Rev Cardiol*. 2011;8:466-78.

21. Van Geldorp MW, Eric Jamieson WR, Kappetein AP, et al. Patient outcome after aortic valve replacement with a mechanical or biological prosthesis: weighing lifetime anticoagulant-related event risk against reoperation risk. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2009; 137:881-5.

22. Rahimtoola SH. Choice of prosthetic heart valve in adults an update. *J Am Coll Cardiol*. 2010 ;55:2413-26.

23. Barbetseas J, Nagueh SF, Pitsavos C, et al. Differentiating thrombus from pannus formation in obstructed mechanical prosthetic valves: an evaluation of clinical, transthoracic and transesophageal echocardiographic parameters. *J Am Coll Cardiol*. 1998;32:1410-7.

24. San Martin J, Sarria C, de las Cuevas C., et al. Relevance of clinical presentation and period of diagnosis in prosthetic valve endocarditis. *J Heart Valve Dis*. 2010; 19:131-8.

25. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD et al. Primary prevention of ischemic stroke: a Guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this Guideline. *Stroke* 2006;37:1583-633.

26. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for health-care professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke: Co-Sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006;37: 577-617.

27. Mauro Pepi, Arturo Evangelista, Petros Nihoyannopoulos, Frank A. Flachskampf, George Athanassopoulos, Paolo Colonna, Gilbert Habib, E. Bernd Ringelstein, Rosa Sicari, and Jose Luis Zamorano on behalf of the European Association of Echocardiography Recommendations for echocardiography use in the diagnosis and management of cardiac sources of embolism. *European Journal of Echocardiography* (2010) 11, 461-476.

28. Burke A, Jeudy J Jr, Virmani R. Cardiac tumours: an update. *Heart* 2008;94:117-23.

29. Aggarwal SK, Barik R, Sarma TC, Iyer VR, Sai V, Mishra J et al. Clinical presentation and investigation findings in cardiac myxomas: new insights from the developing world. *Am Heart J* 2007;154:1102-7.

30. Linee Guida SIEC 2011, Tumori Cardiaci. S. Biasi, C. Lestuzzi, S. Mondillo.

31. Kerut EK, Norfleet WT, Plotnick GD, Giles TD. Patent foramen ovale: a review of associated conditions and the impact of physiological size. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:613-23.

32. Homma S, Sacco RL, Di Tullio MR, Sciacca RR, Mohr JP, PFO in Cryptogenic Stroke Study (PICSS) Investigators. Effect of medical treatment in stroke patients with patent foramen ovale: patent foramen ovale in Cryptogenic Stroke Study. *Circulation* 2002; 105:2625-31.

33. Linee Guida SIEC 2011, La fibrillazione Atriale. S. Carerj, C. Zito, E. Mariotti. Cap. 45.

34. Linee Guida SIEC 2011, Le malattie del pericardio. K. Savino, G. Locci. Cap. 16.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMISSIONE REGIONALE

TABELLE RIASSUNTIVE

IPERTENSIONE ARTERIOSA	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con segni di ECG di IVS e/o dilatazione atriale sinistra	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti ipertesi e fattori di rischio concomitanti e/o marker di danno d'organo anche con ECG non diagnostico per IVS;	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con cardiopatie associate	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con basso profilo di rischio ma ricerca di IVS	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con peggioramento del quadro clinico	➤ ETT di controllo	I
pazienti anche asintomatici e con alterazioni di parametri morfofunzionali	➤ ETT ogni 2 anni	II A
pazienti asintomatici, con 1° esame nella norma	➤ ETT entro 5 anni	II A
pazienti anche asintomatici, con dilatazione della radice aortica e dell'Ao ascendente	➤ ETT ogni anno	II A
pazienti controllati dalla terapia senza segni o sintomi di cardiopatia	➤ ETT non indicato ogni anno	III
Rivalutazione della FE in pazienti asintomatici	➤ ETT non indicato	III

ECG: elettrocardiogramma; IVS: ipertrofia ventricolare sinistra; Ao Aorta; FE: frazione di eiezione;
 ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TRATTA
 NON VALIDA

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con pregresso IMA acuto e soffio cardiaco de novo e/o incremento di soffio preesistente.	➤ ETT di controllo	I
Valutazione FE per iniziare o modificare la terapia in pazienti con disfunzione ventricolare nota o sospetta.	➤ ETT di controllo	I
pazienti con nota o sospetta disfunzione ventricolare e comparsa di segni o sintomi di SC.	➤ ETT di controllo	I
controllo FE in pazienti asintomatici, pregresso infarto e nota o sospetta disfunzione ventricolare sinistra ⁷ .	➤ ETT di controllo	II A
Rivalutazione a 3-6 mesi dopo rivascolarizzazione miocardica.	➤ ETT di controllo	II A
Pazienti a medio-alto rischio prima di stress test.	➤ ETT di controllo	II A
pazienti asintomatici con pregressa rivascolarizzazione miocardica.	➤ ETT ogni anno	II B
screening di pazienti asintomatici con bassa probabilità di coronaropatia ⁷ .	➤ ETT non indicato	III
pazienti stabili in cui non è prevedibile alcuna variazione di trattamento ⁷ .	➤ ETT non indicato	III

IMA: Infarto Miocardico Acuto ; FE: frazione di eiezione; SC: scompenso cardiaco

ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TRATTATA
NON VALIDATA

STENOSI MITRALICA(SM)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con SM nota e sospetta per segni o sintomi per la strategia terapeutica ⁸ .	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con SM nota ma con variazioni di segni e/o sintomi ⁸ .	➤ ETT di controllo	I
pazienti asintomatici o paucisintomatici con SM severa per valutare incremento del gradiente medio e della Paps ⁸ pazienti sintomatici con SM ecocardiograficamente non severa ⁷ .	➤ ETT da sforzo	I
pazienti asintomatici con AVM >1.5 cmq	➤ ETT ogni 3-5 anni	II A
paziente asintomatici con AVM tra 1.0 – 1.5 cmq	➤ ETT ogni 1-2 anni	II A
paziente asintomatici con AVM < 1	➤ ETT ogni anno	II A
pazienti asintomatici con SM lieve	➤ ETT non indicato ogni anno	III

SM: stenosi mitralica; AVM: area valvolare mitralica; Paps : pressione sistolica in arteria polmonare

ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TRATTATA DAL
NON VALIDA PER I

INSUFFICIENZA MITRALICA (IM)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con segni clinici di IM con o senza sintomi ⁹	➤ ETT come primo controllo	I
Pazienti con comparsa o variazione di sintomi	➤ ETT di controllo	I
pazienti asintomatici con IM lieve	➤ ETT ogni 3-5 anni	I
paziente asintomatici con IM moderata	➤ ETT ogni 1-2 anni	I
paziente asintomatici con IM severa e preservata FE con IM severa e diametri ventricolo sinistro aumentati	➤ ETT ogni 6-12 mesi ➤ ETT più frequente	I
pazienti in stato di gravidanza	➤ ETT di controllo	I
pazienti con IM non severa e comparsa di sintomi incerti	➤ ETT di controllo	II A
dopo chirurgia riparativa in assenza di variazioni cliniche ³	➤ ETT ogni anno	II B
pazienti con IM nota almeno moderata, candidati a chirurgia non cardiaca in assenza di variazioni cliniche ³ .	➤ ETT di controllo	II B
pazienti asintomatici con IM lieve	➤ ETT non indicato ogni anno e prima di chirurgia non cardiaca	III

IM: insufficienza mitralica; FE: frazione di eiezione; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TR
NON VAL

STENOSI VALVOLARE AORTICA (SA)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
valutazione iniziale del grado di severità e di tutti i parametri morfofunzionali	➤ ETT come primo controllo	I
nei pazienti nei quali insorgono sintomi o si modificano i segni obiettivi correlati ¹⁰	➤ ETT di controllo anticipato	I
pazienti asintomatici con SA lieve	➤ ETT ogni 3-5 anni	I
pazienti asintomatici con SA moderata	➤ ETT ogni 1-2 anni	I
pazienti asintomatici con SA severa e preservata FE	➤ ETT ogni 6-12 mesi	I
pazienti in stato di gravidanza	➤ ETT di controllo	I
pazienti asintomatici, con SA con bassi gradienti e disfunzione ventricolare	➤ ETT entro l'anno	II A
Pazienti con SA moderata, stabilità clinica e normale dimensioni e FE	➤ ETT non prima di un anno	II B
pazienti asintomatici con SA lieve	➤ ETT non indicato ogni anno	III

SA: stenosi aortica; FE: frazione di eiezione; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TR
NON VA

INSUFFICIENZA AORTICA (IAo)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con IAo nota o sospetta per confermare la diagnosi e definire tutti i parametri morfofunzionale.	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con IAo che presentano modificazioni del quadro clinico. ^{2 11}	➤ ETT di controllo anticipato	I
pazienti asintomatici con IAo severa, con normale FE e parametri del VS stabilmente nella norma.	➤ ETT ogni anno	I
pazienti asintomatici con IAo severa parametri del VS vicini all'intervento chirurgico o con peggioramento degli stessi nei precedenti esami.	➤ ETT ogni 6 mesi	I
pazienti in gravidanza con IAo di grado moderato o severo.	➤ ETT di controllo	I
pazienti con IAo moderata e senza modificazioni del quadro clinico.	➤ ETT ogni 2 anni	II A
pazienti con IAo moderata e parametri morfofunzionali lievemente alterati.	➤ ETT di controllo dopo 2-3 mesi	II A
pazienti con IAo lieve e senza modificazioni del quadro clinico. ²	➤ ETT di routine non indicato	III

IAo: insufficienza aortica; FE: frazione di eiezione; VS: ventricolo sinistro;

ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TRATTATA DAI
NON VALIDA PER

INSUFFICIENZA TRICUSPIDALICA (IT)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con sospetto clinico di insufficienza tricuspidalica.	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con IT associata a stenosi, sintomatici o in assenza di sintomi.	➤ ETT di controllo anticipato	I
pazienti con valvulopatia nota il cui quadro clinico si sia modificato.	➤ ETT di controllo anticipato	I
pazienti con IT moderato, non associata ad altri vizi valvolari ed in condizioni di stabilità clinica. ^{2 12}	➤ ETT non prima di 1 anno	II A
pazienti con stenosi o IT grado lieve ¹² .	➤ ETT di routine non indicato	III

IT: insufficienza tricuspidalica; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler

ENDOCARDITE (EI)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con sospetta EI ²	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti con alto sospetto clinico ¹³	➤ ETE se ETT è normale	I
pazienti con esame inizialmente negativo e persistenza di alto sospetto clinico di EI ¹³	➤ ETT/ETE dopo 7-10 giorni	I
pazienti al termine del trattamento antibiotico per valutazione della morfologia e funzione ventricolare	➤ ETT di controllo	II A
pazienti adulti per migliorare sensibilità e specificità per dimensioni delle vegetazioni e la diagnosi delle complicanze perivalvolari ¹⁴	➤ ETE con ETT già positivo	II A
durante antibiotico terapia	➤ ETT di controllo	II B
pazienti con un esame ETT negativo e basso sospetto clinico di EI ^{13 14}	➤ ETT di controllo non indicato	III
pazienti con febbre transitoria senza batteriemia e nuovi reperti obiettivi	➤ ETT di controllo non indicato	III

EI: endocardite infettiva; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler;

ETE: ecocardiogramma transesofageo color doppler.

SCOMPENSO CARDIACO (SC)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti asintomatici ad alto rischio per SC nello screening della disfunzione sistolica o diastolica del VS	➤ ETT come primo controllo	I
Pazienti con elevato sospetto clinico per segni e sintomi di SC	➤ ETT di controllo	I
Pazienti con cardiopatia nota o de novo e segni clinici certi di SC	➤ ETT di controllo	I
pazienti che assumono farmaci cardiotossici, per stabilire l'utilità farmaci addizionali o per aumentare i dosaggi	➤ ETT di controllo	I
pazienti con cardiopatia nota e pregressi episodi di SC anche con stabilità emodinamica	➤ ETT di controllo	I
pazienti con sospetto di cardiomiopatia dilatativa/ipertrofica/restrittiva/aritmogena basato sull'esame obiettivo, ECG o storia familiare	➤ ETT di controllo	I
pazienti con diagnosi di SC, clinicamente stabile, per eventuale modifica del trattamento	➤ ETT di controllo	II A
pazienti clinicamente stabili senza variazione del trattamento ed in cui il risultato non cambierebbe il trattamento	➤ ETT non è indicato	III

SC: scompenso cardiaco; VS: ventricolo sinistro, ECG: elettrocardiogramma

ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TRATTATA DA
NON VALIDA PER

PROTESI VALVOLARI (PVC)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
primo controllo post-operatorio	➤ ETT 6 a 12 settimane dopo l'impianto	I
paziente con protesi meccanica clinicamente stabile, senza sintomi o evidenza clinica di disfunzione ventricolare	➤ ETT ogni 2-3 anni	I
paziente con cambiamento dello stato clinico e sospetta disfunzione protesica	➤ ETT immediato	I
pazienti con protesi biologica senza sintomi o evidenza clinica di disfunzione ventricolare	➤ ETT ogni 2-3 anni nei primi 10 anni	I
paziente con leak paraprotetico di entità moderata-severa, non sintomatico	➤ ETT periodico (3-6 mesi)	I
pazienti con pregressa EI con cambiamento di segni o sintomi e ad alto rischio di complicanze	➤ ETT e ETE di controllo	I
pazienti con protesi biologica dopo i primi 10 anni anche senza variazioni dello stato clinico	➤ ETT ogni anno	II A
pazienti con protesi biologica e aumentato rischio di degenerazione precoce	➤ ETT ogni 6 mesi	II A
pazienti con moderata insufficienza paraprotetica in assenza di altre modificazioni cliniche	➤ ETT ogni anno	II A
pazienti con protesi meccaniche con normale ETT, in assenza di segni o sintomi di disfunzione ventricolare	➤ ETT ogni anno non indicato	III
pazienti con lieve insufficienza paraprotetica senza altre anomalie	➤ ETT ogni anno non indicato	III

PVC: protesi valvolare cardiaca; EI endocardite infettiva; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler; ETE: ecocardiogramma transesofageo color doppler.

COPIA TRATTATA
NON VALIDA

CARDIOEMBOLISMO	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con infarto recente e/o cardiomiopatia dilatativa e sospetta trombosi endocavitaria	➤ ETT di controllo	I
pazienti con sintomi ed eventi clinici (embolizzazione) suggestivi della presenza di una massa cardiaca.	➤ ETT di controllo	I
pazienti con malattia cardiaca predisponente la formazione di masse ed il cui risultato condizionasse la terapia	➤ ETT di controllo	I
pazienti trattati per tumori maligni (chirurgia o terapia)	➤ ETT ogni 3 mesi per i primi 3 anni ➤ ETT ogni 6 mesi per i successivi 3 anni ➤ Ogni anno fino a 10 anni	I
pazienti con scarsa finestra ecocardiografica	➤ ETT con mezzo di contrasto	II A
pazienti operati di rabdomiomi asportati parzialmente	➤ ETT ogni 6 mesi/1 anno	II A
pazienti operati di mixoma semplice in assenza di sindrome familiare	➤ ETT ogni 5 anni	II A
pazienti operati di mixoma semplice	➤ ETT ogni anno non indicato	III

ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler.

COPIA TRATTATA
NON VALIDA

FORAME OVALE PERVIO	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con occlusione improvvisa di importante art periferica o viscerale	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti giovani (<55 anni) con evento embolico cerebrovascolare	➤ ETT come primo controllo	I
pazienti >55 anni con evento neurologico senza evidenza di malattia cerebrovascolare	➤ ETT di controllo	I
pazienti asintomatici con decisione clinica modificata in base ai risultati ecocardiografici	➤ ETT di controllo	I
pazienti con pregresso evento embolico e diagnosi di PFO all'ETT e EDT	➤ ETE di controllo	I
pazienti con posizionamento di device in sede interatriale	➤ ETT 6 mesi / 1 anno	II A
valutazione per la ricerca del PFO in pazienti asintomatici con aneurisma del setto interatriale	➤ ETE di controllo	II B
pazienti asintomatici con device interatriale	➤ ETT ogni anno non indicato	III

PFO forame ovale pervio; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler

ETE: ecocardiogramma transesofageo color doppler; EDT: ecodoppler transcranico

COPIA TRATTATA DALLA
NON VALIDA PER

FIBRILLAZIONE ATRIALE (FA)	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti in FA per escludere una cardiopatia strutturale	➤ ETT primo controllo	I
pazienti da candidare a Cardioversione per valutare parametri prognostici (dimensione e funzione dell'atrio sinistro, funzione ventricolare sinistra, ecc)	➤ ETT primo controllo	I
pazienti sottoposti ad anticoagulazione breve per la ricerca di fonti emboligene prima della cardioversione	➤ ETE di controllo	I
pazienti in FA permanente in caso di modificazioni cliniche e emodinamiche	➤ ETT di controllo	II A
Paziente in FA permanente, clinicamente stabili	➤ ETT non prima di un anno	III

FA: fibrillazione atriale; ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler;
ETE: ecocardiogramma transesofageo color doppler.

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMUNICAZIONE

PERICARDITE	Tipo di esame e tempistica del controllo	Classe di appropriatezza
pazienti con forte sospetto clinico di pericardite sierosa, costrittiva o entrambe, di emopericardio in soggetti con trauma toracico, di pericardite in corso di IMA	➤ ETT primo controllo	I
pazienti con pericardite recidivante acuta	➤ ETT di controllo	I
pazienti con pericardite recidivante nel sospetto clinico di costrizione pericardica	➤ ETT di controllo	I
pazienti con pericardite postchirurgica nel sospetto di tamponamento cardiaco	➤ ETT di controllo	II A
pazienti clinicamente stabili e con versamento pericardico di lieve entità	➤ ETT di controllo non indicato	III
pazienti oncologici e/o terminali con versamento pericardico se la ripetizione dell'esame non condiziona il trattamento	➤ ETT di controllo non indicato	III
valutazione dello spessore dei foglietti pericardici nel sospetto di costrizione senza evidenza clinica di sindrome costrittiva	➤ ETT di controllo non indicato	III

ETT: ecocardiogramma transtoracico color doppler; IMA: Infarto Miocardico Acuto.

DECRETO 30 aprile 2015.

Procedura operativa rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM).

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il D.P.R. 14 gennaio 1997, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private" che definisce le attività di valutazione e miglioramento della qualità in termini metodologici e prevede, tra i requisiti generali richiesti alle strutture pubbliche e private, che le stesse siano dotate di un insieme di attività e procedure concernenti la gestione, valutazione e miglioramento della qualità;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale" e la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30, recante "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie" per come applicata ai sensi dell'art. 32 della predetta legge regionale n. 5/09;

Visto il D.A. n. 1150 del 15 giugno 2009, recante "Indirizzi e criteri per il riordino, la rifunzionalizzazione e la riconversione della rete ospedaliera e territoriale regionale";

Visti i DD.AA. 25 maggio 2010, con i quali sono stati adottati i Piani di riordino della rete ospedaliera per ciascuna azienda sanitaria, in conformità alle disposizioni normative, soprarrichiamate, che costituiranno anche la base dell'adozione del nuovo riassetto della rete ospedaliera e territoriale e degli atti aziendali e dotazioni organiche, con il conseguente progressivo allineamento agli standard nazionali, sia a livello regionale che tendenziale per bacino e singola provincia;

Vista l'intesa del 29 aprile 2010, rep. atti n. 13/CSR della Conferenza Stato-Regioni, con la quale sono state assegnate le risorse necessarie per la realizzazione degli obiettivi prioritari di piano sanitario nazionale;

Vista l'intesa dell'8 luglio 2010, rep. atti n. 76/CSR della Conferenza Stato-Regioni, con la quale vengono fissate le linee progettuali e contestualmente vincolate alcune risorse per specifici programmi ed in particolare quelli dedicati alla linea progettuale "Tutela della maternità ed appropriatezza del percorso nascita";

Visto il Piano sanitario regionale "Piano della salute 2011/13" approvato con D.P.R.S. del 18 luglio 2011;

Visto il D.A. n. 2536 del 2 dicembre 2011, recante "Riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita" nel cui contesto vengono individuate le Unità di terapia intensiva neonatale (UTIN), i relativi servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM), e le sue successive modifiche ed integrazioni;

Visto l'allegato 2 del predetto D.A. n. 28536/11, recante il protocollo operativo rete STEN e STAM;

Visto il D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015, recante la "Riquilificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera territoriale della Regione siciliana";

Visto il D.A. n. 299 del 26 febbraio 2015, recante "Riordino e razionalizzazione della rete dei servizi di tra-

sporto emergenza neonatale (STEN) e assistito materno (STAM)", che modifica il D.A. n. 2536/11 limitatamente alla parte che riguarda il numero dei centri STEN e STAM che vengono ridotti a cinque;

Considerato che tra gli obiettivi prioritari del citato Piano sanitario regionale 2011/2013 è previsto il potenziamento del Servizio di trasporto per le emergenze neonatali e del Servizio di trasporto materno assistito in linea con la programmazione di settore;

Ritenuto di poter implementare il predetto protocollo, per le suddette finalità, con una procedura operativa standardizzata per tutto il territorio regionale, rispettivamente per lo STEN e lo STAM, che rafforzi le integrazioni funzionali con le varie articolazioni della rete con relativa individuazione delle responsabilità;

Vista la procedura operativa unanimemente condivisa dai responsabili dei cinque centri STEN della Regione siciliana e dai responsabili delle pertinenti centrali operative SUES 118, secondo i rispettivi bacini di riferimento;

Vista la procedura operativa unanimemente condivisa dai responsabili dei cinque centri STAM della Regione siciliana e dai responsabili delle pertinenti centrali operative SUES 118, secondo i rispettivi bacini di riferimento;

Ritenuto, pertanto, di potere procedere all'approvazione delle procedure operative STEN e STAM;

Visti gli atti d'ufficio;

Decreta:

Art. 1

Per le motivazioni espresse in premessa, è approvata la procedura operativa del Servizio di trasporto in emergenza neonatale (STEN) - come da allegato 1, parte integrante del presente decreto - unanimemente condivisa dai responsabili dei seguenti cinque centri STEN della Regione siciliana e dai rispettivi responsabili delle centrali operative Sues 118:

Sicilia occidentale

- Centro STEN - Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello di Palermo - P.O. Cervello
- Centrale operativa Sues 118 Palermo

Sicilia centrale

- Centro STEN - Azienda sanitaria provinciale di Enna - P.O. Umberto I
- Centrale operativa Sues 118 Caltanissetta

Sicilia orientale

- Centro STEN - AUOP di Catania - P.O. Santo Bambino
- Centrale operativa Sues 118 di Catania
- Centro STEN - AUOP di Messina - P.O. G. Martino di Messina
- Centro STEN - ASP di Messina - P.O. Barone Romeo di Patti
- Centrale operativa Sues 118 di Messina.

Art. 2

Per le motivazioni espresse in premessa, è approvata la procedura operativa del Servizio di trasporto assistito materno (STAM) - come da allegato 2, parte integrante del presente decreto - unanimemente condivisa dai responsabili dei seguenti cinque centri STAM della Regione siciliana e dai rispettivi responsabili delle centrali operative Sues 118:

Sicilia occidentale

- Centro STAM - Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello di Palermo - P.O. Cervello
- Centrale operativa Sues 118 Palermo

Sicilia centrale

- Centro STAM - Azienda sanitaria provinciale di Enna - P.O. Umberto I
- Centrale operativa Sues 118 Caltanissetta

Sicilia orientale

- Centro STAM - AUOP di Catania - P.O. Santo Bambino

- Centrale operativa Sues 118 di Catania
- Centro STAM - AUOP di Messina - P.O. G. Martino di Messina
- Centro STAM - ASP di Messina - P.O. Barone Romeo di Patti
- Centrale operativa Sues 118 di Messina.

Il presente decreto viene trasmesso al responsabile del procedimento per la pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale ed alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana.

Palermo, 30 aprile 2015.

BORSELLINO

Allegato 1

PROCEDURA OPERATIVA
RETE DEI SERVIZI DI TRASPORTO
IN EMERGENZA NEONATALE STEN
SERVIZIO DI TRASPORTO DI EMERGENZE
DEL NEONATO (STEN)

PROCEDURA OPERATIVA**1. Scopo**

Lo STEN nasce per le emergenze neonatali non prevedibili.
Lo STEN non sostituisce il trasporto in utero, che rimane sempre la strategia ottimale in caso di gravidanza a rischio.
Lo scopo della presente procedura è quello di definire l'organizzazione del Servizio di trasporto di emergenza del neonato in relazione alle responsabilità degli operatori sanitari coinvolti, alle attrezzature e presidi utilizzati e alle modalità di uso degli stessi.
La procedura ha lo scopo di definire anche l'organizzazione del Servizio di trasporto di emergenza del neonato in relazione alla sua integrazione funzionale con il servizio S.U.E.S. 118.
La suddivisione della Regione in cinque bacini di utenza cui si fa riferimento è quella prevista dal D.A. n. 299/2015 del 26 febbraio 2015.

2. Campo di applicazione

La procedura è adottata all'interno delle U.O.C. di neonatologia e terapia intensiva neonatale, delle A.O. sedi dei cinque punti STEN e dal SUES 118 dei bacini di riferimento STEN ogni volta che si evidenzia la necessità di effettuare un trasporto.
I servizi resi dalle reti STEN garantiranno le seguenti esigenze sanitarie:

Sicilia occidentale:

- l'Azienda ospedaliera Villa Sofia Cervello di Palermo - P.O. Cervello di Palermo - garantirà le provincie di Palermo e Trapani.

Sicilia centrale:

- l'Azienda sanitaria provinciale di Enna - Presidio ospedaliero Umberto I di Enna - garantirà le provincie Agrigento, Caltanissetta ed Enna.

Sicilia Orientale:

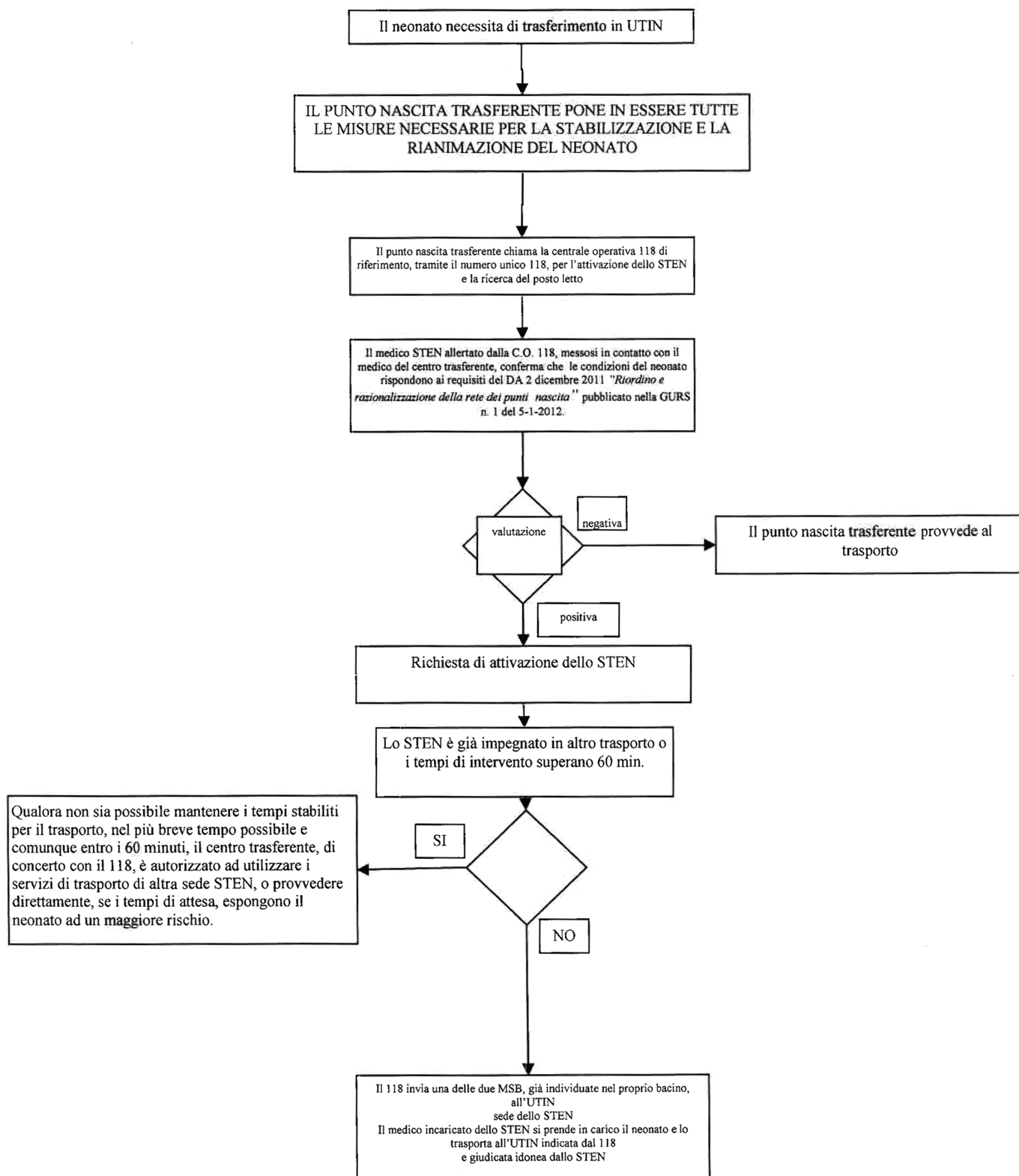
- l'AUOP di Catania - Presidio ospedaliero Santo Bambino - garantirà le provincie di Catania, Ragusa e Siracusa;
- l'ASP - Presidio ospedaliero Barone Romeo di Patti e l'AUOP di Messina - Presidio ospedaliero G. Martino di Messina - garantiranno la provincia di Messina.

Nell'allegato di bacino saranno specificati i centri nascita afferenti a ciascun centro STEN.

3. Terminologia e abbreviazioni

STEN: servizio di trasporto di emergenza neonatale;
UTIN: unità di terapia intensiva neonatale;
C.O. 118: centrale operativa 118;
MSB: il mezzo del 118 di soccorso di base opportunamente modificato per accogliere la termoculla;
SUES 118: Servizio emergenza urgenza 118;
SEUS SCPA società partecipata Sicilia emergenza urgenza sanitaria Scpa.

4 DIAGRAMMA DI FLUSSO

COPIA
NON

5 RESPONSABILITÀ

Attività	DIRETTORE UTIN Sede STEN	MEDICO DEL PUNTO NASCITA TRASFERENTE	SEUS SCPA	SUES 118	STEN
Tenuta in efficienza delle 2 MSB individuate			R		
Tenuta sotto controllo termoculla, dotazioni elettromedicali dedicate, farmaci borsa rianimazione					R
Esecuzione della pianificazione del personale dello STEN	R				
Valutazione del neonato		R			
Decisione del trasferimento		R			
Richiesta di attivazione dello STEN		R			
Decisione di attivazione dello STEN					R
Attivazione di una delle due MSB individuate per il trasferimento delle termoculle				R	
Ricerca posto letto				R	
Invio ambulanza alla UTIN sede STEN entro 30 minuti				R	
Trasporto del neonato					R

N.B: La responsabilità per le attività di ciascuno sono descritte nel dettaglio all'interno della procedura.

a) Responsabilità del dirigente medico del centro trasferente

Dirigente medico del centro trasferente:

- rianimazione;
- stabilizzazione;
- assistenza;
- verifica della esistenza dei criteri di attivazione del Servizio;
- valutazione della reale possibilità di arrivo dello STEN al centro trasferente nei tempi previsti;
- esecuzione del punteggio MINT;
- esecuzione sarnat se indicato;
- esecuzione EGA;
- compilazione dettagliata della modulistica di sua competenza;
- acquisizione del consenso informato al trasferimento.

b) Responsabilità reti STEN

Dirigente II livello della UTIN cui afferisce lo STEN:

Ha la responsabilità oggettiva e di verifica dell'applicazione della procedura e di provvedere alla predisposizione di un team (medico ed infermiere) da rendere disponibile nel caso in cui lo STEN sia impegnato in altro servizio.

Dirigente medico di I livello dello STEN ha:

I. Responsabilità di verifica consistenti:

- nel controllo periodico della borsa di rianimazione effettuato dall'infermiere (check list: allegato n. 1);
- nel controllo del funzionamento del modulo di trasporto con le relative attrezzature e verifica della pressione delle bombole;
- nella segnalazione tempestiva al caposala e al dirigente di II livello di mal funzionamenti delle apparecchiature.

II. Responsabilità successive alla richiesta telefonica di attivazione del 118 consistenti nel:

- prendere contatto con il medico del centro trasferente, per il tramite della centrale operativa (in regime di reperibilità del medico dello STEN tale compito viene svolto dal medico di guardia, che contatterà e trasmetterà le informazioni al medico dello STEN), per:

- a) conoscere le condizioni cliniche del neonato;
- b) valutare l'adeguatezza della richiesta di attivazione;
- c) suggerire eventuali procedure di stabilizzazione per rendere sicuro il trasporto;
- d) richiedere, se necessario, la presenza del medico del centro trasferente durante il trasporto;
- e) richiedere alla C.O. 118 l'invio dell'ambulanza presso il punto prestabilito sede dello STEN;
- f) segnalare se sia necessario l'uso dei segnalatori di emergenza.

III. Responsabilità all'arrivo presso il centro trasferente:

- raccogliere informazioni anamnestiche, cliniche, di laboratorio, strumentali eseguite dal centro trasferente, (allegato n. 2) in due copie (una per lo STEN e una per il centro ricevente) e modulo di consenso al trasporto (allegato n. 3) da allegare alla cartella dello STEN (allegato n. 4);

- prestare assistenza al neonato dal momento in cui arriva all'ospedale trasferente in collaborazione con il medico del centro trasferente in conformità alle:

1) "Raccomandazioni sulla stabilizzazione del neonato critico in attesa dell'arrivo dello STEN", a cura di M. Agosti, P. Gancia, P. Tagliabue. Linee guida della Società italiana di neonatologia).

2) "Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica candidato al trattamento ipotermico" II edizione, a cura di G. Ancora, G. Pomeroy, F. Ferrari del Gruppo di studio di neurologia neonatale della Società italiana di neonatologia:

– compilare la cartella STEN (allegato n. 4) curando la descrizione delle condizioni cliniche del neonato al momento dell'arrivo presso il centro trasferente, le manovre e qualsiasi approccio diagnostico terapeutico eseguito dopo l'arrivo presso il centro trasferente e durante il trasporto.

IV. Responsabilità all'arrivo presso il centro ricevente:

- trasferire le informazioni relative al neonato al momento dell'arrivo nel reparto di destinazione al medico responsabile del neonato, consegnando una copia della cartella STEN (allegato n. 4) e una copia della relazione del centro trasferente (allegato n. 2);
- trascrivere nella cartella STEN i dati del medico del centro ricevente al quale consegnare il neonato.

• Infermiere dello STEN:

Responsabilità:

- compilazione periodica e dopo ogni trasporto check list della borsa di rianimazione (allegato n. 1);
- controllo del modulo di trasporto con le relative attrezzature
- della assistenza al neonato dal momento dell'arrivo presso il centro trasferente;
- trasmissione al personale del centro ricevente delle informazioni di pertinenza infermieristica;
- ripristino dei presidi utilizzati nella borsa di rianimazione e della sistemazione del modulo al termine del trasporto;
- segnalazione tempestiva al caposala e al dirigente di II livello dei guasti delle apparecchiature dedicate al trasporto;
- controllo durante il turno di mattina di ogni primo del mese della scadenza dei farmaci e presidi della borsa di rianimazione, con firma sull'apposita scheda, (allegato n. 5).

Nota bene: le fiale di adrenalina vanno sostituite ogni primo del mese.

• Coordinatore infermieristico della U.O.C. di STEN:

Responsabilità:

- redigere i turni di servizio del personale infermieristico;
- provvedere all'approvvigionamento del materiale di consumo;
- vigilare sulla manutenzione periodica delle attrezzature;
- richiedere l'intervento della assistenza in caso di guasti segnalati;
- verificare sul controllo mensile della scadenza dei farmaci e presidi della borsa di rianimazione e della corretta compilazione della check list della borsa di rianimazione.

c) Responsabilità SUES 118

Sono definite dai protocolli operativi del Servizio 118 (D.A. 30 aprile 2010 pubblicato nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 24 del 21 maggio 2010, in corso di revisione).

• Direttore di C.O. 118:

- identifica le ambulanze del Servizio 118 adeguate dal SEUS per lo STEN;

• Medico in servizio in centrale operativa 118:

- dà disposizione per l'immediata disponibilità di una delle due MSB individuate per il trasporto delle termoculle, anche in caso fornito di contestuale servizio di entrambe le MSB;
- garantisce il rispetto della corretta applicazione della procedura;
- valida la disponibilità posti letto UTIN.

• Operatore di C.O. 118:

- la C.O. 118 viene attivata dal medico del centro trasferente tramite chiamata al 118.

È responsabilità dell'operatore della C.O. del 118:

- contattare lo STEN utilizzando il numero di telefono dedicato alle comunicazioni 118-STEN;
- mettere in contatto il centro trasferente con lo STEN per acquisire le informazioni cliniche ed anamnestiche sul neonato da trasferire che consentano di valutare l'adeguatezza della richiesta di attivazione.

N.B.: Per tale comunicazione si utilizzeranno i numeri telefonici indicati dai cinque punti STEN (allegato n. 12), ovvero non appena attivata e resa funzionale, tale comunicazione avverrà tramite la rete digitale:

- fornire la disponibilità dei posti letto UTIN;
- identificare l'ambulanza che sarà utilizzata operando una verifica della disponibilità di una delle due MSB (preferendo prioritariamente quella più vicina allo STEN) adeguate allo STEN inviare, una volta ottenuta dal medico dello STEN la necessità di attivazione del trasporto, l'ambulanza, già identificata, presso il punto prestabilito per ogni Azienda sanitaria o Presidio ospedaliero sede di STEN (allegato n. 10) garantendo l'arrivo entro e non oltre 30 minuti.

• Responsabilità SEUS scpa:

Tenuta in efficienza delle due MSB individuate per ciascun punto STEN:

- autista soccorritore (in numero di 2 unità per turno) dell'MSB del 118.

Responsabilità:

Sono definite dai protocolli operativi del Servizio 118 in particolare provvedere:

- alla corretta conduzione del mezzo;
- alla conduzione del modulo di trasporto a terra;
- al carico del modulo di trasporto sull'MSB con applicazione dei sistemi di fissaggio al pianale;
- scarico del modulo di trasporto dall'MSB.

d) Responsabilità dei direttori sanitari delle aziende sanitarie o dei presidi ospedalieri sedi di punti STEN

Redigere una procedura che preveda l'uso di una ambulanza di un ambulanziere e di un barelliere aziendale nel caso in cui si verifica la necessità del trasporto di un neonato degente presso la propria A.S. o P.O. e la contemporanea inattività del servizio STEN.

e) Responsabilità delle direzioni sanitarie dell'azienda sanitarie o presidi ospedalieri sedi di punti STEN

Informare tutti i centri trasferenti del contenuto di questa procedura relativamente a ciò che è di loro competenza.

6. Descrizione delle attività

6.1. Lo STEN è "attivabile su richiesta":

- se attivato durante i turni diurni feriali, medico e infermiere dell'U.O. individuati per lo STEN dovranno "sganciarsi" dall'attività assistenziale istituzionale ordinaria in reparto per ottemperare alla chiamata;
- se attivato durante i turni notturni e festivi, medico e infermiere operano in regime di pronta disponibilità.

6.2. Tipologia dei trasporti

Trasporti primari (dal punto nascita alla UTIN).

Trasporti interterziari (tra due Centri specialistici).

c) Trasporti di rientro (back transport).

N.B.: Qualsiasi tipo di trasporto deve comunque sempre ottemperare ai criteri clinici di attivazione di seguito esposti.

6.3. Criteri clinici per l'attivazione del trasporto assistito

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con:

- 1) distress respiratorio, anche lieve;
- 2) peso < 1.500 g;
- 3) peso 1.500-2.000 g se previsione di patologie anche lievi;
- 4) età gestazionale $\leq$ 34 settimane;
- 5) asfissia con necessità di rianimazione avanzata;
- 6) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti;
- 7) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 8) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali;
- 9) intubati o con linee infusionali centrali;
- 10) alterazione dei parametri vitali.

N.B.:

- f) il servizio non dovrà essere attivato al di fuori delle 10 indicazioni sopra riportate;
- g) in relazione al primo punto (distress respiratorio, anche lieve) si precisa che l'attivazione dello STEN verrà effettuata quando le condizioni cliniche del neonato sono tali da farlo rientrare nei criteri di "ricovero in UTIN";
- h) nel caso di trasporti interterziari di neonati pretermine il limite dei 30 giorni è da riferirsi alla età corretta;
- i punti nascita devono mantenere una autonoma capacità di trasferimento dei neonati in termini di ambulanze, attrezzature e di personale.
- tale autonomia al trasferimento in termini di ambulanze, attrezzature e personale si intende essere a carico anche della stessa Azienda sanitaria o Presidio ospedaliero sede del punto STEN qualora si dovesse manifestare la necessità al trasporto di un neonato degente presso lo UTIN Aziendale ed essere per qualsiasi motivo inattivabile il Servizio STEN.

6.4. Modalità di attivazione del servizio

- Il servizio dovrà essere attivato a nascita già avvenuta dopo la rianimazione, l'iniziale stabilizzazione e la valutazione del medico del centro trasferente. Pertanto la responsabilità della rianimazione-stabilizzazione sarà primitivamente del medico del centro trasferente.
- In caso eccezionale di non trasportabilità della donna dovranno essere attivati accordi specifici con il punto nascita al fine di consentire una precoce attivazione del servizio consistenti nell'allertare l'ambulanza ed il medico reperibile in modo da potere partire al momento della successiva chiamata a nascita avvenuta ed a neonato stabilizzato.

6.5. Compiti del centro trasferente

L'ospedale che trasferisce deve garantire:

- l'assistenza del neonato fino all'arrivo del team dello STEN;
- il consenso informato al trasporto (allegato n. 3) da consegnare allo STEN (si consiglia una copia anche per il centro trasferente);
- la compilazione di una cartella di trasferimento (allegato n. 2) in doppia copia per lo STEN e per il centro ricevente (si consiglia una terza copia anche per il centro trasferente);
- provette etichettate con sangue materno e funicolare.

6.6. Modalità di attivazione

- Il servizio viene attivato dal centro trasferente tramite chiamata al 118 del proprio bacino di utenza;
 - il 118 contatta lo STEN di riferimento utilizzando il numero di telefono dedicato alle comunicazioni 118-STEN (allegato n. 12) nelle more che venga reso operativo in ogni bacino il numero PUNTO-PUNTO del 118;
 - il 118 mette in contatto il medico del centro trasferente con il medico dello STEN di riferimento o con il medico di guardia della UTIN, sede dello STEN, se la richiesta di attivazione avviene in un momento di regime di reperibilità, per acquisire le informazioni cliniche e anamnestiche sul neonato da trasferire che consentono di valutare l'adeguatezza dello richiesto di attivazione.
 - Per tale comunicazione si utilizzeranno i numeri telefonici indicati dai cinque punti STEN;
 - il 118 fornisce la disponibilità dei posti letto UTIN nel proprio bacino di utenza dopo mappatura aggiornata della disponibilità dei posti letto e comunica al medico dello STEN la possibile disponibilità di destinazione;
 - il 118, ottenuta dal medico della U.O. sede di STEN la "approvazione" alla richiesta di attivazione del trasporto, assicurerà la presenza di una delle due MSB presso il punto STEN di riferimento nel più breve tempo possibile e comunque, adottando le decisioni del caso, entro 30 minuti;
 - tale tempo massimo di attivazione (30 minuti) corrisponde a quello necessario per l'attivazione del personale medico ed infermieristico in regime di pronta disponibilità.
- Nota bene:* raccomandazioni da fornire all'autista:
- nella fase di "invio": procedere ad una andatura che riduca le sollecitazioni in caso di strada dissestata (evitare danni al modulo di trasporto);
 - nella fase di "rientro": con neonato a bordo procedere ad una andatura che riduca le sollecitazioni (brusche accelerazioni, brusche frenate, curve).

6.7. Integrazione assistenziale con il 118

In alcuni casi, qualora l'attesa non sia compatibile con le condizioni cliniche del neonato, la responsabilità del trasporto sarà del centro nascita e in seconda istanza del 118 che invierà comunque un mezzo di soccorso del circuito:

- STEN impegnato in altro trasporto;
- urgenza inderogabile;
- concomitanza di chiamata;
- nati da parto gemellare con necessità di trasporto assistito.

Relativamente a questo punto, qualora il medico del centro trasferente decida di utilizzare l'ambulanza del 118, il personale medico ed infermieristico ed i presidi rimangono a carico del centro trasferente.

6.8. Non obbligatorietà dell'attivazione

Qualora non sia possibile mantenere i tempi stabiliti per il trasporto nel più breve tempo possibile e comunque entro i 60 minuti, il centro trasferente è autorizzato ad utilizzare i servizi di trasporto di altra sede STEN, o provvedere direttamente, soprattutto se i tempi di attesa espongono il neonato ad un maggior rischio.

Per trasporti da altro bacino di utenza in considerazione dei tempi di attivazione e di raggiungimento del centro trasferente si potrà prevedere una organizzazione con trasbordo "protetto" del neonato, da ambulanza del centro trasferente a quella STEN, presso un P.O. posto tra le due sedi, al fine di ridurre i tempi tra richiesta intervento STEN ed arrivo del neonato al centro ricevente.

6.9. Criteri per la scelta del posto UTIN disponibile

- Vicinanza geografica.
- Viabilità agevole.
- Criticità delle condizioni cliniche.
- Adeguatezza della UTIN alla patologia del neonato.

- Utilità di una più rapida riattivazione dello STEN.
- Eccezionalmente in casi di estrema criticità insorta durante il trasporto, con impossibilità ad un adeguato trattamento terapeutico in ambulanza, è possibile, a giudizio del medico, raggiungere la UTIN più vicina, che non aveva dato la disponibilità al ricovero del neonato, previa comunicazione telefonica alla stessa UTIN.

6.10. Assenza posti UTIN

Quanto qui definito è riferito esclusivamente ai neonati ricoverati nei centri di I livello, che non possono garantire un'assistenza intensiva del neonato patologico. In assenza di riferimenti nel decreto assessoriale del 2 dicembre 2011, si fa riferimento al decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010:

- "il rifiuto al ricovero per mancanza di posti letto è illecito e configura il reato di omissione di soccorso (art. 593 c.p.), e di omissione di atti di ufficio (art. 328 c.p.); è inoltre ipotizzabile il reato di interruzione di servizio di pubblica utilità (art. 340 c.p.)";
- "i posti letto possono essere aumentati al bisogno, sulla base di disposizioni dell'accettante o della direzione sanitaria";
- "la mancanza di posti letto ... con previsione di tempi non compatibili in relazione alle condizioni del paziente, impongono l'effettuazione di un trasferimento secondario protetto verso la struttura adeguata più vicina (previo accordi interspedalieri)".

In relazione a quanto premesso si dettano le norme che il medico dello STEN deve seguire in caso di richiesta di trasporto proveniente da un centro di I livello e di assenza posti letto nelle UTIN nel proprio bacino di utenza:

- 1) ottemperare alla richiesta di trasporto;
- 2) delegare il medico di guardia della UTIN di appartenenza o il medico del centro trasferente a ricontattare i medici delle singole UTIN del bacino di utenza per una ulteriore verifica dell'effettiva impossibilità al ricovero;
- 3) nel caso di effettiva assenza posti: trasportare il neonato presso la UTIN della propria Azienda sanitaria o Presidio ospedaliero e in una fase successiva valutare, se necessario:
 - a) trasportare il neonato con STEN presso UTIN del proprio bacino con posto resosi disponibile dopo il secondo giro di "verifica";
 - b) trasportare il neonato con STEN presso UTIN di altro bacino di utenza;
 - c) trasferire il neonato con elicottero presso UTIN di altro bacino di utenza (vedi trasporto in elicottero).

Le opzioni b) e c) in relazione alle condizioni del neonato e in accordo con il medico del centro trasferente possono essere le scelte da prendere in prima istanza.

6.11. Trasporti interterziari

- Il servizio provvede al trasferimento di neonati patologici tra terapie intensive neonatali e da queste verso altri reparti ad alta specializzazione (cardiologia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia etc.) nell'assoluta osservanza dei criteri clinici per l'attivazione del trasporto.
- In caso di trasporto per consulenze o esami diagnostico-strumentali, qualora sia prevedibile per l'espletamento della consulenza la necessità di un intervento invasivo ad opera di un neonatologo, o che in seguito a detta consulenza possa profilarsi il trasferimento presso altra struttura ad alta specializzazione (cardiologia, chirurgia pediatrica, neurochirurgia etc.), è necessaria la presenza del neonatologo del centro trasferente.

Infatti tale tipologia di interventi o decisioni esulano dalle responsabilità del medico dello STEN.

6.12. Trasporto con elisoccorso

Si cita quanto dettato dal decreto dell'Assessorato della salute del 2 dicembre 2011 (STEN):

- "il trasporto via terra sarà sempre da preferire a quello con elicottero, ma quest'ultimo potrà essere utilizzato in situazioni limitate e concordate tra centro trasferente, 118 e STEN".

In assenza di altre indicazioni si cita al proposito quanto dettato dal decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010:

Preparazione dei pazienti al trasporto con elisoccorso:

- età neonatale (paziente stabilizzato nei parametri ed accompagnato sotto bordo dal medico che ne richiede il trasferimento) interrogazione crociata col reparto di destinazione;
- paziente cardiologico (stabilizzato nei parametri e centralizzato con catetere venoso ed accompagnato dal medico che ne richiede il trasferimento per la consegna all'equipe di elisoccorso);
- ogni paziente dovrà essere accompagnato dal medico di reparto, con tutta la documentazione clinica da consegnare al reparto di destinazione.

Secondo quanto citato dal decreto di cui sopra, il medico del centro trasferente, al fine di garantire continuità assistenziale, accompagnerà sempre il neonato: con l'ambulanza ed il medico dello STEN fino alla elisuperficie, con l'elicottero ed il medico del 118 fino al P.O. di destinazione.

6.13. Trasporto programmato

È un trasporto non urgente (per es. visite specialistiche, trasferimenti in altri ospedali).

In tali casi è necessario informare la Centrale operativa 118 per tempo, concordando modalità e tempi dell'intervento.

"Scheda per trasferimento secondario con ambulanza 118" (reperibile su: "Linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia") (allegato n. 7).

6.14. Concomitanza di chiamata

Per la definizione della priorità adottare per ogni neonato il punteggio MINT: "Prediction Model for Retrieved Neonates The Mortality Index for Neonatal Transportation Score (Pediatrics 2004; 114:e424-e428)".

Assegnazione del MINT score

peso alla nascita g	< 750	751-1000	1001-1500	> 1500	
	6	2	1	0	
età h	< 1		> 1		
	4		0		
apgar 1'	0	1	2-3	> 3	
	8	6	2	0	
intubato	SI		NO		
	6		0		
pH neonato	< 6.90		6.91-7.10	> 7.10	
	10	4		0	
paO ₂ mmHg/sat O ₂ %	<23/<50		>23/>50		
	2		0		
anomalie congenite	si		no		
	6		0		
Totale MINT					

6.15. Trasporto genitori in ambulanza

È consentito ammettere un genitore a bordo dell'ambulanza (trattandosi di un minore).

Tuttavia spetta al medico STEN valutare tale possibilità, soprattutto in relazione alla locazione angusta del vano dell'ambulanza per svolgere eventuali pratiche assistenziali sul neonato, inoltre vige per gli interventi assistenziali in emergenza la condizione di urgenza e indifferibilità.

6.16. Decesso del neonato

In caso di decesso presso il centro trasferente il neonato viene lasciato in loco.

In caso di decesso a bordo dell'ambulanza il neonato va trasportato nel centro di destinazione.

7. Ambulanza del servizio emergenza urgenza 118 e sue dotazioni

1) Ambulanza del servizio 118 individuate ed adibite ed attrezzature in dotazione.

È dotata di un pianale per l'ancoraggio del modulo di trasporto. L'ambulanza è provvista di prese di corrente alternata, di sistemi di erogazione dei gas (aria e ossigeno).

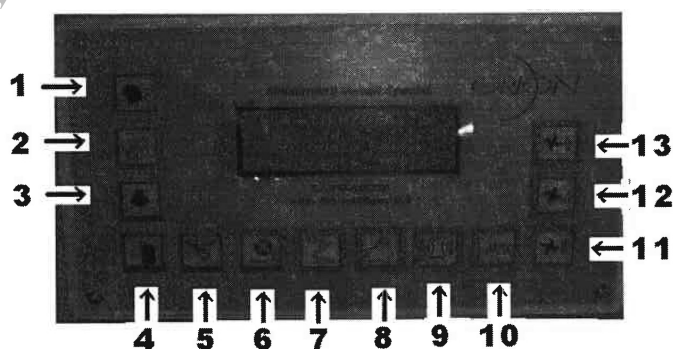
L'ambulanza è dotata di:

- un pannello di controllo a tastiera per l'attivazione di alcune funzioni (corrente elettrica alternata);
- un compressore per l'erogazione dell'aria;
- ventilazione interna del vano sanitario;
- luci interne);
- di 2 bombole di ossigeno;
- di prese di corrente alternata;
- di aspiratore;
- di un ecografo portatile;
- di un frigorifero;
- di un radiotelefono per le comunicazioni con la C.O. 118.

A) Pannello di controllo a tastiera

(tasto colorato in giallo = funzione inattiva, in rosso = funzione attiva)

- 1) Cicalino per la chiamata dell'autista
- 2) Luce diurna
- 3) Luce notturna
- 4) Faretti esterni posteriori
- 5) Faretti interni orientabili
- 6) Prese di corrente a 12 volt
- 7) Prese di corrente a 230 volt
- 8) Aspiratore fisso
- 9) Citofono per parlare con l'autista
- 10) Ventilazione dall'esterno verso l'interno
- 11) Regolazione velocità della ventilazione
- 12) Ventilazione dall'interno verso l'esterno



B) Tre prese di corrente a 230 volt con attacco shuko

Procedura di collegamento del modulo di trasporto alle prese di corrente alternata dell'ambulanza:

- le prese di corrente sono poste sulla parete sinistra (entrando dal portellone posteriore) dell'ambulanza;
- per attivarle azionare il tasto n. 7 del pannello di controllo (la funzione è attiva se il tasto è di colore rosso);
- alcune prese sono collegate alle attrezzature in dotazione all'ambulanza: scollegarle per renderle disponibili ai presidi del modulo di trasporto, ritenuti necessari (pompa infusoriale, culla, ventilatore, aspiratore).

C) GAS e ossigeno

Procedura di collegamento del ventilatore CV2 ai gas dell'ambulanza.

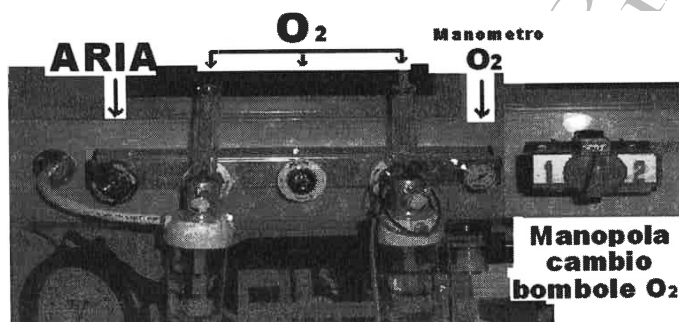
Procedura opzionale, da preferire per viaggi di lunga durata.

Nota bene: durante la procedura di collegamento e scollegamento del ventilatore dai gas dell'ambulanza, scollegare il neonato dal ventilatore e ventilare con pallone Ambu.

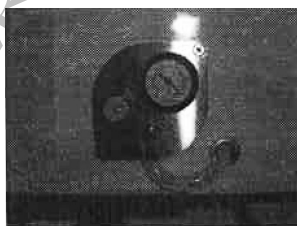
L'ambulanza è dotata di prese per i jack dell'ossigeno del ventilatore.

Ossigeno: 3 prese, di cui una libera per il modulo di trasporto e 2 collegate a erogatori con flussometro:

- comunicare all'autista di aprire le due bombole di ossigeno;
- porre la "manopola cambio bombole O₂" rossa in posizione 1 oppure 2;
- il "manometro O₂" indica la pressione della bombola scelta;
- collegare il jack dell'ossigeno del ventilatore alla presa bianca libera dell'ossigeno;
- cambiare la posizione della "manopola cambio bombole O₂" rossa, quando il "manometro O₂" indica una ridotta pressione della bombola ossigeno in uso.

**D) Aspiratore portatile a pressione regolabile****E) Aspiratore fisso a pressione regolabile**

(manopola e manometro posizionati sulla parete dell'ambulanza)

**F) Radio-telefono per le comunicazioni con la C.O. 118****G) Ecografo portatile****H) Frigorifero****Uso dei segnalatori di emergenza**

Norme di comportamento sull'uso dei segnalatori di emergenza:

- nella fase di "invio" (dalla postazione dell'ambulanza alla postazione dello STEN e da questa al centro richiedente il trasporto)
- nella fase di "rientro" (dal centro richiedente al centro di ricovero).

In base al decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010 "Linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia":

- "i segnalatori acustici e visivi di emergenza (sirena e lampeggiatori)" vanno attivati e mantenuti sempre contemporaneamente.

8. Attrezzature elettromedicali del modulo di trasporto neonatale**1. Modulo di trasporto neonatale:**

- culla V808 Atom Transcapsule;
- ventilatore polmonare controllato a microprocessori e funzionante con sistema pneumatico a turbina, con circuito paziente bitubo, e ingresso per ossigeno sia ad alta che bassa pressione;

- pulsossimetro;
- aspiratore;
- pompa a siringa;
- misuratore pressione arteriosa incruenta con possibilità di misurare temperatura centrale e saturimetria a culla spenta in caso di necessità di ipotermia passiva;
- emogasanalisi portatile;
- defibrillatore.

2. Borse di rianimazione

1) Modulo di trasporto. È dotato di un carrello "non accorciabile" che ne permette lo spostamento.

N.B.: le attrezzature del modulo di trasporto devono essere sempre presenti sul carrello in quanto dedicate.

- La termoculla V808 Atom Transcapsule è dotata di un pannello frontale ribaltabile e di oblò, che rendono agevole l'accesso al neonato. È dotata di illuminazione sul pannello superiore. Sul piano di appoggio per il neonato sono presenti le cinghie di contenimento.

La termoculla è dotata di sistema di riscaldamento con allarmi, ossimetro con allarmi, pulso-ossimetro con allarmi, rilevazione della temperatura cutanea con allarmi.

Per garantire una omogenea distribuzione del calore è importante non stipare l'interno dell'incubatrice con telini.

La termoculla deve essere sempre collegata alla presa di corrente per essere preriscaldata e disponibile in condizioni di emergenza.

La batteria, completamente carica (tempo di carica 8 ore) e perfettamente efficiente, assicura il funzionamento con una autonomia di 90 m'. La termoculla può essere collegata alla presa di corrente della ambulanza. la termoculla può essere collegata a prese di corrente alternata (preferibile) o continua.

Alimentazione dei gas: il modulo è dotato di due bombole d'ossigeno da 7 litri. La pressione delle bombole è indicata dal manometro.

- Ventilatore polmonare controllato a microprocessori e funzionante con sistema pneumatico a turbina, con circuito paziente bitubo, e ingresso per ossigeno sia ad alta che bassa pressione. Guida rapida di consultazione (allegato n. 8) e modalità d'uso (allegato n. 9)

- Pulsossimetro: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 15)
- Aspiratore: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 16)
- Pompa a siringa: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 17)
- Misuratore pressione arteriosa incruenta: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 18)
- Emogasanalisi portatile: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 19)
- Defibrillatore manuale e semiautomatico: Modalità d'uso (allegato di bacino n. 20).

2) Borse di rianimazione

Contengono il materiale e i farmaci necessari per eseguire le procedure di stabilizzazione e trattamento durante il trasporto.

9. Procedura prima di partire

Eseguire i 3 punti sottoelencati:

a. Check list modulo di trasporto

Culla

- Temperatura 35°C_{co} comunque adeguata alla tipologia del trasporto (> temperatura se estremo pretermine, culla spenta se asfittico e si presume che necessiti di ipotermia)

- Sensore SpO₂
- Rimuovere il cavo di alimentazione dalla presa a muro.
- Batterie: luce verde
- Tasto TEST

Aspiratore

- Correttamente montato
- Pressione 100 mmHg
- Verifica funzionamento a batteria

Bombole

- Pressione almeno 100 atm (150-200 atm per i trasporti più lunghi per i quali è prevedibile l'uso del ventilatore)
- In caso contrario sostituire le bombole
- Riduttori ben orientati
- Jack O₂ ben inseriti
- Flussometro dell'O₂ chiuso
- Posizione sicura di tubi e raccordi
- Fissate con la vite

Ventilatore

- Circuito paziente
- Verifica funzionamento a batteria

b. Prendere la borsa di rianimazione situata nella stanza STEN

c. Prendere farmaci conservati in frigorifero nell'apposito contenitore (se ritenuto necessario).

Procedura a fine trasporto

- Spegner l'incubatrice
- Rimuovere la biancheria sporca
- Rimuovere il set tubi ventilatore, se usato
- Pulizia della culla
- Pulizia dell'aspiratore, se usato
- Ricollegare il set tubi ventilatore
- Ricollegare i tubi aspiratore
- Bombole: almeno 100 atm
- Bombole: chiuse e fissate con la vite
- Flussometro O₂: chiuso
- Ricollegare alla rete le spine della culla, ventilatore, aspiratore, pompa infusione
- Riporre il contenitore dei farmaci in frigorifero, ripristinare i farmaci usati
- Riporre la borsa nell'area adibita al trasporto
- Reintegrare la borsa del materiale usato

Sostituzione bombole O₂

- Pressione bombole nuove: almeno 100 atm
- Fissate bene: con la vite

- Manometri: ben orientati
- Jack tubi O2: ben inseriti
- Flussometro O2: chiuso
- Chiudere la bombola!

Nota bene: se viene utilizzato un farmaco stupefacente il medico e l'infermiere devono firmare il registro degli stupefacenti di scarico del reparto, anche se il neonato non viene ricoverato presso la nostra Unità operativa.

Inoltre il medico e l'infermiere devono dichiarare, firmando sullo stesso registro, il reintegro di un nuovo farmaco stupefacente nella borsa di rianimazione.

10. Riferimenti

10.1. Decreti assessoriali

- Decreto dell'Assessorato della salute del 2 dicembre 2011 "riordino e razionalizzazione della rete dei punti nascita", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 5 gennaio 2012.
- Decreto dell'Assessorato della salute del 30 aprile 2010 "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 maggio 2010.
- Decreto dell'Assessorato della salute del 26 febbraio 2015 "Riordino e razionalizzazione della rete dei servizi di trasporto emergenza neonatale (STEN) ed assistito materno (STAM)".

10.2. Riferimenti delle attrezzature

- Manuale d'uso culla da trasporto ATOM V808
- Manuale d'uso respiratore
- Manuale d'uso pulsossimetro
- Manuale d'uso aspiratore
- Manuale d'uso pompa a siringa
- Manuale d'uso misuratore pressione arteriosa incruenta
- Manuale d'uso emogasanalisi portatile
- Manuale d'uso defibrillatore manuale e semiautomatico

Nota: in caso di sostituzione o aggiunta di nuove attrezzature si farà riferimento ai rispettivi manuali d'uso, di ciò verrà data adeguata comunicazione al personale coinvolto.

10.3. Riferimenti assistenziali

- "Raccomandazioni sulla Stabilizzazione del neonato critico in attesa dell'arrivo dello STEN", a cura di M. Agosti, P. Gancia, P. Tagliabue. Linee guida della Società italiana di neonatologia.
<http://www.neonatologia.it>
- "Raccomandazioni per l'assistenza al neonato con encefalopatia ipossico-ischemica candidato al trattamento ipotermico" II edizione, a cura di G. Ancora, G. Pomero, F. Ferrari del Gruppo di studio di neurologia neonatale della Società italiana di neonatologia.

11. Archiviazione dati

I dati relativi ai trasporti vengono riportati su foglio excel ai fini statistici e per la valutazione degli indici di efficienza, efficacia e appropriatezza dello STEN, secondo i codici riportati nella legenda (allegato di bacino n. 13).

Questo documento è presente nella U.O.C. sede del Punto STEN e presso le sedi delle C.O. del 118.

Questo documento va rivisto annualmente e revisionato quando è ritenuto necessario dagli operatori secondo la procedura utilizzata per le revisioni.

La presente procedura sarà rivista non appena i cinque punti STEN saranno dotati di proprie ambulanze dedicate.

Tutti i centri trasferenti devono essere messi a conoscenza dalle direzioni sanitarie delle aziende sanitarie o presidi ospedalieri sedi dei punti STEN di tutte quelle parti del documento che riguardano la loro diretta competenza.

12. Allegati

12.1. Allegati procedura comune

- Allegato n. 1: Check list borsa di rianimazione e modulo di trasporto.
- Allegato n. 2: Modulo centro trasferente.
- Allegato n. 3: Modulo consenso informato.
- Allegato n. 4: Cartella STEN.
- Allegato n. 5: Scheda controllo scadenza presidi.
- Allegato n. 6: Atto di notorietà del genitore.
- Allegato n. 7: Scheda per trasferimento secondario con ambulanza 118 (reperibile su: "linee guida - protocolli e procedure servizio S.U.E.S. 118 - Sicilia").
- Allegato n. 8: Modalità d'uso del ventilatore (da integrare dopo l'acquisto).
- Allegato n. 9: Indicatori di efficienza, di qualità.
- Allegato n. 10: Foglio excel per archivio dati.
- Allegato n. 11: Scheda notizie telefoniche al DM di guardia dal DM del centro trasferente.
- Allegato n. 12: Numeri di telefono di riferimento dei centri STEN.
- Allegati n. 13: Allegati di bacino che saranno compilati da ogni singolo bacino.

ALLEGATO 1: CHECK LIST BORSA DI RIANIMAZIONE E MODULO DA TRASPORTO

DATA.....

FIRMA ore 8.....

BORSA		Metro	1	
Pallone Ambu e reservoir	2	Pacco guanti monouso	1	
Maschera facciale mis. 00	1	Glucosimetro	1	
mis.01	1	Strisce reattive	1 conf	
Nasocannule CPAP piccole	2	Lancette pungidito	5	
medie	2	Circuito Ventilatore	2	
grandi	2	Braccialetti press.art grandi	2	
Mascherine monouso	3	Braccialetti press.art medi	2	
Manico laringoscopio	1	Braccialetti press.art piccoli	2	
Lama retta 0	2	FARMACI		
Lama retta 1	1	Acqua distillata f. 10 ml	2	
Lampadine di riserva	2	Fisiologica f. 10 ml	2	
Batterie di riserva	2	Glucosata 33% f.10 ml	2	
Mandrino per intubazione	2	Bicarbonato f. 10 ml	2	
Lampadina tascabile	1	Calcio gluconato f. 10 ml	2	
Tubi endotracheali 2	2	K flebo 2mEq/ml f. 10 ml	2	
Tubi 2,5	2	Soluzione 7 f 10 ml	2	
Tubi 3	2	Krenosin (adenosina).	3flac	
Tubi 3,5	2	Lidocaina	1 conf	
Tubi 4	2	Dopamina.	1 conf	
Sondini per aspirazione Ch 5	2	Dobutamina (miozac)	2 flac	
Ch 8	2	Adrenalina 1:1000	1 conf	
Ch 10	2	Diazepam	1 conf	
Sondini oro-gastrici Ch 5	2	Lanoxin.	1 conf	
Ch 8	2	Lasix	1 conf	
Forbici	1	Midazolam	1 conf	
Acqua distillata 10 ml	2	Fentanest	1	
Guanti sterili 6,5 e 7,5 e 8	1+1+1	Fenobarbital	1	
Sensore SpO ₂	4	Eparina	1 conf	
SOFTA MAN 100 ML	1	Narcan	1 conf	
Cannula oro faringea piccola	1	Fisiologica 100 ml	2	
media	1	Glucosata 5% 100 ml	2	
grande	1			
Trocar toracici	2	BORSA FRIGO		
Sistema aspirazione toracico	2	Curosurf f	1 conf	
Valvola di Heimlich	2	Prostin f.	1 conf	
Kit sterile per cateterismo	1	Insulina	1 conf	
Garze sterili	6	Idrocortisone	1 conf	
Telo sterile	2	Caffeina	1 conf	
Cateteri ombelicali 3,5 Fr	3	Tranex	1 conf	
Cateteri ombelicali 5 Fr	3	Atropina	1 conf	
Bisturi	4			
Filo sutura	4	I.		
Steri Strip	4	VERIFICA MODULO ED ATTREZZATURE		
Guanti sterili 6,5- 7,5- 8	3	Bombola O2		
Camici sterili	1	Bombola Aria		
Butterfly 25 lungo	4	Ventilatore		
Deflussori	3	Aspiratore		
Stecca ferma braccio	1	Saturimetro		
Rubinetti a tre vie	4	Pompa Infusionale		
Siringhe 1 e 2,5 e 5 ml	3	Sensore temperatura corporea		
Siringhe 10 e 20 e 50 ml	2	Misuratore press. Arter.		
		Temperatura centrale Saturimetria		
Cerotto di tela	1	Emogasanalisi portatile		
Cerotto di carta	1	Defibrillatore		

COPIA
NO

**ALLEGATO 2 MODULO COMPILATO DAL MEDICO DEL PUNTO NASCITA
DA CONSEGNARE AL MEDICO DELLO S.T.E.N. (doppia copia)**

Centro trasferente				città		
Dati anagrafici del neonato				☐ M	☐ F	
Dati anagrafici della madre				Indirizzo		
Dati anagrafici del padre				recapiti telefonici		
<u>ANAMNESI OSTETRICA</u>						
Gruppo sanguigno		test di Coombs		numero precedenti gravidanze		
				esito		
Travaglio						
I giorno ultima mestruazione _____ età gestazionale _____ inizio spontaneo: SI ☐ NO ☐ durata: <12 ore ☐ 12-24 ore ☐ >24 ore ☐ febbre: NO ☐ SI ☐ durata: <12 ore ☐ 12-24 ore ☐ >24 ore ☐						
monitoraggio BCF:	nella norma ☐	Tachicardia ☐	Bradycardia ☐	Decelerazioni:	Variabili ☐	
					Precoci ☐	
					Scarsa variabilità ☐	
Rottura delle membrane spontanea	SI ☐ NO ☐	< 12 ore ☐ 12-18 ore ☐ >18 ore ☐	Liquido amniotico	Limpido ☐	Tinto di meconio ☐	
				Tinto di sangue ☐	Oligoidramnios ☐	
				TV x GBS	data	
					esito	Pos ☐
					profilassi intrapartum	Neg ☐
						Non noto ☐
		Completa ☐				
		Incompleta ☐				
		Non eseguita ☐				
				Sierologia materna		
(in particolare, HBs Ag ultimo trimestre)						
PROFILASSI MMI:	betametazone I dose		II dose			
Parto						
					Monoamniotici ☐	
					Biamniotici ☐	
Tipo di parto	Spontaneo ☐		Forcipe ☐	Vacuum ☐	TC di elezione ☐	
	Indicazioni al TC:					
	Singolo ☐	Multiplo ☐	Gemello n. _____	su tot feto _____	Monocoriali ☐	
					Bicoriali ☐	
Situazione	Longitudinale ☐	Traversa ☐	Obliqua ☐	Presentazione:	Vertice ☐	
					Faccia ☐	
					Bregma ☐	
					Fronte ☐	
					Podice ☐	
					Spalla ☐	
farmaci in travaglio	Oxitocici	☐				
	Tocolitici	☐				
	Spasmolitici	☐				
	Analgesici	☐				
	Antibiotici	☐				
	Altri	☐				

COPIA NOT

	pH arterioso		ABE		lattati	
Anestesia	NO ☐ SI ☐	Generale ☐ Epidurale ☐	Funicolo:	n° vasi: _____	Prolasso ☐ Giri ☐	Brevità ☐ Nodi ☐
Placenta	peso g: _____ aspetto: normale ☐ infartuata ☐ altro: _____					
Note						

Neonato								
inizio respiro regolare (min):.....		rianimazione primaria NO ☐ SI ☐						
		FiO2	Durata minuti	Note				
somministrazione di O2	NO ☐ SI ☐							
ventilazione a PPI con maschera	NO ☐ SI ☐							
ventilazione a PPI con tubo ET	NO ☐ SI ☐							
aspirazione endotracheale	NO ☐ SI ☐	liquido aspirato: limpido ☐ tinto ☐						
massaggio cardiaco	NO ☐ SI ☐							
farmaci ed infusioni	Dosaggio	Via di somministrazione						
INDICE DI APGAR	0	1	2	1'	5'			
frequenza cardiaca	assente	<100	>100					
movimenti respiratori	assenti	incostanti	pianto valido					
muscolare	flaccido	flessione	movimenti attivi					
naso-faringeo	assente	smorfia	tosse					
colorito	cianosi diffusa	Cianosi periferica	roseo					
TOTALE								
peso g:	centile:	emissione di meconio NO ☐ SI ☐		emissione di urine NO ☐ SI ☐				
profilassi oculare NO ☐ SI ☐	tipo:	vitamina K NO ☐ SI ☐		mg:	IM ☐ OS ☐			
temperatura rettale misurata entro la 1° ora di vita		screening metabolici NO ☐ SI ☐ data						
Assegnazione MINT score								
Peso Nascita (g)	> 750	751-1000	1001-1500	> 1500	pH	< 6,90 6,91	7,10 > 7,10	< 6,90 6,91
	5 ☐	2 ☐	1 ☐	0 ☐		10 ☐	4 ☐	0 ☐
Età (ore)	< 1 ora		> 1 ora		PaO2 mmHg o SatO2 %	<23 o <50%		>23 o >50%
	4 ☐		0 ☐			2 ☐		0 ☐
Apgar a 1'	0	1	2-3	> 3	Anomalie maggiori congenite	SI		NO
	8 ☐	5 ☐	2 ☐	0 ☐		5 ☐		0 ☐
Intubato	SI	NO			TOTALE			
	☐	☐						

DECORSO SUCCESSIVO	
problemi/esami di laboratorio e strumentali/terapie (se necessario allegare fotocopia della cartella clinica e/o altra documentazione)	

COPIA
NOTA

Indicazioni allo STEN

Pazienti con età inferiore ai 30 giorni con	Distress respiratorio, anche lieve	☐	Cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti	☐
	Peso < 1.500 g	☐	Patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali	☐
	Peso 1.500-2000 g se previsione di patologie anche lievi	☐	Malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali	☐
	Età gestazionale ≤ 34 sett.	☐	Intubati o con linee infusionali centrali	☐
	Asfissia con necessità di rianimazione avanzata	☐	Alterazione dei parametri vitali	☐

Cognome e nome del medico _____

Firma del medico _____

Allegato 3**MODULO DI INFORMAZIONE E CONSENSO AL TRASFERIMENTO
(IN DOPPIA COPIA: UNA PER LO STEN, UNA PER IL CENTRO TRASFERENTE)**

Il sottoscritto
nato a il
La sottoscritta
nato a il
genitori di nato a il
ricoverato dal presso
dichiariamo di essere stati compiutamente informati dal dott.
che si rende necessario procedere al trasferimento del figlio presso il Presidio ospedaliero
di U.O. di
per

A questo proposito sono stati rappresentati i potenziali rischi connessi alla fase di trasferimento, inclusi quelli derivanti dal ricorso al mezzo di trasporto che verrà utilizzato ed i rischi che potrebbero derivare a nostro figlio se non lo si sottoponesse al trasferimento. Tali rischi oltre ad essere legati ad eventuali incidenti automobilistici, sono correlati alle difficoltà logistiche dovute ad eventuali procedure terapeutiche indifferibili ed urgenti che si rendessero necessarie durante il trasferimento, che andranno eseguite in spazi ristretti all'interno della autoambulanza.

Abbiamo quindi compreso l'effettiva ragione di tale provvedimento avendo ottenuto un quadro completo e del tutto esauriente della situazione ed avendo ricevuto esaustive e comprensibili risposte alle domande.

Consapevoli anche dei rischi e delle difficoltà derivanti dall'eventuale rifiuto al trasferimento ed ai rischi correlati al restare in un Presidio Ospedaliero non fornito, o non avente disponibili in atto attrezzature e tecnologie necessarie per garantire gli accertamenti diagnostici e/o la cura ottimale di nostro figlio.

Quindi liberamente, spontaneamente e in piena coscienza:

ACCONSENTIAMO

NON ACCONSENTIAMO

al trasferimento

Luogo e data:

Il padre

La madre

Il medico

Nel caso in cui si verifichino le condizioni definite dall'art. 316 e/o 317 codice civile il consenso viene sottoscritto da un solo genitore

Il genitore

N.B. Allegare dichiarazione sostitutiva atto di notorietà e copia documento di identità

ALLEGATO N 4 CARTELLA STEN

FOGLIO DI TRASPORTO												
C. Trasferente		istituto:				reparto:			medico:			
C. Ricevente		istituto:				reparto:			medico:			
chiamata dal centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	disponibilità posto letto	giorno	mese	anno	ora	min.	
Targa mezzo:						identificativo incubatrice:						
medico:		infermiere:				autista:			barelliere:			
partenza per il centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro trasferente	giorno	mese	anno	ora	min.	
sanitario presente al centro trasferente:		pediatra	☐	condizioni del neonato: discrete ☐ mediocri ☐ gravi ☐ critiche ☐ deceduto ☐								
		altro	☐									
problemi rilevati	all'arrivo al centro trasferente											
	dopo stabilizzazione											
	all'arrivo al centro ricevente											
orientamento diagnostico dello STEN:												

procedure effettuate dallo STEN	FIO ₂	ventilazione manuale	nCPAP	intubazione O.T./ N.T.	ventilazione meccanica	bronco-aspirazione	cateterismo v.o.	acc. vasc. v. periferica	infusione S.G. ☐ S.F. ☐	drenaggio PNX
al Centro trasferente										
durante il trasporto										

terapie effettuate dallo STEN	surfattante	NaHCO ₃	bolo sol. glucosata	PGE1	fenobarbitale	adrenalina
orario di somministrazione dosaggio						

parametri rilevati	temperatura esterna	temperatura incubatrice	temperatura rettale	glicemia	P.A.	pH	PO ₂	PCO ₂	EB	HCO ₃
all'arrivo al CT										
dopo stabilizzazione										
all'arrivo al CR										

parametri rilevati	FC	FR spontanea	SeO ₂	Ti/Te	PIP	CPAP/ PEEP	Flusso	Frequenza respiratore	Indagini strumentali
all'arrivo al CT									
dopo stabilizzazione									
all'arrivo al CR									

COPIA NON

partenza per il centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.	arrivo al centro ricevente	giorno	mese	anno	ora	min.

condizioni del neonato: migliorate ☐ Invariate ☐ peggiorate ☐ deceduto ☐

Assegnazione TRIPS score

Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente	Parametri	TRIPS	Arrivo centro trasferente	Arrivo centro ricevente
Temperatura (°C)				PAs mmHg			
< 36.1 o > 37.6	8			PAs < 20	26		
36.1 – 36.5 oppure 37.2 – 37.6	1			PAs 20 – 40	16		
36.6– 37,1	0			PAs > 40	0		
Stato respiratorio				Risposta agli stimoli dolorosi			
Severo (apnea, gasping, intubato)	14			Nessuna, convulsioni, curarizzazione	17		
Moderato (Fr > 60 e/o SatO2 < 85%)	5			Risposta letargica, pianto assente	6		
Normale (Fr < 60 e/o SatO2 > 85%)	0			Risposta vigorosa, pianto	0		
				TOTALE TRIPS			

NOTE ED EPICRISI

Data _____

Cognome e nome del medico _____ Firma del medico _____

Cognome e nome dell'infermiere _____ Firma dell'infermiere _____

Cognome e nome del medico centro ricevente _____ Firma del medico ricevente _____

COPIA TR
NON VA

Allegato n. 5

CONTROLLO SCADENZA FARMACI

STEN
CONTROLLO SCADENZE

ANNO

1. La scadenza dei farmaci e dei presidi va effettuata ogni primo del mese dall'infermiere del turno di mattina.
2. Ripristinare dopo il trasporto i farmaci e i presidi utilizzati.

Data	Firma infermiere
1 gennaio	
1 febbraio	
1 marzo	
1 aprile	
1 maggio	
1 giugno	
1 luglio	
1 agosto	
1 settembre	
1 ottobre	
1 novembre	
1 dicembre	

Nota bene: le fiale di adrenalina vanno sostituite ogni 1° del mese.

Allegato n. 6

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ

Art. 47 D.P.R. 18 dicembre 2000, n. 445

Io sottoscritto/a nato/a a il
residente a via n. consapevole
delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la mia personale responsabilità,

DICHIARO

- 1) di essere genitore del minore nato/a a il
- 2) di essere stato/a informato/a delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, unite in allegato (norme della Costituzione, del codice civile e codice penale).
- 3) che il mio stato civile è il seguente:
☐ coniugato/a ☐ vedovo/a ☐ separato/a ☐ celibe/nubile
☐ divorziato/a, in situazione di: ☐ affidamento congiunto ☐ genitore affidatario ☐ genitore non affidatario
- 4) che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del C.C., l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per:
☐ lontananza
☐ impedimento
- 5) che, ai fini dell'applicazione della legge del 8 febbraio 2006, n. 54 - Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:
☐ che il sottoscritto esercita la potestà separatamente
- 6) altro:

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data: Firma per esteso leggibile

(art. 38 T. U. sulla documentazione amministrativa - D.P.R. n. 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto

(Timbro e firma del dipendente addetto)

Presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità

11) INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 13 d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). I dati personali raccolti ai fini del presente procedimento amministrativo saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente a tale scopo dall'AS titolare del trattamento.

INFORMAZIONE AI GENITORI per l'espressione del consenso alle prestazioni sanitarie per i figli minori di età secondo il codice civile la potestà sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 2, C.C.) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla potestà. Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di un solo genitore in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 C.C.). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

CODICE CIVILE - Art. 155 (provvedimenti riguardo ai figli): Anche in caso di separazione personale dei genitori il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun genitore. Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa. Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quali di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il

modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole. La potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori.

Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice. Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la potestà separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al reddito; *omissis*

Art. 316 (esercizio della potestà dei genitori): Il figlio è soggetto alla potestà dei genitori sino all'età maggiore o alla emancipazione (2, 390). La potestà è esercitata di comune accordo da entrambi (155, 317, 327, 343) i genitori. In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei.

Se sussiste un incombente pericolo di grave pregiudizio per i figli, il padre può adottare i provvedimenti urgenti ed indifferibili (322). Il giudice, sentiti i genitori e il figlio, se maggiore degli anni quattordici, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio. Art. 317 (impedimento di uno dei genitori): Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della potestà, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro. La potestà comune dei genitori non cessa quando, a seguito di separazione, di scioglimento, di annullamento o di cessazione degli effetti civili del matrimonio, i figli vengono affidati ad uno di essi. L'esercizio della potestà è regolato, in tali casi, secondo quanto disposto nell'art. 155.

Allegato n. 7

SCHEMA TRASFERIMENTO SECONDARIO CON AMBULANZA 118

Suppl. ord. alla GAZZETTA UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA (p. I) n. 24 del 21-5-2010 (n. 22)

47

REPUBLICA ITALIANA
Regione Siciliana

Assessorato alla Sanità

**ALL'ATTENZIONE DEL DIRETTORE DEL
SERVIZIO DI URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118**
Centrale Operativa 118 di

SCHEMA PER TRASFERIMENTO SECONDARIO CON AMBULANZA 118

Data Ora N° Scheda

Ospedale di partenza Reparto

Medico richiedente Telefono e Fax

Ospedale di arrivo Reparto

Medico accettante Telefono e Fax

PAZIENTE

Cognome Nome Nato a Sesso M/F

Cittadinanza Residenza

Codice fiscale

Diagnosi

Motivazioni per il trasporto in Ambulanza 118

Documentazione diagnostica e clinica allegata

Sintesi delle condizioni cliniche:

A	Pericli	☐ sì ☐ no	INT.	☐ sì ☐ no	IOT.	Tachico	☐ sì ☐ no	Altro				
B	SpO2		ETCO2		pH		Spont.		I.P.P.V.	☐ sì ☐ no		
C	Press.Art.		R.V.C.		Acc. Ven.C.	☐ sì ☐ no	Acc. Ven.P.	☐ sì ☐ no	N° Accessi			
D	C.G.S.	E-	V-		M-	Tot.			Isocoria	☐ sì ☐ no	Anisocoria	☐ sì ☐ no
SNG	☐ sì ☐ no				T.C.				Canetere vescicale	☐ sì ☐ no		

Presidi di immobilizzazione
Sedazione NO
SI

Tempo

Firma del medico richiedente

Allegato n. 8

MODALITÀ D'USO DEL VENTILATORE

Il presente manuale sarà redatto al momento dell'acquisizione del modello di ventilatore in uso.

Allegato n. 9

INDICATORI DI EFFICIENZA E DI QUALITÀ

A) *Efficienza dello STEN*

Standard operativi di efficienza stabiliti dal Gruppo di studio per il trasporto neonatale di emergenza della Società italiana di neonatologia.

- Tempo di attivazione: tra la richiesta di intervento e la partenza del team, deve essere ≤ 30 minuti nel 75% dei trasporti.
- Tempo di trasporto: tra la richiesta e l'arrivo del neonato al centro di destinazione (escluso il tempo per la stabilizzazione), deve essere ≤ 120 minuti nel 75% dei trasporti.
- Tempo di riattivazione: tra trasporto completo e la disponibilità a ripartire, deve essere ≤ 180 minuti nel 75% dei trasporti.

B) *Qualità del servizio:*

1) Definizione e registrazione degli indici di gravità per singolo trasporto

Contribuiscono a definire i livelli di gravità:

- il peso alla nascita basso o estremamente basso (VLBW e ELBW);
- il livello di assistenza del punto nascita;
- il tempo tra la chiamata dal punto nascita all'arrivo del neonato presso la struttura di ricovero di adeguato livello (distanza geografia e viabilità);
- modalità di assistenza respiratoria.

i. Numero trasporti in un anno con dettaglio per centro trasferente

ii. Appropriatazza della attivazione del servizio

Dimensione della qualità	Fattore qualità	Indicatore	Standard
Professione	Attivazione appropriata dello STEN	N. trasporti appropriati / N. trasporti	100%

Allegato n. 10

LEGENDA CODICI PER FOGLIO ARCHIVIAZIONI DATI EXCEL

Codice punti nascita

UTIN

- 1 Bucchieri UTIN
- 2 Cervello UTIN
- 3 Civico UTIN
- 4 Ingrassia UTIN
- 5 Policlinico Palermo UTIN
- 6 Ospedale Trapani UTIN
- 7 Enna UTIN
- 8 Agrigento UTIN
- 9 Messina AOUP G. Martino UTIN
- 10 Messina Papardo/Piemonte UTIN
- 11 Patti (ME) UTIN
- 12 Catania AOUP "S. Bambino" UTIN
- 13 Catania Cannizzaro UTIN
- 14 Catania Arnas Garibaldi UTIN
- 15 Caltagirone CT UTIN
- 16 Siracusa UTIN
- 17 Ragusa UTIN
- 18 Catania AOUP "Rodolico"

NEONATOLOGIE PUBBLICHE

- 21 Corleone
- 22 Partinico
- 23 Petralia
- 24 Termini Imerese
- 25 Castelvetro
- 26 Marsala
- 27 Pantelleria
- 28 Nicosia
- 29 Caltanissetta
- 30 Mussomeli
- 31 Gela
- 32 Canicattì
- 33 Sciacca
- 34 Messina Papardo/Piemonte
- 35 Taormina Ospedale San Vincenzo
- 36 Mistretta
- 37 Sant'Agata Militello
- 38 Lipari
- 39 Catania AOUP "Rodolico"
- 40 Biancavilla

- 41 Acireale
- 42 Bronte
- 43 Lentini
- 44 Avola
- 45 Modica
- 46 Vittoria Catania AOUP "S. Bambino" UTIN
- 47 Caltagirone
- 48

Punti nascita privati

- 60 CDC Candela Palenno
- 61 CDC Triolo Zanca Palenno
- 62 CDC Villa Serena Palenno
- 63 CDC Sant'Anna Trapani
- 64 CDC Falcidia Catania
- 65 CDC Gibiino Catania
- 66 CDC Grotter/Lucina Catania
- 67
- 68 CDC Ignazio Attardi Santo Stefano di Quisquina (AG)

Preparti specialistici

- 80 ISMETT
- 81 Cardio-Chirurgia Taonnina
- 82 Rianimazione Osp. Bambini Palermo
- 83 Chirurgia Osp. Bambini Palermo
- 84 Cardiologia Osp. Bambini Palermo
- 85 Otorino Osp. Bambini Palermo
- 86 NPI Osp. Civico Palermo
- 87 Chirurgia Policlinico Palermo
- 88 Chirurgia Osp. di Trapani
- 89 Cardiologia Taormina
- 90 Chirurgia pediatrica AOU G. Martino Messina
- 91 Neuro chirurgia pediatrica AOU G. Martino Messina

Porti aeroporti elipiste

- 110 Elipista Palermo
- 111 Aeroporto Palermo
- 112 Elipista Birgi Trapani
- 113 Porto Trapani
- 114 Elipista AOU G. Martino Messina
- 115 Elipista Patti
- 116 Porto Milazzo

Provenienza altre regioni

200 Codice unico

- A) Codice centro STEN: Catania 1; Enna 2; Messina 3; Palermo 4; Patti 5
- B) Iniziali bambino Cognome nome
- C) Sesso M/F
- D) Gemellarità se no 1; se si 2-3-4 secondo numero gemelli
- E) Data di nascita gg/m/a (2 gennaio 2015)
- F) Data trasporto gg/m/a (2 gennaio 2015)
- G) Età in gg. compiuti (se meno di 24 ore non segnare o segnare 0)
- H) Età in ore compiute (se meno di un giorno)
- I) Nato chiamata in minuti
- J) Feriale giorno 1; Festivo giorno 2; Notte feriale 3; Notte festiva 4
- K ed L) codici delle sedi vedi legenda a parte
- M) ATTIVAZIONE: chiamata-partenza
- N) ATTESA: chiamata-arrivo centro trasferente
- O) STABILIZZAZIONE: arrivo-partenza da centro trasferente
- P) PERCORRENZA: partenza da centro trasferente - arrivo a centro ricevente
- Q) Tempo chiamata-arrivo al centro ricevente meno tempo di stabilizzazione (somma di N+P)
- R) TOTALE: chiamata-arrivo a centro ricevente (somma di N+O+P)
- S) Da centro STEN A centro STEN: partenza dal centro STEN - ritorno al centro STEN (tempo che la équipe sta fuori). Tutti i tempi espressi in minuti
- T) Tipo di parto vaginale eutocico 1; cesareo 2; vaginale distocico 3; applicazione di forcipe 4; applicazione di ventosa 5
- U-V-W) Apgar
- X) peso espresso in grammi (indicare quello al momento del trasporto)
- Y) Età gestazionale settimane virgola gg. (30,3)
- Z) Patologia della gravidanza (inserire successivamente leggenda identificativa)
- AA) Steroidi non eseguiti =; una dose sola 1; due dosi 2
- AB) Tipologia del trasporto
 - 1) distress respiratorio, anche lieve
 - 2) peso < 1.500 g.
 - 3) peso 1.500-2000 g. se previsione di patologie anche lievi
 - 4) età gestazionale ≤ 34 settimane
 - 5) asfissia con necessità di rianimazione avanzata
 - 6) cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti
 - 7) patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali
 - 8) malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali
 - 9) intubati o con linee infusionali centrali
 - 10) alterazione dei parametri vitali

AC) NOTE

1	ASSENZA POSTI
2	CHIRURGICO
3	CARDIO-CHIRURGICO
4	NEURO-CHIRURGICO
5	ROP LASER
6	CONSULENZA
7	IMPROPRIO
8	ALTRO
9	Ipert. polm.
10	BACK

AD) Punteggio MINT

AE) Ventilazione punto nascita: Solo ossigeno 1; Pallone ambu 2; Nasal PTC 3; T-Piece 4; Ventilazione meccanica 5

AF-AK) vedi tabella

	Intubazione	CPAP	O2	Surfattante	Infusione	Farmaci
Conferma	1	1	1	1 (centro nascita)	1	1
Esegue	2	2	2	2 (STEN)	2	2
no	3	3	3	3	3	3
corregge	4	4 leva	4		4 leva	4 leva

AL-AM) Saturazione Art di O2 in % pre STEN e durante STEN

AN-AO) FiO2 espressa in % (aria: 21) pre STEN e durante STEN

AP) EGA Cap 1; Arterioso 2; Venoso 3

AQ-AV) Valori da EGA con uso della virgola pre STEN

AW-AX) Punteggio TRIPS pre STEN e fine STEN

AY) SARNAT 1 Normale; 2 Lievemente modificato; 3 Medio; 4 Grave

AZ) Ipotermia si/no

BA-BG) Valori da EGA con uso della virgola post STEN

BH) Nato a: inserire solo se diverso dal punto di prelievo del neonato (ovvero prelevato dalla elipista di Palermo ma nato ad Agrigento o altro) in questo caso indicare il codice "110" alla voce "K" ma indicare qui il punto nascita Agrigento codice "8"

BI) Note (per esempio "rendez vous") o altro

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

**ALLEGATO 11 SCHEDA NOTIZIE TELEFONICHE RACCOLTE DAL D.M. DI GUARDIA
DELLA TIN SEDE DI STEN DAL D.M. DEL CENTRO TRASFERENTE**

MOTIVO TRASPORTO	FIRMA	DATA E ORA RICHIESTA DEL 118

COGNOME NOME	DATA NASCITA	PESO g	E. G.

MOTIVO TRASPORTO	PROVENIENZA	DESTINAZIONE

INTUBAZIONE	CPAP	SOLO O ₂	INFUSIONE	Punteggio MINT	Se asfissia SARNAT
SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐		

Note condizioni cliniche:

MEDICO STEN DI RIFERIMENTO	DATA E ORA DI TRASFERIMENTO DELL'INFORMATIVA

ALLEGATO N.12 NUMERI DI TELEFONO DI RIFERIMENTO DEI CENTRI STEN

CENTRO STEN	TELEFONO 1	CELLULARE 1	CELLULARE 2	PUNTO -PUNTO
PALERMO	0916802863/57			
CATANIA				4455
MESSINA PATTI	0941 244285			
MESSINA POLICL	090 2212132/33			
ENNA	0935 516224/1			

Allegato n. 13

ALLEGATI BACINO DI UTENZA

Allegato n. 13.0: Individuazione dei centri nascita della provincia afferenti agli STEN di Messina e Patti.

Allegato n. 13.1: Punto prestabilito presso la sede del punto STEN dove l'ambulanza del 118 arriva, in seguito alla attivazione del servizio, per caricare il modulo di trasporto, il medico e l'infermiere dello STEN.

Allegato n. 13.2: Numeri di telefono centro STEN di riferimento, ospedali e case di cura del bacino di utenza.

Allegato n. 13.3: Modalità particolari di attivazione del servizio determinate da differenti condizioni orografiche e di percorrenza del territorio.

Allegato n. 13.4: Modalità d'uso del pulsossimetro.

Allegato n. 13.5: Modalità d'uso dell'aspiratore.

Allegato n. 13.6: Modalità d'uso pompa a siringa.

Allegato n. 13.7: Modalità d'uso misuratore pressione arteriosa incruenta.

Allegato n. 13.8: Modalità d'uso emogasanalisi portatile.

Allegato n. 13.9: Modalità d'uso defibrillatore manuale e semiautomatico.

Allegato 2

PROCEDURA OPERATIVA
RETE DEI SERVIZI DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO STAM

Servizio di trasporto assistito materno (STAM)

PROCEDURA OPERATIVA

1) **Premessa**

Lo STAM, servizio di trasporto assistito materno o trasporto in utero è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure a maggior livello di complessità per patologie materne fetali o entrambe. Ne usufruiscono la gestante ed il feto che, stabilizzati, necessitano di trasferimento in ambiente specialistico per il completamento delle cure.

Il sistema di trasferimento in emergenza della gestante con gravidanza a rischio, che richiede assistenza di un livello superiore (HUB), non erogabile nel punto nascita di ricovero (SPOKE), è stato indicato quale uno degli strumenti irrinunciabili per la migliore assistenza alla gestante.

La presente procedura non riguarda il caso di trasporto materno in emergenza di cui usufruiscono la gestante ed il feto in condizioni critiche che necessitano di trasferimento urgente per necessità diagnostiche e/o terapeutiche, non disponibili nella struttura sanitaria che li ha accolti. Per tali casi il trasferimento deve avvenire presso il centro di II livello più vicino. Tale trasferimento deve essere attuato con personale, mezzi ed attrezzature delle strutture trasferenti.

In subordine, qualora la struttura trasferente, sia priva dell'ambulanza, con ambulanza del 118 di tipo MSB (con autista/soccorritore).

Il sistema mira ad ottenere un collegamento funzionale tra strutture di diverso livello (HUB e SPOKE), in modo da erogare le cure ostetriche e perinatali appropriate secondo il livello di necessità, rispettando i principi di appropriatezza, di utilizzo ottimale delle risorse, e della sicurezza materno/fetale.

L'attuazione del servizio di trasporto assistito materno è assicurato dal centro HUB di riferimento con ambulanze e personale del centro HUB stesso.

Le strutture ospedaliere HUB riceventi sono i seguenti:

Sicilia occidentale

- Centro STAM - Azienda ospedaliera Villa Sofia-Cervello di Palermo - P.O. Cervello
- Centrale operativa Sues 118 Palermo

Sicilia centrale

- Centro STAM - Azienda sanitaria provinciale di Enna - P. O. Umberto I
- Centrale operativa Sues 118 Caltanissetta

Sicilia orientale

- Centro STAM - AUOP di Catania - P.O. Santo Bambino
- Centrale operativa Sues 118 di Catania
- Centro STAM - ASP di Messina - P.O. Barone Romeo di Patti
- Centrale operativa Sues 118 di Messina
- Centro STAM - AUOP di Messina - P.O. G. Martino di Messina
- Centrale operativa Sues 118 di Messina

Le strutture SPOKE invianti sono tutti i punti nascita pubblici e privati non HUB.

2) **Scopi**

Scopo del presente documento è uniformare e definire l'organizzazione del servizio di trasporto dello STAM della gestante con gravidanza a rischio in relazione a:

- responsabilità degli operatori sanitari coinvolti,
- procedure di attivazione ed utilizzo;
- attrezzature e presidi utilizzati;
- modalità di monitoraggio.

3) **Campo di applicazione**

La presente procedura deve essere applicata dal personale dei centri HUB e SPOKE della Regione siciliana.

4) **Terminologie e abbreviazioni**

STAM: Servizio trasporto assistito materno
SUES: Servizio emergenza urgenza sanitaria

5) **Modalità operative**

La presente procedura fa riferimento al trasporto STAM.

Questa procedura non va attivata di fronte ad un elevato rischio di parto imminente.

5.1) *Indicazioni*

Le situazioni che impongono lo STAM sono:

- 1) elevato rischio di parto prematuro (considerando anche il sanguinamento da placenta previa) in:
 - gravidanze con epoca gestazionale > 23+0 settimane e fino a 33+6;
- 2) feto con grave ritardo di crescita < 5° percentile;
- 3) feto con cardiopatia complessa;
- 4) feto con malformazioni complesse necessitanti correzione chirurgica immediata;
- 5) elevato rischio materno (rischio materno dominante rispetto a quello fetale) con necessità di cure alla madre o per patologie complesse che necessitino la presenza di particolari competenze specialistiche di livello superiore (nefropatie, diabete scompensato, alloimmunizzazione RH, ipertensione grave, sepsi, preeclampsia grave, ecc.).

5.2) *Controindicazioni:*

- epoca gestazionale < 23+0 settimane;
- condizioni materne non stabilizzate;
- condizioni fetali di gravità tale da richiedere un parto immediato;
- condizioni meteorologiche sfavorevoli.

5.3) *Responsabilità e attività*

Direttore U.O. HUB	Ha la responsabilità oggettiva e di verifica dell'applicazione della procedura ciascuno per la propria competenza.
Dirigente medico	Dispone ed effettua il trasferimento secondo i criteri individuati nella procedura.
Caposala	Coordina le attività attraverso la gestione delle risorse umane e materiali degli approvvigionamenti, delle informazioni e comunicazioni. Effettua il controllo e la verifica dei processi. Delega le attività in caso di assenza.
Ostetrica	Controlla la dotazione e la funzionalità degli apparecchi elettromedicali, dei presidi sanitari e dei farmaci necessari al trasferimento. Effettua il trasferimento secondo i criteri individuati nella procedura.
Autisti	Curano la manutenzione ordinaria, preventiva e la pulizia dei veicoli e dei presidi ivi contenuti, effettuano attività di controllo e verifica sulle apparecchiature e attrezzature in dotazione alle ambulanze.

5.4) *Organizzazione, per il trasporto*

- Il trasferimento avviene da un centro di I livello ad uno HUB di II livello.
- La decisione di effettuare un trasferimento è assimilabile a qualsiasi altra scelta terapeutica o diagnostica, e, quindi, come tale, necessita di adeguata informazione alla paziente con acquisizione di un formale consenso.
- Il sanitario che decide il trasferimento della madre con il feto in utero è il medico di servizio in una U.O. ostetrica. Oltre a riconoscere le patologie emergenti materne e fetali e le conseguenti esigenze di cura, egli deve conoscere capacità e limiti della struttura in cui opera.
- Ogni qual volta, il medico ginecologo ritiene essere presenti le indicazioni per trasferire una paziente con feto in utero, deve contattare il centro HUB di riferimento e coordinarsi con il medico dell'U.O. ricevente. Nella richiesta vanno descritte le condizioni della gestante ivi incluse quelle sulla stabilizzazione.
- Il trasferimento è un atto che necessita di consenso. La gestante deve essere informata in modo comprensibile ed esauriente sulle motivazioni che indicano il trasferimento a un centro di livello perinatale superiore, sui benefici e sui rischi, sulla destinazione e sulle modalità di trasporto. Il consenso informato al trasferimento è parte integrante della documentazione sanitaria che segue la gestante.
- Il ginecologo di servizio dell'U.O. trasferente deve mettere in atto tutte le misure diagnostiche e terapeutiche per definire le:

condizioni materne

- visita ostetrica;
- esami ematochimici;
- misurazione della P.A.;
- ECG;
- controllo della diuresi;

condizioni fetali

- ecografia;
- cardiotocografia;

misure terapeutiche per stabilizzare le condizioni cliniche della gestante

- tocolisi;
- controllo della P.A.;
- terapia antibiotica;
- usare gli schemi di profilassi (antibiotici e corticosteroidi) secondo le raccomandazioni di assistenza in uso nell'U.O. e quanto altro ritenuto necessario.

Se l'intervallo fra l'attivazione della procedura e la realizzazione del trasferimento è lungo è opportuno monitorizzare le condizioni materne fetali e verificarle al momento del trasferimento al fine di definire la stabilità clinica e la trasferibilità della madre e del feto.

La donna è trasferibile in assenza di elementi che facciano considerare imminente il parto o in assenza di patologie (emorragia in atto, sofferenza fetale acuta etc.) che richiedano l'espletamento urgente del parto. In questi casi è preferibile richiedere l'intervento dello STEN, espletare il parto, assistere la madre, prestare le prime cure al neonato e poi affidarlo allo STEN.

La documentazione del medico che dispone il trasferimento madre-feto deve essere accompagnata da una scheda che comprenda i seguenti dati:

- dati anagrafici del paziente;
- storia personale ed ostetrica;
- condizioni critiche;
- esami ematochimici;
- referto dell'ecografia ostetrica e della cardiotocografia;
- attività terapeutiche e profilattiche messe in atto;
- nome del medico che dispone il trasferimento;
- nome del medico accettante e telefono diretto;
- copia della documentazione clinica;

All'arrivo della gestante all'HUB di riferimento il medico accettante dovrà controfirmare il modulo di trasferimento.

5.5) *Personale coinvolto per il trasporto:*

- Il personale coinvolto è costituito dall'ostetrica e dal ginecologo.

5.6) *Check list per il trasporto (responsabilità del medico inviante):*

- assicurarsi della corretta identificazione della madre e valutare le condizioni materne e fetali;
- contattare il medico che riceverà la paziente per informarlo sulle condizioni della paziente stessa e pianificare il trasporto;
- discutere la situazione con la paziente e la sua famiglia, fornendo informazioni sul centro dove sta per essere trasferita;

- acquisire consenso informato;
- determinare il tipo di trasporto più indicato;
- valutare quali figure di accompagnamento si rendano necessarie;
- fornire al personale che accompagnerà la paziente le istruzioni relative all'assistenza nel trasporto;
- fornire tutta la documentazione appropriata, compresa la fotocopia della cartella clinica,
- garantire la disponibilità di un accesso venoso;
- garantire che la paziente sia tenuta digiuna prima e durante il trasporto;
- verificare che tutto l'equipaggiamento di emergenza sia funzionante;
- prima del trasporto valutare e annotare:
 - segni vitali;
 - BCF;
 - stato delle membrane;
 - presentazione;
 - dilatazione cervicale;
 - contrazioni uterine;
- usare sempre i dispositivi universali di protezione individuale.

5.7) Gestione durante il trasporto:

- posizionare la donna sul lato sinistro per diminuire il rischio di ipotensione supina;
- monitorare regolarmente i segni vitali mediante trasduttore ad ultrasuoni (se necessario fermare l'ambulanza);
- se necessario somministrare ossigeno;
- documentare ogni valutazione e ogni farmaco somministrato;
- all'arrivo, rivalutare i segni vitali e dare le consegne della paziente al personale ricevente;
- se il parto si verifica in ambulanza occorre:
 - 1) clampare il funicolo ombelicale con due pinze a circa 3-4 cm dall'ombelico e recidere il funicolo tra le due pinze;
 - 2) asciugare il neonato e tenerlo al caldo per prevenire l'ipotermia;
 - 3) se necessario iniziare le manovre rianimatorie;
 - 4) valutare il punteggio di APGAR, 1 e 5 minuti;
 - 5) dopo il parto e prima del secondamento, somministrare 5 unità di ossitocina i.m. alla madre, annotando l'ora e la dose;
 - 6) valutare i segni vitali materni e assicurarsi che l'utero sia contratto;
 - 7) annotare le procedure adottate per il parto, sesso e punteggio di APGAR;
 - 8) raggiungere l'ospedale di riferimento.

RICHIESTA AMBULANZA

Prot. n.

Alla direzione sanitaria
All'U.O. di pronto soccorso
SEDE

U.O.		Data
Cognome e nome del paziente		
Data di nascita		C.C.N.
Ospedale di destinazione		
Medico della struttura accettante contattato		
Medico che accompagna		
Ostetrica che accompagna		

Trasferimento richiesto in¹

Emergenza	
Urgenza	Indicare data e ora:
Elezione	Indicare data e ora:
Consulenza	Indicare data e ora:
Diagnosi	
Motivazioni del trasporto	☐ Necessità di eseguire consulenze, indagini diagnostiche o terapie particolari: ☐ Carenza di posti letto nel P.O. ☐ Trasferimento in ospedali competenti per specialità

Firma e timbro del medico richiedente

.....

¹ Barrare con una crocetta la modalità di trasferimento più appropriata.

MODULO PER IL TRASFERIMENTO IN UTERO

U.O. Ostetricia e Ginecologia

Ospedale di

Paziente

Cognome Nome Data di nascita

Ricoverta dal: Ore: Trasferita ore:

U.M. Epoca gestazionale

Motivo del trasferimento

Anamnesi

Condizioni al momento del trasferimento

Visita ostetrica:

P.A.

Cardiotocografia: acclusa ☐ non acclusa ☐Ecografia: acclusa ☐ non acclusa ☐Indagini di laboratorio: acclusi ☐ non acclusi ☐

Hb	Glic.	Proteinemia	HIV
Ht	Azot	Proteinuria	HBsAG
Plt	Uric.	PCE	HCV
TP	GOT	ND	RW
TTP	GPT	ECG	
Fibrin.	Bil.	Tampone	

Terapia in corso

Farmaco	Via di somministrazione	Dosaggio

Profilassi RDS Farmaco

1^a dose data ora 2^a dose data oraAllegata fotocopia cartella clinica si ☐ no ☐

Mezzo di trasporto:

Equipe di assistenza durante il trasporto (nome/i operatore/i):

Trasferimento effettuato previo accordo telefonico con (indicare medico del centro ricevente):

Dott. in data

Medico trasferente: Firma

Reperibile al numero tel.

Condizioni durante il trasporto

Ora di arrivo al centro ricevente

Firma operatore che ha assistito la paziente durante il trasporto

A cura del centro ricevente

In data alle ore il dott.

accompagna la paziente presso il nostro reparto.

All'accoglienza viene effettuato il triage e successivo ricovero dal dott.

Si consegna al medico accompagnatore copia del triage.

CONSENSO INFORMATO PER IL TRASFERIMENTO DALL'U.O.

All'U.O. di ostetricia e ginecologia

Io sottoscritta

Cognome nome

nata il a

Dichiaro di essere stata informata della situazione clinica della mia gravidanza caratterizzata da:

☐ acconsento al trasferimento che mi è stato proposto☐ non acconsento al trasferimento

La mia firma attesta che:

- ho capito quali sono i problemi venutisi a creare a carico della mia gravidanza
- ho avuto tutte le informazioni che desideravo ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

Data Firma

(2015.20.1186)102

DECRETO 6 maggio 2015.

Piano annuale controlli analitici anno 2015.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n.30;

Vista la legge regionale 12 maggio 2010, n.12;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Visto l'art. 8 del d.lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni con il quale:

– al comma 1 viene stabilito l'obbligo da parte della Regione e delle aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dai soggetti produttori pubblici e privati;

– al comma 3 si attribuisce alla Regione la definizione delle regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni;

– al comma 4 si stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;

Visto l'art.79, comma 1-septies, del D.L. n. 112/2008 convertito con la legge n. 133/2008, che modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2, della legge n. 388/2000;

Visto il D.M. 10 dicembre 2009 "controlli sulle cartelle cliniche" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 27 maggio 2010, n. 122;

Considerati gli adempimenti previsti dal questionario LEA, di cui alla lettera am;

Visto il D.A. n. 496 del 13 marzo 2013, che approva le "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n.16 del 29 marzo 2013 e il D.A. n.1534 del 22 agosto 2013 "integrazione e modifiche al decreto 13 marzo 2013, concernente le linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche del sistema sanitario regionale", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 41 del 6 settembre 2013;

Considerata l'esperienza e i risultati derivanti dalle attività di controllo svolte ai sensi del PACA 2012 – 2013, di cui al D.A. n. 496 del 13 marzo 2013, e del PACA 2014 di cui al D.A. n. 578 del 7 aprile 2014, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n.16 del 18 aprile 2014;

Considerate le risultanze della riunione del Comitato regionale controlli appropriatezza svolta il 17 dicembre 2014;

Considerata la necessità di approvare il "Piano annuale controlli analitici - 2015" al fine di ottemperare agli adempimenti normativi;

Decreta:

Art. 1

È approvato il "Piano annuale controlli analitici -

2015" (Allegato 1) che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del presente decreto che saranno oggetto di valutazione per i direttori generali e di revisione dell'accordo contrattuale per le aziende sanitarie private accreditate.

Art. 3

Il presente decreto è trasmesso al responsabile del procedimento di pubblicazione dei contenuti nel sito istituzionale, ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione *on line* e alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Art. 4

Il presente decreto entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione.

Palermo, 6 maggio 2015.

BORSELLINO

Allegato

PIANO ANNUALE CONTROLLI ANALITICI ANNO 2015

1. Obiettivi regionali

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del presente piano, che contiene gli elementi minimi ed obbligatori per l'esecuzione dei controlli analitici sulle cartelle cliniche. Nell'anno 2015 devono essere perseguiti almeno i due seguenti obiettivi:

Obiettivo 1 (controlli tipo C)

I Controlli analitici casuali ai sensi dell'art. 79 comma 1 septies legge n. 133 del 6.08.2008 devono essere effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche.

Tale campione, definito tipo "C", deve essere:

- casuale
- stratificato per singolo Presidio
- stratificato per tipologia di fenomeni a rischio di comportamento opportunistico associando un solo criterio di selezione tra i fenomeni riportati al paragrafo 6.

Questo tipo di controlli, almeno per i ricoveri brevi in regime ordinario e per i ricoveri diurni, devono essere finalizzati anche ad individuare comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Obiettivo 2 (controlli tipo S)

I Controlli analitici sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del D.M. 10 dicembre 2009 devono essere effettuati sulla totalità delle cartelle cliniche.

Facendo seguito al D.A. n. 496 del 13 marzo 2013 è stata emanata, con nota prot. n. 60961 del 25 luglio 2013, la direttiva che individuava le prestazioni a rischio di inappropriatezza per il controllo delle cartelle cliniche relative agli anni 2012-2013, da controllare totalmente ai sensi del D.M. 10 dicembre 2009.

Tenendo conto delle indicazioni del citato D.M. 10 dicembre 2009 e che il campionamento casuale del 10%, eseguito come descritto in precedenza, intercetta già altre tipologie di ricoveri e comportamenti a rischio di inappropriatezza quali ad esempio i DRG ARI, anche per il 2015 si individuano i seguenti criteri per individuare le prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza (selezione definita di tipo "S"):

- parti cesari dei punti erogatori con percentuali di PC oltre il 40% sul totale dei parti (comma 3, art. 2, D.M. 10 dicembre 2009).
- Controlli da effettuare: Schede 1,2,8 riportate nel successivo punto 7.

• DH diagnostici con DRG medici non appartenenti al gruppo ARI e con numero di accessi > 3.

Controlli da effettuare: schede 1,2,4 riportate nel successivo punto 7.

• Ricoveri ordinari, programmati, con modalità di dimissione diversa da "paziente deceduto", con giornate di degenza entro la soglia prevista dal relativo DRG, con DRG non ARI, la cui differenza espressa in percentuale tra incidenza nelle aree territoriali sub-regionali (province) e incidenza regionale è $\geq 100\%$.

Controlli da effettuare: schede 1,2,8 riportate nel successivo punto 7.

2. Campionamento

I criteri di campionamento e selezione dei ricoveri da controllare sono quelli indicati negli obiettivi regionali tenendo conto dei criteri di esclusione già considerati per il PACA 2014. A tali criteri si ritiene opportuno apportare le seguenti modifiche scaturite dalle risultanze delle attività di controllo degli anni 2012 e 2013:

• I casi di Neuro-riabilitazione (cod. 75) devono essere valutati come i casi di riabilitazione (cod. 56) (scheda 7).

• I casi dei reparti di unità spinale (cod.28) devono essere valutati come i casi di riabilitazione (cod. 56) (scheda 7).

• I casi con DRG psichiatrici devono essere campionati solo se dimessi da reparti di psichiatria (cod. 40) e neuropsichiatria-infantile (cod. 33).

• Devono essere campionati i casi dimessi dalle UU.OO. di terapia intensiva neonatale (Cod 73) in modo da includere almeno il 50% delle cartelle di paziente ricoverati.

• Si escludono dal campionamento casuale i ricoveri (anche di lungodegenza e riabilitazione) con giornate di ricovero superiori a 100.

• Si considerano come ricoveri a rischio di comportamento opportunistico (e quindi campionati) i ricoveri ordinari con degenze complessive non superiori a 50 giornate, con modalità di dimissione diversa da "paziente deceduto" e giornate di ricovero oltre le soglie previste dal relativo DRG non superiori a 5.

• Si escludono i ricoveri dei reparti di cure palliative/hospice (cod. 99).

• Si conferma la esclusione dai controlli dei nidi e dei TSO.

• Esclusione dei casi con DRG 391 (neonato sano).

• Esclusione dei DRG relativi al parto vaginale.

• Esclusione dei DRG 381 (IVG).

• Si escludono i ricoveri non a carico del SSN (cod. 4 e cod. 9).

Il campionamento verrà eseguito almeno con cadenza trimestrale e sarà reso disponibile alle ASP, alle aziende ospedaliere e alle strutture private accreditate tramite la piattaforma web dedicata.

3. Quantità e modalità di esecuzione dei controlli

I controlli analitici delle cartelle cliniche del 2015 devono essere effettuati, per i due obiettivi regionali, nelle seguenti modalità:

Obiettivo 1 (controlli analitici casuali ai sensi dell'art.79 comma

1 septies legge n. 133 del 6 agosto 2008 effettuati su almeno il 10% delle cartelle cliniche):

• Le Aziende sanitarie pubbliche e private accreditate svolgeranno obbligatoriamente il controllo interno sull'80% del campionamento casuale.

• Le ASP svolgeranno come controllo esterno sulle strutture erogatrici pubbliche e private il 20% dei controlli previsti dal campionamento casuale con effetti economici. Anche in ragione delle risorse disponibili, ogni Asp può incrementare tale percentuale in modalità esterna accedendo al campione interno oltre che ad altre cartelle, come peraltro già previsto dalle linee di indirizzo di cui al D.A. del 13 marzo 2013 "Ogni singola Azienda sanitaria pubblica o privata, sulla base dell'analisi dei dati derivanti dai propri flussi informativi e dell'evidenziazione di fenomeni rilevanti può integrare, ampliandoli, ambiti, volumi e contenuti dei controlli in relazione alle proprie caratteristiche, alla propria specifica casistica, o alle prestazioni in committenza". Tali integrazioni, qualora previste dalla ASP per le prestazioni in committenza, dovranno essere comunicate alle aziende da controllare, agli uffici competenti dell'Assessorato della salute e al Comitato regionale controlli appropriatezza" come per gli anni 2012-2013 e 2014 tramite la piattaforma web. Gli eventuali controlli integrativi concorrono al raggiungimento della percentuale minima prevista (20%).

• Il controllo interno non prevede effetti economici, ma l'importo teorico di abbattimento dovrà comunque essere quantificato per indicare alle strutture stesse l'eventuale impatto economico delle criticità emerse dai propri controlli, accentuando l'importanza dei piani di miglioramento.

• I controlli integrativi esterni effettuati sul campione interno delle strutture erogatrici o su altre cartelle, come sopra indicato, mantengono valenza economica.

• Il controllo dell'effettivo svolgimento dei controlli dovrà essere effettuato dalle ASP di competenza.

Obiettivo 2: Controlli effettuati sulle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza individuate dalle Regioni ai sensi del D.M. del 10 dicembre 2009

• Le ASP svolgeranno come controllo esterno sulle strutture erogatrici pubbliche e private la totalità dei controlli sulle prestazioni a rischio di inappropriatezza ai sensi della direttiva n. 60961 del 25 luglio 2013 con effetti economici.

Tutti i controlli effettuati per gli obiettivi 1 e 2 dovranno essere inseriti nell'area web dedicata del portale www.qualitasiciliassr.it, secondo le modalità già utilizzate per le rilevazioni precedenti e indicando per ciascuna cartella valutata l'ammontare dell'eventuale abbattimento economico applicato.

4. Tipologie di controllo analitico

Diseguito vengono riportate le diverse tipologie di controllo, sintetizzate nella tabella sottostante:

Tipologie controlli	Contenuti
Documentazione sanitaria	Qualità della compilazione della cartella clinica
Codifica della SDO e CEDAP	Qualità compilazione SDO e congruenza con la cartella clinica Qualità compilazione della scheda CEDAP e congruenza con la documentazione sanitaria
Appropriatezza Organizzativa	- Appropriatezza del livello di assistenza - Protocollo Controllo Appropriatezza Giornata di Ricovero - Appropriatezza in Lungodegenza e riabilitazione - Scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche - Appropriatezza Ricoveri Ripetuti stessa U.O e MDC - Omnicomprensività della tariffa - Appropriatezza per Ricoveri urgenti
Appropriatezza Clinica e sicurezza dei pazienti	- Antibioticoprofilassi - Valutazione del rischio di tromboembolismo venoso - Rilevazione e misurazione del dolore - Appropriatezza per esecuzione Parto Cesareo - Rischio caduta - Scheda Unica di terapia - Checklist per la sicurezza in sala operatoria.

Per ogni tipologia di controllo verrà utilizzata una scheda di rilevazione come indicato al paragrafo 7 "Schede da utilizzare per le varie tipologie di controlli".

5. Effetto dell'esito dei controlli analitici

Come indicato nel paragrafo 3 gli effetti economici verranno applicati in base ai risultati dei controlli esterni eseguiti dalle ASP.

Come già previsto dal PACA 2012-2013, per tutte le schede dei controlli che prevedono valutazioni proporzionali si determinerà, tramite il punteggio attribuito ad ogni aspetto valutato secondo quanto indicato ai paragrafi 6 e 7, un risultato totale per mezzo del quale si procederà ad una decurtazione proporzionale della valorizzazione attribuita; questa decurtazione sarà comunque uguale al 70% del valore della tariffa al raggiungimento del punteggio soglia di 70 o per valori superiori, ad eccezione dei casi già contemplati dalle normative vigenti e nel caso di mancanza non giustificata della cartella clinica o della SDO.

Per tutti i ricoveri analizzati, qualora per effetto dei controlli sulla qualità di compilazione della SDO e sulla sua congruenza con la documentazione clinica, si pervenga ad una ricodifica con conseguente riattribuzione del DRG, si procederà alla attribuzione e valorizzazione di tale DRG ancorché diverso da quello originariamente attribuito; in questo caso le eventuali ulteriori decurtazioni saranno applicate a tale nuova valorizzazione.

Per quanto riguarda eventuali altri effetti specifici delle attività di controllo, questi sono indicati per ogni fenomeno sottoposto a controllo nel paragrafo 6 "Fenomeni da sottoporre a controllo analitico".

Per quanto riguarda gli abbattimenti che riconoscerebbero il valore del Day Service al netto del ticket, questi non potranno comunque essere superiori al 70% del valore originario del Day Service.

Gli effetti economici previsti dal presente PACA hanno valore su tutte le cartelle cliniche del 2015. Per evitare fenomeni di retroattività e consentire l'adeguamento organizzativo, tutti i controlli, modificati rispetto all'anno precedente o di nuova introduzione (ad es. scheda del controllo 4), si applicano a partire dal mese successivo alla pubblicazione del decreto di approvazione del presente documento. Per le cartelle cliniche relative al periodo precedente si applicano le regole del PACA 2014.

6. Fenomeni a rischio di comportamento opportunistico da sottoporre a controllo analitico

Nel presente piano vengono riportati i fenomeni da sottoporre a controllo analitico sulle cartelle del 2015. I tipi di controllo fanno riferimento alle schede riportate al successivo punto 7.

a) Ricoveri ordinari brevi (0-1 giorni) (DRG medici)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero di breve durata (0-1 g.) in un reparto medico, con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti o finalizzati a mantenere alto il tasso di occupazione delle UU. OO, determinando una minore disponibilità di posti letto.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero.

Effetto specifico del controllo (giornata/e non appropriata/e con controllo 4): riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

b) Ricoveri ordinari brevi (2 notti per avere la tariffa piena)

Questa categoria è volta ad accertare la presenza nella documentazione della cartella clinica delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero ordinario di breve durata (2 notti), con particolare attenzione alle problematiche relative alla corretta codifica della diagnosi principale e dell'intervento/procedura effettuato.

Il comportamento opportunistico potrebbe essere finalizzato ad ottenere la piena tariffa DRG e determinerebbe una minore disponibilità di posti letto ad esempio per i ricoveri urgenti (dal P.S.); fenomeno particolarmente importante nell'ottica della tendenza di riduzione globale dei posti letto per ricoveri ordinari.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per tutte le giornate di ricovero.

Effetto specifico del controllo:

- una/due giornate/e non appropriata/e con controllo 4: riconoscimento della tariffa ordinaria 0-1 giorno;

- tutte giornate non appropriate con controllo 4: riconoscimento della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di DH; riconoscimento dell'80% della tariffa di

DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

c) Ricoveri in DH per motivi diagnostici (DRG medici)

Deve essere verificata la presenza nella documentazione sanitaria delle motivazioni che hanno portato alla effettuazione di un ricovero in regime di Day Hospital di tipo diagnostico. Sono esclusi i ricoveri in Day Hospital con attribuzione di DRG chirurgico. Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 4 per ogni accesso.

Effetto specifico del controllo (per ogni singolo accesso non appropriato con controllo 4): gli accessi non inappropriati non vengono valorizzati. Nel caso in cui nessun accesso risultasse appropriato riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso, ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso, ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

d) Ricoveri con assegnazione di DRG (medici e chirurgici) ad alto rischio di inappropriata in regime di ricovero ordinario e diurno.

Questa categoria è volta ad accertare l'erogazione di DRG ad alto rischio di inappropriata come indicato nell'allegato al D.A. n. 2533/2013 e da eventuali successive modificazioni. I controlli in questione dovranno accertare la presenza di condizioni che giustificano il corretto setting di erogazione della prestazione sanitaria. La distanza e/o l'età del paziente non costituiscono elementi sufficienti per giudicare appropriato il ricovero (fatta eccezione per i cittadini residenti nelle isole minori). Questo controllo è importante anche per prevenire eventuali comportamenti opportunistici volti ad eludere il pagamento della compartecipazione da parte degli assistiti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 3.

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva al controllo 3):

assegnazione del corretto setting assistenziale; modifica del regime di ricovero da ordinario in diurno con singolo accesso e, qualora nessuna giornata risultasse appropriata anche come DH: riconoscimento dell'80% della tariffa di DH considerando un unico accesso ove ritenuto appropriato il setting di day service; riconoscimento del 60% della tariffa DH considerando un unico accesso ove ritenuto non appropriato il setting di day service.

Al fine di evitare duplicazioni di sanzioni, in sede di applicazione del D.A. n. 2533/2013, le ASP devono verificare (a consuntivo) se ai ricoveri oggetto di decurtazione economica è stata già applicata anche la decurtazione per l'applicazione del D.A. n. 954/2013 (suppl. Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana 31 maggio 2013) e succ. aggiornamenti. La verifica deve essere effettuata per ogni struttura erogatrice (presidio ospedaliero o azienda ospedaliera) e l'abbattimento di cui al D.A. n. 954/2013 deve essere distribuito in maniera uguale su tutti i casi di ogni singolo DRG (esempio: se il presidio o azienda X per il D.R.G. 6 ha avuto un abbattimento di 20.000 euro per 50 casi complessivi di ricoveri ordinari e DH, si considera un abbattimento di 400 euro per ogni singolo caso).

In tali casi si applica solo la sanzione maggiore tra l'abbattimento, di cui al D.A. n. 954/2013, e l'effetto economico del controllo analitico.

e) DRG incoerenti (DRG nn. 424, 468, 476, 477)

Gli episodi di ricovero in regime ordinario attribuiti ai DRG nn. 424, 468, 476 e 477 dovranno essere controllati attraverso la verifica delle cartelle cliniche e se riconosciuti incoerenti dovranno essere riclassificati.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8.

f) DRG complicati

La proporzione di DRG complicati può essere indice di una elevata complessità della casistica trattata e di una buona qualità della codifica della scheda di dimissione, ma può riflettere anche fenomeni di "sovracodifica" delle diagnosi secondarie. A tal proposito si sottolinea che in base alle regole di codifica delle SDO definite dalla vigente normativa, possono essere riportate sulla SDO esclusivamente le patologie o problemi che hanno comportato, nel corso del ricovero, interventi assistenziali che hanno impegnato consumo di risorse.

Al fine di fornire agli organismi di controllo una rappresentazione del comportamento degli erogatori rispetto alla frequenza dei DRG con complicanze, l'area 4 del Sistema informativo regionale, annualmente, diffonderà, per i DRG omologhi, la frequenza media regionale dei casi complicati per ciascun DRG per tipologia amministrativa del soggetto erogatore.

Per quanto riguarda i ricoveri acuti ordinari le ASP, qualora i valori di frequenza osservati presso i propri erogatori risultino più elevati della media regionale per tipo di erogatore, controlleranno analiticamente tutte le cartelle cliniche relative alle dimissioni attribuite a DRG complicati e di conseguenza i casi complicati ritenuti incongrui saranno riclassificati secondo lo stesso DRG senza complicazioni

Tipo di controllo: 1, 2 e 8.

g) Ricoveri ripetuti

Il fenomeno della ripetizione di un ricovero anche a breve distanza da un ricovero precedente è un evento attribuibile a svariati motivi che possono essere giustificati dalle seguenti situazioni cliniche:

- complicazioni chirurgiche o mediche secondarie ad un precedente ricovero presso la stessa struttura ospedaliera;
- completamento dell'iter diagnostico-terapeutico del precedente ricovero;
- malattie croniche in labile compenso clinico (esempio: scompensi cardiaci frequenti in paziente con cardiopatia dilatativa di grado elevato, pazienti in stato terminale, ecc.).

Da quando, però, la remunerazione delle prestazioni di ricovero è effettuata per ciascun ricovero classificato per DRG alla tariffa predeterminata, il fenomeno della ripetizione dei ricoveri può anche rappresentare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni come per:

- frazionamento dell'episodio di cura in più ricoveri a cui consegue un aumento consistente della spesa complessiva ed un disagio all'assistito nel ricevere l'assistenza (esempio: 1° ricovero per esecuzione di una coronarografia e 2° ricovero per praticare l'angioplastica);

- dimissione precoce del paziente ad un livello di instabilità clinica che richiede ancora assistenza in degenza ospedaliera; ciò rappresenta un comportamento dell'ospedale volto a contenere i costi dell'assistenza del singolo ricovero riducendo la quantità dei servizi.

In relazione alle attività di controllo si definiscono ricoveri ripetuti per acuti i ricoveri ordinari in acuzie a carico del SSN che hanno luogo nello stesso presidio, sono attribuiti alla stessa MDC (categoria diagnostica maggiore) e che sono effettuati in un intervallo temporale inferiore o uguale a 30 giorni dalla precedente dimissione.

Pertanto tutti i ricoveri ripetuti entro 30 giorni da un precedente ricovero dovranno essere sottoposti a controlli analitici delle cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 5.

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla prima domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione dei ricoveri ripetuti ritenuti non giustificati.

h) Omnicomprensività della tariffa

Una delle evenienze possibili di parcellizzazione dei ricoveri si verifica in occasione di ricoveri di tipo chirurgico o parto. In questi casi potrebbe verificarsi che il ricovero per l'esecuzione dell'intervento sia preceduto da un ricovero in regime ordinario o in DH di tipo medico erogato per eseguire indagini e consulenze propedeutiche all'intervento chirurgico. Questa parcellizzazione risulta un comportamento opportunistico in quanto, come previsto dalla legge n. 449 del 27 dicembre 1997, Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica - "Le prestazioni strettamente e direttamente correlate ad un ricovero programmato devono essere erogate nel corso dello stesso ricovero o anche precedentemente, purché non tariffate e senza partecipazione alla spesa da parte del paziente".

In caso di ricoveri di tipo chirurgico preceduti entro 30 giorni da un ricovero di tipo medico, ordinario o in DH, dello stesso soggetto, dovranno essere sottoposte a controllo analitico tutte le cartelle cliniche delle coppie di ricoveri ripetuti. Qualora il primo ricovero di tipo medico risultasse erogato per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico quali esami diagnostici e/o strumentali preoperatori, non andrà riconosciuta, per detta prestazione, nessuna remunerazione.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 5.

Effetto specifico del controllo (risposta negativa alla seconda domanda del controllo 5): mancato riconoscimento della valorizzazione relativa al ricovero medico breve.

i) Ricoveri in lungodegenza (Cod. 60)

Il ricovero in lungodegenza medica è un servizio ospedaliero destinato ad accogliere pazienti generalmente non autosufficienti, affetti da patologie tali da risentire scarsamente dei trattamenti riabilitativi finalizzati alla ripresa dell'autonomia, ma che necessitano sia di assistenza che di trattamenti riabilitativi incentrati ad ottenere un miglioramento della condizione di malattia o ad impedirne il peggioramento.

In particolare le unità di lungodegenza sono riservate a quei

pazienti che, conclusa la fase acuta della patologia, necessitano di un prolungamento dell'intervento assistenziale ospedaliero in quanto presentano una situazione funzionale compromessa da cui ha origine una riduzione delle condizioni di autosufficienza psico-fisica rientrando in una delle seguenti categorie:

- quadro clinico ancora instabile, non compatibile con il rientro a domicilio o con il passaggio ad altre forme di residenzialità assistita;
- buon compenso clinico, ma persistenza di una limitazione funzionale non stabilizzata recuperabile almeno parzialmente con un intervento di riabilitazione estensiva;
- buon compenso clinico e limitazione stabilizzata della capacità funzionale e dell'autosufficienza, ma esigenza di assistenza continuativa di tipo infermieristico e di eventuali trattamenti riabilitativi di tipo estensivo finalizzati al mantenimento dei livelli di autonomia residui, in attesa di assegnazione ad altre forme di assistenza extraospedaliera.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 6.

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

l) Ricoveri in riabilitazione (Cod. 56)

Le prestazioni di ricovero di riabilitazione presentano un alto margine di potenziale inappropriata della complessità organizzativa delle strutture coinvolte e del regime di erogazione in relazione alle effettive necessità assistenziali dei pazienti. Esse rappresentano, inoltre, una significativa quota dell'attività di ospedalizzazione e della spesa complessiva per l'assistenza ospedaliera. Il ricovero nei reparti di riabilitazione ospedaliera (cod. 56) è ammesso per pazienti provenienti da reparti per acuti, da reparti di riabilitazione ad alta specialità (cod. 28 - cod. 75), da reparti di lungodegenza riabilitativa o dal territorio (ad es. domicilio, RSA), purché in quest'ultimo caso entro 60 giorni dal ricovero in reparto per acuti, salvo eccezioni motivate dai criteri di eleggibilità del piano della riabilitazione che dovranno essere riportate nel progetto riabilitativo individuale (vedi tabella pag. 7 del piano della riabilitazione della Regione siciliana approvato con D.A. 26 ottobre 2012 pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana del 21 dicembre 2012).

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale dei servizi di riabilitazione adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 7 (scheda a e b).

Effetto specifico del controllo (giornata o accesso non approvato con controllo 7 scheda b):

abbattimento del 70% della tariffa giornaliera ordinaria o DH.

m) Parti cesarei DRG nn. 370 e 371

Dovrà essere effettuato il controllo dei ricoveri per parto cesareo al fine di verificare la presenza nella documentazione sanitaria delle condizioni che giustificano l'indicazione al taglio cesareo coerentemente alla linea guida nazionale "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (prima e seconda parte).

Deve essere posta particolare attenzione alle frequenze elevate di quelle condizioni del parto che superano i valori medi nazionali o regionali, non rispecchiano le loro distribuzioni nella popolazione, e che pertanto sono fortemente predittive di comportamento opportunistico della codifica piuttosto che di reali esigenze della donna.

Tra queste condizioni deve essere verificata la "condizione e presentazione anomala del feto", che è fortemente associata al taglio cesareo e ha frequenza media nazionale dell'8%.

Dai dati del 2010, tale condizione è risultata particolarmente frequente in alcune strutture, raggiungendo valori anche superiori al 50%.

Sulla base della revisione della documentazione clinica si procederà a classificare il ricovero in base alla causa che ha determinato la procedura:

1. motivato da problematica fetale;
2. motivato da problematica della madre;
3. motivato da pregresso parto cesareo;
4. senza menzione dell'indicazione;
5. documentazione clinica incompleta.

Sono da considerarsi evitabili le prestazioni riconducibili ai punti 4 e 5 per i quali saranno previsti abbattimenti tariffari, in base a quanto previsto dall'accordo della Conferenza unificata del 16 dicembre 2010, pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n.13 del 18 gennaio 2011.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8.

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i casi più critici devono essere esaminati con il supporto di specialisti in ginecologia ed ostetricia.

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti il parto cesareo): fatti salvi gli abbatti-

menti previsti dal D.A. 22 maggio 2012, ulteriore abbattimento del 10% della tariffa. Deve, inoltre, essere fatta specifica comunicazione all'Assessorato e alla direzione aziendale per la predisposizione delle conseguenti azioni correttive e/o sanzionatorie.

n) Ricoveri urgenti

Deve essere verificato il corretto utilizzo della modalità di ricovero urgente per prevenire comportamenti opportunistici, laddove non siano rappresentativi dei reali bisogni dei pazienti, finalizzati al superamento del problema delle liste di attesa e delle classi di priorità previste.

A tale scopo deve essere verificata l'appropriatezza del filtro del pronto soccorso, tramite l'accertamento della reale valutazione clinica nella documentazione sanitaria. In particolare deve essere verificata la presenza del verbale di pronto soccorso e che dallo stesso si evinca la presenza di una valutazione clinica e/o laboratoristica strumentale che giustifichi il ricovero in reparto, o per le strutture senza PS la presenza della scheda di valutazione all'ingresso. Si escludono i ricoveri effettuati tramite reti assistenziali o in terapia intensiva.

Tipo di controllo: 1, 2 e 8.

Effetto specifico del controllo (assenza di almeno una risposta positiva nei punti riguardanti i ricoveri urgenti): abbattimento della tariffa DRG del 20% rispetto alla tariffa piena.

o) DRG psichiatriche (nn. 426, 427, 429, 430, 431, 432, 433, 523)

I controlli sui DRG di psichiatria, sia per acuti che per riabilitazione, verranno effettuati dal personale del Dipartimento di salute mentale adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Considerata la specificità e l'alto contenuto tecnico, i controlli in oggetto saranno effettuati dal personale del Dipartimento di salute mentale adeguatamente formato e sotto il coordinamento della funzione aziendale NOC.

Tipo di controllo: 1, 2, 8 e 9 con giudizio dello specialista psichiatra.

Effetto specifico del controllo (ricovero non appropriato secondo il giudizio dello specialista): abbattimento della tariffa DRG del 50% rispetto alla tariffa piena se il ricovero è ritenuto inappropriato.

p) Controllo ricoveri fuori soglia (di durata superiore a quella prevista)

Questi controlli dovranno verificare nella documentazione sanitaria la presenza delle condizioni che hanno determinato il prolungamento della degenza oltre il termine previsto per il DRG attribuito, con particolare attenzione ai prolungamenti artificialmente determinati per ottenere una remunerazione aggiuntiva per i giorni fuori soglia.

Tipo di controllo: 1, 2, 8, e 4 per tutte le giornate di ricovero.

Effetto specifico del controllo (giornata non appropriata con controllo 4): abbattimento per un valore equivalente alla tariffa oltre soglia per il numero di giornate inappropriate.

6.1 Verifiche da effettuare nel corso dei controlli analitici

1) Controllo programmazione degli interventi/procedure diagnostiche (solo ricoveri ordinari per acuti)

La valutazione della appropriatezza delle singole giornate di

degenza presuppone anche la necessità di poter verificare la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico-terapeutico attraverso la presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche".

La verifica della presenza di una "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) è finalizzata a promuovere la programmazione, entro le prime 48 ore, dell'iter diagnostico terapeutico del singolo paziente e a prevenirne, sia pure in modo presuntivo, la dimissibilità.

Lo scopo è quello di supportare le direzioni sanitarie aziendali nella funzione di controllo dei tempi di degenza, fornendo loro uno strumento in grado di promuovere la programmazione delle attività assistenziali da parte dei professionisti e favorire la rilevazione di eventuali criticità organizzative (ad es. prolungamento delle degenze in attesa di specifiche attività diagnostiche o procedure) e predisporre conseguenziali azioni correttive.

La scheda prevede, inoltre, che sia indicata la presunta data di dimissibilità o nel caso di reparti di terapia intensiva o sub intensiva, la data di presunto trasferimento, in coerenza con lo standard JCI ACC.1.4., che recita "Il ricovero e il trasferimento da/in unità di terapia intensiva o ad alta specializzazione sono determinati da criteri prestabiliti".

Tipo di controllo: scheda 8.

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

2) Controlli per il monitoraggio delle attività nelle Terapie Intensive Neonatali (cod. 73)

Al fine di migliorare la capacità del sistema di monitorare le attività erogate nelle UU.OO. di Terapia Intensiva, che presuppone la precisione e la completezza delle procedure descritte nella SDO, nel PACA 2015 viene inserito uno specifico controllo teso a verificare che in cartella clinica sono descritte specifiche procedure non segnalate nella SDO, in aggiunta alle eventuali altre procedure chirurgiche.

L'elenco delle procedure oggetto di monitoraggio sono le seguenti:

- 1) 00.12 somministrazione di ossido nitrico;
- 2) 88.71 diagnostica ecografica del capo;
- 3) 88.72 diagnostica ecografica del cuore;
- 4) 88.91 RMN cervello e tronco;
- 5) 89.14 Elettroencefalogramma;
- 6) 93.90 respirazione a pressione positiva continua (CPAP);
- 7) 96.71 ventilazione meccanica per < 96 ore consecutive;
- 8) 96.72 ventilazione meccanica per > 96 ore consecutive;
- 9) 99.0 trasfusione di emocomponenti;
- 10) 99.15 infusione parenterale di sostanze nutrizionali (TPN);
- 12) 99.81 ipotermia;
- 13) 99.83 fototerapia;
- 14) 38.91 catetere arterioso;
- 15) 38.92 catetere vena ombelicale;
- 16) 38.93 Catetere centrale inserito perifericamente (picc);
- 17) 34.04 inserzione di drenaggio pleurico.

Tipo di controllo: 1 e 2.

Effetto specifico del controllo: decurtazione proporzionale come indicato nelle schede utilizzate.

7. Schede da utilizzare per le varie tipologie di controlli

Vengono di seguito riportate tutte le schede di controllo previste dal D.A. n. 496/2013, alcune delle quali con parti integrate, modificate o annullate.

(NA = Non Applicabile; Rispetto al PACA 2014 i numeri delle schede possono non trovare corrispondenza numerica)

Controllo 1 (valutazione proporzionale): Analisi documentazione clinica

La cartella clinica è disponibile?*	SI	NO		100
Il motivo del ricovero/diagnosi di ingresso è indicato?	SI	NO		4
La diagnosi di dimissione è indicata?	SI	NO		4
La proposta di ricovero su ricettario SSR è presente? (solo per i ricoveri programmati, esclusi i ricoveri postacuti per trasferimento diretto dai reparti ospedalieri pubblici e privati)	SI	NO	NA	5
Il documento di sintesi della storia clinica del paziente redatto dal medico curante (allegato E/D) è presente? (solo per i ricoveri programmati)	SI	NO	NA	2
Le refertazioni delle consulenze e delle indagini diagnostiche effettuate sono presenti e complete?	SI	NO	NA	10
Per il DH/DS il programma assistenziale è presente?	SI	NO	NA	3
Anamnesi patologica remota **				
Presente?	SI	NO	NA	5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Anamnesi patologica prossima				
Presente?	SI	NO		5
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Esame obiettivo all'ingresso				
Presente?	SI	NO		10
Firmato o siglato?	SI	NO	NA	3
Datato?	SI	NO	NA	3
Leggibile?	SI	NO	NA	1
Descrive almeno due app. + sede del problema?	SI	NO	NA	3
Diario medico clinico				
Annotazioni in tutte le giornate di degenza?	SI	NO		5
Annotazioni firmate o siglate?	SI	NO		3
L'intervento chirurgico è documentato con copia del registro di sala operatoria?***	SI	NO	NA	3
La descrizione dell'intervento è leggibile?	SI	NO	NA	1
La cartella anestesiologicala è presente e debitamente compilata (NA in coerenza ai protocolli formalizzati delle strutture erogatrici)	SI	NO	NA	3
E' presente Il referto dell'esame istologico?	SI	NO	NA	3
Foglio di dimissione e/o trasferimento? (NA se decesso) Solo per le UU.OO. di cardiologia vale quanto previsto dal D.A.	SI	NO	NA	3
Tutti i consensi informati previsti dalla normativa regionale (D.A. 13 settembre 2006****) sono presenti in cartella e sono completi (firme, date, procedure, rischi, alternative terapeutiche)	SI	NO	NA	10

*Se sequestrata dall'Autorità giudiziaria selezionare "No" e scrivere "sequestrata" nel campo note.

** Viene inserita la possibilità del "NA" per i neonati

***Solo per i DRG chirurgici ivi inclusi i casi di DRG chirurgici non di sala operatoria (ad es. Ptca in sala emodinamica, termoablazione in radiofrequenza...), per i quali deve essere presente evidenza di un referto completo che indichi dettagliatamente tipologia, modalità ed esito della procedura).

****Linee guida per la gestione del consenso informato ai fini dell'accreditamento istituzionale delle attività sanitarie - Indirizzi operativi per le strutture pubbliche e private della Regione siciliana e glossario dei termini utilizzati nell'ambito delle procedure per la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico (Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana n. 47 del 6 ottobre 2006).

Solo per Ricoveri Urgenti			
E' presente nel verbale di transito dal PS o in altro documento una valutazione clinica e/o strumentale che motivi il ricovero urgente in reparto?	SI	NO	NA
E' un ricovero urgente proveniente da reti assistenziali? (ad es. rete infarto)	SI	NO	NA
E' un ricovero urgente con accesso in terapia intensiva?	SI	NO	NA
Solo per DRG 370-371			
Il parto cesareo è motivato e documentato da problematiche fetali?	SI	NO	NA
Il parto cesareo è motivato e documentato da problematiche della madre?	SI	NO	NA
E' motivato e documentato da pregresso parto cesareo?	SI	NO	NA
E' indicata altra motivazione documentata per l'indicazione a parto cesareo?	SI	NO	NA
Note:			
Rilevatore:			

Controllo 2 (valutazione proporzionale):
Qualità compilazione SDO/CEDAP e congruenza con la cartella clinica

E' presente nella cartella clinica copia della SDO?	SI	NO		100
Nella SDO è presente la firma nei campi previsti?	SI	NO		10
La diagnosi principale indicata è quella che ha comportato il maggior consumo di risorse?	SI	NO		5
Il tipo di ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri ordinari)	SI	NO	NA	3
Il motivo del ricovero è correttamente indicato? (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	NA	3
Sono state segnalate tutte le diagnosi che hanno influenzato l'episodio di cura?	SI	NO		5
Le diagnosi secondarie segnalate hanno realmente influenzato l'episodio di cura comportando un impegno significativo nel corso del ricovero p.e. richiesta di consulenze, esami diagnostici, terapie infusionali etc.? (per i soli DRG complicati)	SI	NO	NA	10
Le procedure indicate nella SDO trovano riscontro nella cartella clinica? (solo se sono indicate procedure)	SI	NO	NA	20
In cartella clinica sono descritti interventi chirurgici non segnalati nella SDO?	SI	NO		5
Le diagnosi e le procedure indicate nella SDO in maniera descrittiva sono congruenti con le regole di codifica (normativa e linee guida)?	SI	NO		5
Nella SDO sono riportati tutti i codici delle procedure specifiche per le Terapie Intensive Neonatali (Cod 73) se descritte in cartella clinica, in aggiunta alle eventuali altre procedure chirurgiche, fino al completamento dei campi previsti?*	SI	NO	NA	20
Completezza e Coerenza tra Scheda CEDAP e Documentazione sanitaria	SI	NO	NA	10
Note:				
Rilevatore:				

* elenco procedure:

- 1) 00.12 somministrazione di Ossido Nitrico
- 2) 88.71 diagnostica ecografica del capo
- 3) 88.72 diagnostica ecografica del cuore
- 4) 88.91 RMN cervello e tronco
- 5) 89.14 Elettroencefalogramma
- 6) 93.90 respirazione a pressione positiva continua (CPAP)
- 7) 96.71 ventilazione meccanica per < 96 ore consecutive
- 8) 96.72 ventilazione meccanica per > 96 ore consecutive
- 9) 99.0 trasfusione di emocomponenti
- 10) 99.15 infusione parenterale di sostanze nutrizionali (TPN)
- 12) 99.81 ipotermia
- 13) 99.83 fototerapia
- 14) 38.91 catetere arterioso
- 15) 38.92 catetere vena ombelicale
- 16) 38.93 Catetere centrale inserito perifericamente (picc)
- 17) 34.04 inserzione di drenaggio pleurico

COPIA
NON

Controllo 3: Appropriately del livello di assistenza

Si evince dalla documentazione sanitaria una condizione clinica di urgenza o una complessità dell'intervento o della procedura per cui è appropriato il setting utilizzato?	SI	NO	NA
Sono presenti comorbidità che necessitano di monitoraggio clinico o assistenza continuativa?	SI	NO	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente è privo di assistenza familiare?	SI	NO	
Si evince dalla cartella clinica che il paziente sia un soggetto "candidato a trapianto"? (solo per il DRG 410)	SI	NO	NA
Note:			
Rilevatore:			

Controllo 4: Appropriately organizzativa
Descrizione Criteri e Motivi

Ricoveri Ordinari	
Criteri di Appropriately:	A1. Procedure in sala operatoria nel giorno indice A2. Procedure in sala operatoria il giorno successivo quello indice ma che richiedano consulti e/o valutazioni preoperatorie extraroutine A3. Procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive nel giorno indice A4. Almeno 5 osservazioni clinico assistenziali motivate e documentate dal personale sanitario nelle 24 ore A5. Controllo di terapie e/o di effetti collaterali A6. Medicazione di ferite chirurgiche, gestione drenaggi A7. Monitoraggio continuo di parametri vitali A8. Assistenza e terapia respiratoria intermittente o continua A9. Override di Appropriately (commentato)
Motivi di Inappropriately:	B0. Inappropriato B1. Override di Inappropriately (commentato)
Ricoveri in Day Hospital (medici)	
Criteri di Appropriately:	D1. Presenza documentata di almeno tre accertamenti (escluso esami ematici di laboratorio) per ogni accesso: è necessario che si evinca dalla documentazione clinica la pluridisciplinarietà degli interventi. D2. Procedure diagnostiche, riabilitative e/o terapeutiche invasive. D3. Override di Appropriately (commentato)
Motivi di Inappropriately:	E0. Inappropriato E1. Override di Inappropriately (commentato)

- Protocollo per il controllo dell'appropriately della giornata di ricovero, focalizzato sull'appropriately della singola giornata di degenza/accesso (piuttosto che sulla Ammissione come nel vecchio RS-PVA) e basato sull'uso delle risorse ospedaliere in costanza di ricovero ordinario o diurno e quindi sulla capacità organizzativa delle strutture.
- Per la descrizione completa di ogni singolo punto rifarsi al manuale predisposto dalla Commissione regionale per l'appropriately



Controllo 4: Appropriatelyzza organizzativa Scheda Rilevatori

Reparto _____	N. Cartella _____	Età ____	Sex	☐ F ☐ M
AMMISSIONE gg/mese _ _ _ _	Anno _ _ _ _	Tipo ☐ OR ☐ DH		
DIMISSIONE gg/mese _ _ _ _	Anno _ _ _ _			

Giornata o Accesso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
"															
Motivo															

Giornata o Accesso	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
"															
Motivo															

Giornata o Accesso	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Criteri															
"															
"															
Motivo															

Commenti per gli Override (indicare giornata/accesso di riferimento):

Note:

Rilevatore:

COPIA TR
NON V'

Controllo 5: Appropriatelyzza Ricoveri Ripetuti

Sono presenti valide motivazioni che giustificano la ripetizione del ricovero entro 30 giorni, nella stessa U.O. e attribuiti alla stessa MDC ? (Na se i ricoveri non sono nella stessa U.O. e MDC)	SI	NO	NA
Sono presenti valide motivazioni che giustificano il ricovero medico seguito entro 30 giorni da un ricovero chirurgico con patologie correlate? (non è stato cioè erogato esclusivamente per l'esecuzione di prestazioni propedeutiche all'intervento chirurgico) (Na se i ricoveri non sono correlabili)	SI	NO	NA
Note:			
Rilevatore:			

La prima domanda per evidenziare un comportamento opportunistico di parcellizzazione delle prestazioni

La seconda domanda per salvaguardare la Omnicomprensività della tariffa

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

**Controllo 6 (valutazione proporzionale):
Appropriatezza in Lungodegenza**

Il paziente proviene da U.O. per acuti	SI	NO		100
Il paziente proviene da U.O. di Riabilitazione intensiva (lungodegenza per assistenza riabilitativa di più bassa intensità; interventi riabilitativi riportati nel PAI - D.A. 02279/12: Piano della Riabilitazione)	SI	NO		
Il paziente proviene dal territorio (lungodegenza riabilitativa solo nei casi in cui non è possibile effettuare il trattamento riabilitativo in immediata continuità con il ricovero in U.O. per acuti es. patologia ortopedica ai quali non è concesso il carico immediato; interventi riabilitativi riportati nel PAI - D.A. 02279/12 - Piano della Riabilitazione)	SI	NO		
E' presente la richiesta del medico di reparto per acuti o di riabilitazione intensiva per il ricovero in lungodegenza	SI	NO	NA	10
E' presente la richiesta del medico di base per il ricovero in lungodegenza nei casi provenienti da domicilio	SI	NO	NA	
E' presente la validazione della richiesta del medico di Lungodegenza post - acuzie	SI	NO		10
I criteri di ammissione sono coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto A Scheda Esplicativa).	SI	NO		100
E' presente almeno una delle condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09) (punto B Scheda Esplicativa)	SI	NO		100
Il PAI (Programma Assistenziale Individualizzato) è redatto tenendo conto dei bisogni assistenziali (punto C Scheda Esplicativa)	SI	NO		50
E' presente il programma riabilitativo specifico per il bisogno riabilitativo	SI	NO	NA	50
Il PAI riporta la valutazione periodica	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione della sindrome da immobilizzazione	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle lesioni da decubito	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la prevenzione delle cadute	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per le infezioni ospedaliere	SI	NO		10
La cartella riporta la valutazione per la gestione corretta degli ausili e presidi	SI	NO		10

COPIA TR
NON VA

Appropriatezza in Lungodegenza: Scheda Esplicativa

Punto A: Criteri di ammissione coerenti con la normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

Criteri di ammissione area Medica:

- ☐ paziente con pregressa malattia acuta e clinicamente stabilizzato, non autonomo, in cui persiste la necessità di visita medicaquotidiana per l'aggiustamento della terapia e il recupero dell'autonomia in tempo contenuto
- ☐ Paziente convalescente con esiti non stabilizzati di malattia, non autonomo, con deficit funzionali emendabili
- ☐ Paziente destinato a trattamenti periodici a elevata frequenza
- ☐ Paziente con deficit funzionali lievi e prognosi favorevole per il recupero a breve termine, che necessita prevalentemente diassistenza internistica oltre a interventi riabilitativi mirati di tipo estensivo

Criteri di ammissione area Chirurgica:

- ☐ Paziente con comorbidità e/o complicanze di pertinenza internistica a rischio di stabilità
- ☐ Paziente che presenta deficit funzionali e che necessita di sorveglianza medica ed assistenza infermieristica continuative

Criteri di non ammissione:

- ☐ Paziente terminale per il quale sono attivabili forme alternative di assistenza
- ☐ Paziente con importante deterioramento cognitivo
- ☐ Paziente anziano non autosufficiente con esiti di patologie stabilizzate

Punto B: Condizioni cliniche eleggibili previste dalla normativa (circolare assessoriale n. 1263/09)

Condizione cliniche eleggibili per l'area medica

- ☐ Ictus cerebrale post-acuto
- ☐ Scompenso Cardiaco che necessita di cure continuative
- ☐ Diabete mellito scompensato post-acuto
- ☐ Polmonite o altro processo infettivo a lenta risoluzione
- ☐ Insufficienza respiratoria cronica riacutizzata (per terapia infusione aerosol)
- ☐ Post acuzie di Endocardite infettiva
- ☐ Soggetti cronici con affezioni concomitanti che richiedono cure continuative (es. anemie gravi, piede diabetico, vasculopatie periferiche, disidratazione, malnutrizione)
- ☐ Cirrosi epatica con ascite e/o encefalopatia porto-sistemica a basso rischio di sanguinamento di varici esofagee
- ☐ Nefropatia stabilizzata in terapia di consolidamento
- ☐ Fibrillazione atriale cronica a rischio di instabilità
- ☐ Post-acuti con disabilità stabilizzata, non dimissibili per problemi socio-assistenziali e/o per non adeguato sostegno familiare, in attesa di ricovero in strutture residenziali, semiresidenziali o in assistenza domiciliare.
- ☐ Altra Patologia SPECIFICARE _____

Condizioni cliniche eleggibili area chirurgica

- ☐ Convalescenza controllata
- ☐ Necessità di medicazioni da eseguire in ricovero
- ☐ Complicanze mediche di interventi chirurgici (metaboliche, infettive, circolatorie)
- ☐ Sottoposti ad interventi protesici di anca o ginocchio o da fratture recenti che richiedono cure continuative prima della
- ☐ Riabilitazione intensiva
- ☐ Altra Patologia SPECIFICARE _____

Punto C: Bisogni assistenziali

- ☐ Clinico (inquadramento clinico, stabilizzazione delle condizioni cliniche)
- ☐ Riabilitativo estensivo (recupero funzionale)
- ☐ Infermieristico:
 - ☐ Prevenzione e trattamento delle lesioni da decubito
 - ☐ Gestione dei dispositivi medici
 - ☐ Altro
- ☐ Sociale:
 - ☐ Promozione delle relazioni sociali
 - ☐ Promozione delle attività ricreative
 - ☐ Animazione e contatti con i familiari
 - ☐ Altro

Controllo 7 (valutazione proporzionale): Appropriatezza in Riabilitazione
Scheda a) Valutazione Complessiva in Riabilitazione

Il paziente proviene per trasferimento da U.O. per acuti	SI	NO		100
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Lungodegenza	SI	NO		
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Riabilitazione ad alta specialità (codice 75 - codice 28)	SI	NO		
Il paziente proviene dal territorio	SI	NO		
E' presente la richiesta del medico del reparto di provenienza	SI	NO	NA	10
Il ricovero in riabilitazione è avvenuto entro 60 giorni dal ricovero per l'evento acuto correlato*	SI	NO	NA	100
E' presente la scheda di accettazione della proposta di ricovero validata dal medico specialista della riabilitazione** (come previsto dal Piano Regionale della Riabilitazione; per la cardiologia riabilitativa vedi normativa allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		10
Sono presenti almeno 2 dei criteri di accesso al ricovero ordinario previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12) (Punto A Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri ordinari)	SI	NO	NA	100
E' presente almeno 1 criterio di accesso al ricovero diurno tra quelli previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12) (Punto B Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	NA	100
Per la cardiologia riabilitativa sono rispettati i criteri specifici di accesso previsti dalla normativa (allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO	NA	100
E' presente il progetto riabilitativo individuale di cui è responsabile il medico specialista della riabilitazione** con la collaborazione dei componenti del team multi professionale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		100
E' presente la diagnosi funzionale	SI	NO		10
Sono indicati gli obiettivi riabilitativi	SI	NO		10
Sono presenti gli esiti attesi alla fine del ricovero	SI	NO		10
E' presente il programma riabilitativo	SI	NO		50
Sono presenti le fasi e le modalità di esecuzione del programma	SI	NO		20
E' presente il modello di valutazione qualitativa bio-psico-sociale (classificazione ICF)	SI	NO		10
E' presente una scala di valutazione quantitativa	SI	NO		5
E' specificata la durata prevista del trattamento riabilitativo individuale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		50
Il progetto riabilitativo individuale è firmato dal medico specialista in riabilitazione responsabile del progetto stesso (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)	SI	NO		100
Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver	SI	NO		3
E' presente la valutazione funzionale periodica	SI	NO		10
E' presente la valutazione funzionale finale	SI	NO		10
E' presente il diario dei trattamenti riabilitativi (incluso il nursing riabilitativo***)	SI	NO		70
LA LETTERA DI DIMISSIONE (DA REDIGERE ANCHE NEI CASI DI TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA ASSISTENZIALE) IDENTIFICA:				
il percorso riabilitativo successivo	SI	NO	NA	10
il carico assistenziale successivo	SI	NO	NA	10
necessità di ausili, protesi e ortesi	SI	NO	NA	10

* se il ricovero è avvenuto oltre il 60° giorno verificare :

1. la presenza di caratteristiche di complessità del paziente tali per cui gli stessi ricoveri possono comunque essere considerati appropriati (in tal caso specificare "na");
2. nel caso di ricovero in DH lo stesso va considerato ammissibile per continuità nell'immediatezza di una dimissione da ricovero ordinario, anche se sono trascorsi più di 60 giorni dall'evento acuto.

** Il medico specialista in riabilitazione: si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitazione ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha una anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative individuate da questo documento. (Cfr Piano di Indirizzo per la Riabilitazione – Anno 2011).



Appropriatezza in Riabilitazione (Valutazione Complessiva): Scheda Esplicativa

Punto A: criteri di accesso ricoveri ordinari (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso :

- ☐ il paziente è affetto da una disabilità complessa ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio funzionale che consente il reinserimento nel proprio contesto familiare
- ☐ le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazione diagnostico-terapeutiche ad elevata intensità (da parte di personale medico sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi
- ☐ il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbidità che impongono una tutela medica ed infermieristica costante
- ☐ la necessità di assistenza medica ed infermieristica è legata alle esigenze di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza

Punto B: criteri di accesso ricoveri diurni (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

Criteri di accesso :

- ☐ paziente con necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale
- ☐ Paziente per il quale all'interno del progetto riabilitativo individuale è prevista l'esecuzione di accertamenti diagnostici, clinico valutativi e funzionali che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti)
- ☐ paziente, ricoverato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici, disabile, non collaborante, che richiede un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio: pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati, soggetti con deficit delle funzioni cognitive, gravi disfagie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie)
- ☐ Paziente con necessità di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative ad alto costo
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di una ora dopo la somministrazione
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori trattamenti diagnostici strumentali nelle ore immediatamente precedenti/successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo
- ☐ Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio /osservazione oltre 60 minuti

Controllo 7: Appropriatelyzza in Riabilitazione
Scheda b) Valutazione Appropriatelyzza Giornata/Accesso in Riabilitazione

Reparto _____	N. Cartella _____	Età ____	Sex _____	F M
AMMISSIONE gg/mese ____/____/____	Anno ____/____/____	Tipo OR DH		
DIMISSIONE gg/mese ____/____/____	Anno ____/____/____			

Giornata o Accesso Non Appr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Note:

Rilevatore:

Criteri di Appropriatelyzza: L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico (Piano di indirizzo della riabilitazione, pag 11, GURI del 2-3-2011). Ove per le condizioni cliniche del paziente non possa essere rispettato il tempo minimo riabilitativo, la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica a firma del responsabile del PRI.* (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)

*Le attività di riabilitazione intensiva sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multi professionali intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico), che implicino un elevato livello di tutela medico-infermieristica e la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate (GURS 54, 21 dicembre 2012). Occorre quindi che nella valutazione quantitativa delle attività si tenga conto delle condizioni cliniche del paziente, dell'impegno diagnostico e terapeutico, dell'approccio multidisciplinare e multi professionale.

COPIA
NOTA

**Controllo 8 (valutazione proporzionale):
Appropriatezza clinica e sicurezza dei pazienti**

Presenza in cartella clinica della scheda antibioticoprofilassi (allegato 1) completa in tutte le sue parti. (Per tutti i DRG chirurgici)	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della checklist per la sicurezza in sala operatoria (D.A. 27.12.13) (allegato 3) completa in tutte le sue parti. (Per tutte le procedure chirurgiche di sala operatoria ¹)	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della scheda per la valutazione del rischio di tromboembolismo venoso come previsto dalla "Raccomandazione per la prevenzione del tromboembolismo venoso" in coerenza ai protocolli formalizzati delle strutture erogatrici. La scheda dovrà essere completa in tutte le sue parti ²	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica che sia stato rilevato e misurato il dolore, come previsto dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e allo standard come FAQ	SI	NO		10
Evidenza in cartella clinica della prevenzione del rischio caduta ³	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della Scheda Unica di Terapia completa in tutte le sue parti ⁴ .	SI	NO	NA	10
Presenza della "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) (solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)	SI	NO	NA	3
Note:				
Rilevatore:				

1) Poiché la checklist di sala operatoria, di cui all'allegato 3, è stata sviluppata per i contesti tipici di sala operatoria, viene inserita la possibilità del NA per i DRG chirurgici prodotti da procedure interventistiche (ad es. emodinamica impianto di Pace Maker, impianto di defibrillatore, TAVI, ERCP...).

2) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini (0-14 anni ad eccezione di soggetti con fattori di rischio familiari o individuali) e per i Day Hospital, considerata la durata limitata della permanenza in ospedale.

3) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini, per i pazienti intubati e per i DH medici e chirurgici.

4) Esclusi i DH diagnostici

COPIA TRATTA
NON VAL

Controllo 9: DRG psichiatrici

Secondo il giudizio dello psichiatra il ricovero è appropriato?	si	no	
Relazione:			
Psichiatra:			
Note			

COPIA TRATTA
NON VALIDA

Allegato 1: Scheda Antibiotico profilassi

UNITA' OPERATIVA _____

DATI PAZIENTE

COGNOME _____ NOME _____ NATO IL _____

Ricoverato il _____

Valutazione del rischio

Valutazione del rischio										
Classe ASA	1	☐	Classe intervento	Pulito	☐	Impianto protesico	SI	☐	NO	☐
	2	☐		Degenza prima dell'intervento > 48 h	SI	☐	NO	☐		
	3	☐								
	4	☐								
	5	☐								

DATA INTERVENTO ____/____/____ ORA INIZIO* ____/____ ORA FINE* ____/____

INTERVENTO _____

*dell'intervento

Modalità esecuzione profilassi antibiotica

Ora somministrazione antibiotico						
Antibiotico somministrato						
Dose aggiuntiva	SI	☐	NO	☐	Se SI per	☐ Emodiluizione > 15 ml/Kg
						☐ Perdite ematiche > 1.500 ml
						☐ Durata intervento > 3 h
						☐ ASA $\geq$ 2
						☐ Impianto di protesi

FIRMA

COPIA
NON

Allegato 2 - Scheda Programmazione Interventi/procedure diagnostiche

(solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)

Nome Cognome _____

Cartella Clinica n. _____

U.O. _____

data ricovero _____

<i>gg degenza</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Data (giorno/mese)												
Radiodiagnostica basale												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
Radiodiagnostica avanzata												
TC ...												
RMN ...												
...												
...												
...												
Consulenze specialistiche												
..												
...												
..												
...												
..												
Es strumentali												
EGDS												
Colonscopia												
Ecocardio												
Ultrasonologia												
.....												
.....												
.....												
Procedure chirurgiche												
.....												
.....												
Previsione della dimissibilità o trasferimento*												

Per ogni prestazione indicare con una "x" la giornata di richiesta; con un "o" la data di erogazione (anche nella medesima casella)

*Trasferimento in caso di terapie intensive o subintensive

Allegato 3: Checklist per la sicurezza in chirurgia

Checklist per la sicurezza in chirurgia*

Sign In <i>Prima dell'induzione dell'anestesia</i>	Time Out <i>Prima dell'incisione della cute</i>	Sign Out <i>Prima che il paziente abbandoni la sala operatoria</i>
☐ Conferma del paziente : - identità - sede di intervento - procedura - consenso E' stato rispettato il piano per la profilassi della TVP ? ☐ sì ☐ non applicabile	☐ tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione ☐ Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato: - identità del paziente - sede d'intervento - procedura Anticipazione di eventuali criticità: ☐ chirurgo: Ci sono particolari criticità o preoccupazioni, durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue? ☐ anestesista: Ci sono aspetti critici intrinseci al paziente? ☐ infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?	☐ L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe: ☐ il nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?) ☐ che il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, sia risultato corretto ☐ come il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta sia stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione) ☐ eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici
☐ Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile ☐ Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati ☐ Posizionamento del Pulsiossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento	La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti? ☐ sì ☐ non applicabile Le immagini diagnostiche sono state visualizzate? ☐ sì ☐ non applicabile	☐ Chirurgo, Anestesista e Infermiere revisionano gli aspetti importanti e le criticità per la gestione del post operatorio del paziente E' stato predisposto il piano per la profilassi della TVP nel post operatorio (mobilitazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci)? ☐ sì ☐ non applicabile
Identificazione dei rischi del paziente: Allergie: ☐ sì ☐ no Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione? ☐ sì, e la strumentazione/assistenza disponibile ☐ no Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)? ☐ sì ☐ sì, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili		

* Sono consentite integrazioni per eventuali esigenze di particolari discipline chirurgiche o tipologia di intervento

La Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Edicola, rivendita tabacchi Alfano Giovanna - via Panoramica dei Templi, 31; Pusante Alfonso - via Dante, 70; Damont s.r.l. - via Panoramica dei Templi, 21;

ALCAMO - Arusio Maria Caterina - via Vittorio Veneto, 238; Libreria Pipitone Lorenzo - viale Europa, 61.

BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).

BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Maimone Concetta - via Garibaldi, 307; Edicola "Scilipoti" di Strosio Agostino - via Catania, 13.

BOLOGNA - Libr. giur. Edinform s.r.l. - via Innerio, 12/5.

CAPO D'ORLANDO - "L'Italiano" di Lo Presti Eva & C. s.a.s. - via Vittorio Veneto, 25.

CASTELVETRANO - Cartolibreria - Edicola Marotta & Calia s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.

CATANIA - Libreria La Paglia - via Etna, 393/395.

FAVARA - Costanza Maria - via IV Novembre, 61; Pecoraro di Piscopo Maria - via Vittorio Emanuele, 41.

GELA - Cartolibreria Eschilo di Simona Trainito - corso Vittorio Emanuele, 421.

GIARRE - Libreria La Senorita di Giuseppa Emmi - via Trieste, 39.

MAZARA DEL VALLO - "F.lli Tudisco & C." s.a.s. di Tudisco Fabio e Vito Massimiliano - corso Vittorio Veneto, 150.

MENFI - Ditta Mistretta Vincenzo - via Inico, 188.

MESSINA - Rag. Colosi Nicolò di Restuccia & C. s.a.s. - via Centonze, 227, isolato 66.

MISILMERI - Ingrassia Maria Concetta - corso Vittorio Emanuele, 528.

MODICA - Baglieri Carmelo - corso Umberto I, 460.

NARO - "Carpediem" di Celauro Gaetano - viale Europa, 3.

PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Libreria del Tribunale" s.r.l. - piazza V. E. Orlando, 44/45; Edicola Badalamenti Rosa - piazza Castelforte, s.n.c. (Partanna Mondello); "La Bottega della Carta" di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11; Libreria "Campolo" di Gargano Domenico - via Campolo, 86/90; Libreria "Forense" di Valenti Renato - via Maqueda, 185; Iaria Teresa - via Autonomia Siciliana, 114; Libreria "Ausonia" di Argento Sergio - via Ausonia, 70/74; Grafill s.r.l. - via Principe di Palagonia, 87/91.

PARTINICO - Lo Iacono Giovanna - corso dei Mille, 450.

PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armanca Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.

PORTO EMPEDOCLE - MR di Matrona Giacinto & Matrona Maria s.n.c. - via Gen. Giardino, 6.

RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.

SAN MAURO CASTELVERDE - Garofalo Maria - corso Umberto I, 56.

SANT'AGATA DI MILITELLO - Edicola Ricca Benedetto - via Cosenza, 61.

SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.

SCIACCA - Edicola Coco Vincenzo - via Cappuccini, 124/a.

SIRACUSA - Cartolibreria Zimmitti Catia - via Necropoli Grotticelle, 25/O.

TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 336.

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2015

PARTE PRIMA

I) Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale

— annuale	€	81,00
— semestrale	€	46,00

II) Abbonamento ai fascicoli ordinari, incluso i supplementi ordinari e l'indice annuale:

— soltanto annuale	€	208,00
--------------------	---	--------

Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€	1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€	1,15

SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento soltanto annuale	€	23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€	1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€	1,15

PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale	€	202,00
Abbonamento semestrale	€	110,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€	4,00
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€	1,15

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni fasciata	€	0,18
--	---	------

Per i paesi europei o extraeuropei, i prezzi di abbonamento e vendita sono rispettivamente, raddoppiati e triplicati.

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato a mezzo **bollettino postale** sul c/c postale n. 00304907 intestato alla "Regione siciliana - Gazzetta Ufficiale - Abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, indicando nella causale del versamento per quale parte della *Gazzetta* ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della *Gazzetta* deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nel retro del postagiro o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita I.V.A. o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dall'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, mentre i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre ed entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.A. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della *Gazzetta*.

L'invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione della *Gazzetta* entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione della targhetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

AVVISO Gli uffici della *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 16,15 alle ore 17,45. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).



TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *condirettore e redattore*

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

PREZZO € 5,75

