

## 2.1 Integrazione ospedale territorio nella realizzazione della rete ictus

|                    |  |
|--------------------|--|
| <i>Laboratorio</i> | <b>2.1 Integrazione ospedale territorio nella realizzazione della rete ictus</b>   |
| <i>Area</i>        | Gli ospedali e il loro territorio  |
| <i>Abstract</i>    | <p>La patologia cerebrovascolare acuta, come quella cardiaca, è una patologia tempo-dipendente. Per tale ragione l'ottimizzazione dei percorsi deve tenere conto di questa caratteristica in maniera da minimizzare le conseguenze e massimizzare le possibilità di recupero e di sopravvivenza. L'interazione ospedale-territorio nella rete stroke si estrinseca in due differenti momenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fase iperacuta con ottimizzazione del percorso pre-ospedaliero e dell'attivo del paziente presso il PO più idoneo nel minor tempo possibile (strutture coinvolte: servizio di emergenza territoriale/118/DEA/SC Neurologia/Stroke Unit/Neuroradiologia/Radiologia)</li> <li>- Fase post-acuta con sviluppo del percorso riabilitativo in contesto extra-ospedaliero (estensivo presso altri presidi/LD e/o ambulatoriale e presa in carico per follow-up specialistico ambulatoriale (strutture coinvolte: Neurologia/Stroke Unit, Servizi multiprofessionali di Riabilitazione, LD, neurologo ambulatoriale, MMG)</li> </ul> <p>Per la gestione più efficace di entrambe le fasi sono necessari protocolli condivisi e diffusi che regolino le azioni e le interfacce fra i differenti attori dei percorsi, in un approccio il più possibile di team multidisciplinare e multi professionale. La collaborazione tra gli attori, la formazione condivisa e l'uso di tecnologie complementari all'organizzazione sono la chiave per ridurre i tempi di intervento e migliorare gli esiti clinici. Investire in reti, persone e organizzazione è cruciale per una gestione efficace dell'ictus.</p> |

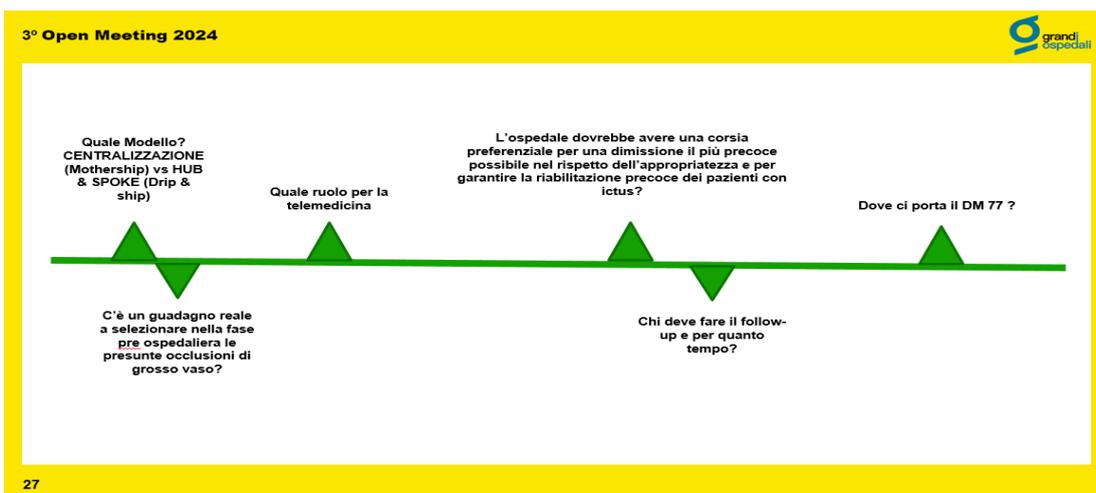
### Scenario di riferimento

Nella prima fase del laboratorio, gli interventi del dottor Vincenzo Andreone (AORN A. Cardarelli) e del dottor Fiore Manganelli (AOU Federico II) hanno messo a fuoco i seguenti punti di discussione relativi ai rapporti Ospedale Territorio nella gestione dei pazienti con stroke:

Le due differenti fasi descritte nell'abstract, ovvero la fase iperacuta e quella post-acuta, sono state oggetto di discussione separata, facendo riferimento a momenti differenti della storia naturale della patologia e ad esigenze differenti dal punto di vista gestionale ed assistenziale, con obiettivi diversi.

Le due fasi inoltre hanno fatto riferimento a professionisti e strutture in gran parte differenti, per cui tutti i convenuti hanno concordato sulla utilità della gestione separata dei due momenti, intervenendo sulla base del coinvolgimento diretto in una o nell'altra fase. Tutti gli interventi sono stati attivi e le criticità evidenziate sono state di ordine generale e comuni a differenti realtà. Alcune di queste (carenza di risorse, intese sia come risorse strutturali che come risorse umane, a tutti i livelli, sia nella prima che nella seconda fase) sono state declinate come non risolvibili da nessuna delle azioni proposte dal laboratorio, ma sicuramente almeno in parte ottimizzabili sulla base dell'analisi più dettagliata dei flussi che descrivono il percorso dei pazienti, in particolare nella fase preospedaliera, dove molte informazioni mancano per l'inesistenza di dati informatizzati interrogabili dagli organi di controllo e vigilanza (es. AGENAS). In particolare questo aspetto potrebbe trovare una sua ottimizzazione nella definizione di indicatori facilmente raccogliibili ed obbligatori, sia temporali che di percorso, per esempio inseribili nella scheda di accesso/dimissione del PS/DEA, mentre altri indicatori di percorso potrebbero rientrare nella compilazione della SDO (es. timing dei trattamenti riperefusivi). Le misure di outcome di tali trattamenti e in generale di qualunque trattamento del paziente con stroke acuto, ad iniziare dalla Stroke Unit, richiedono, per poter essere raccolte e rilevabili, l'elaborazione di un percorso standardizzato di follow-up (in persona o telefonico/videochiamata/televisita) con un repository omogeneo dei dati (es. mRS a 90 gg, estensibile ad almeno 120 giorni per i pazienti con emorragia intracranica). Pertanto appare evidente che la valutazione dell'outcome della fase 1 richiede un diretto coinvolgimento dei professionisti della fase 2.

Alcuni spunti fanno riferimento a un contesto generale comune alle due fasi (es. informatizzazione, implementazione tecnologica, interdisciplinarietà, creazione e applicazione di protocolli ad es. regionali, ecc.), mentre altre appartengono a un background ancora più ampio ("human factor") o più chiaramente ad una fase post-acuta [televisita/continuità assistenziale/problematicità dei territori regionali (periferia vs centro)].

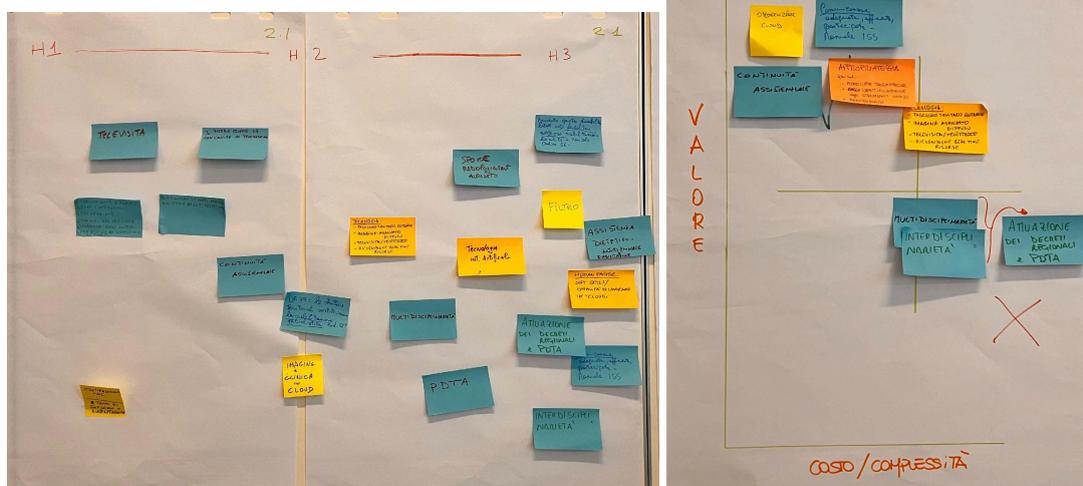


## Le azioni proposte e le azioni prioritarie

Sulla base di queste premesse, tenendo conto delle due fasi sopra dettagliate e della realizzabilità dei progetti sulla base delle risorse disponibili e della priorità degli stessi, sono stati espressi dei possibili scenari migliorativi che per maggiore praticità si possono differenziare nelle due fasi sopra descritte.

- Fase preospedaliera (percorso ictus iperacuto): implementazione della prenotifica sul neurologo referente dello spoke per macroterritori (anche ai fini della selezione corretta del paziente, mirante e non centralizzare i pazienti non suscettibili di approccio iperacuto sulla base dei dati anamnestici disponibili) e contatto virtuoso fra hub e spoke con definizione e valorizzazione dei ruoli di entrambi nel percorso; attività formativa e incontri periodici comuni fra hub e spoke per risolvere e prevenire le criticità (incluso team neurovascolare, DEA e neuroradiologo/radiologo), definizione di protocolli di gestione della rete stroke applicabili con verifica della loro applicazione dopo condivisione allargata e formalizzazione degli stessi (PDTA/protocolli operativi di rete/macroarea, ad applicazione di Linee di Indirizzo di rete definite a livello regionale, ecc.), standardizzazione dell'utilizzo del neuroimaging avanzato (presuppone un censimento delle dotazioni strutturali e professionali dei singoli snodi della rete) con condivisione di immagini e teleconsulto neuroradiologico, sulla base di protocolli locali formalizzati, definizione di scenari di backtransport da DEA e di uscita dalla Stroke Unit verso ospedali spoke per garantire la disponibilità di posto letto in Stroke Unit a tutta la rete
- Fase post-acuta: formalizzazione di protocolli operativi di gestione del paziente in setting riabilitativo, anche ambulatoriale, con modalità democratiche e trasparenti di accesso alle risorse disponibili (es. percorsi per logopedia, gestione disfagia/nutrizione artificiale, ecc.), repository o DHW condiviso a livello provinciale/regionale/aziendale per l'accesso ai dati sanitari che faciliti l'interazione e la continuità della presa in carico e delle cure, definizione di percorsi ambulatoriali dedicati con contatto fra specialisti territoriali (neurologi) e specialisti ospedalieri per la gestione, secondo protocolli operativi condivisi, del passaggio dalla fase ospedaliera a follow-up territoriale, modalità applicative del DM 70, utilizzo di piattaforme di tele visita e di contatto formale anche fra specialisti per condivisione multidisciplinare con refertazione condivisa oltre che di modalità di tele riabilitazione per i pazienti eleggibili al fine di ottimizzare le risorse disponibili e limitare gli spostamenti anche dei pazienti (es. quanto fatto da alcune strutture durante le prime due ondate della pandemia)

Adottando la matrice delle priorità tutte le proposte che si basano su stesura e applicazione di protocolli operativi e PDTA con valenza regionale e locale, valorizzando la multidisciplinarietà, sono a basso costo, per cui prioritarie per rapporto atteso costo/risultati. Costi maggiori hanno le proposte che richiedono l'acquisizione di piattaforme tecnologiche dedicate e richiedono pertanto un investimento che deve essere deciso centralmente, il cui impatto comunque è considerato rilevante e prioritario.



## Conclusioni

La progettualità proposta è quella di un tavolo di lavoro multidisciplinare che definisca delle strategie di facile e pronta applicabilità per migliorare la gestione e risolvere le criticità emerse nelle due fasi dei rapporti ospedale-territorio, con una estrinsecazione nazionale ed eventuali modulazioni locali.

## Hanno partecipato

**Moderatori:** Vincenzo Andreone, AORN A. Cardarelli, Napoli e Fiore Manganeli, AOU Federico II, Napoli

**Management Advisor:** Cristina Marchesi, IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

**Facilitatore:** Martina Missano, psicologa

**Partecipanti:** Alessandro Bacci, Giorgio Bosso, Francesco Briganti, Lucia Grazia Campanile, Vincenza Cirino, Raffaella Citro, Michele Cuozzo, Maria Iapoce, Antonio Maddalena, Manuela Maione, Cristina Marchesi, Alessandro Padovani, Vincenzo Palma, Francesca Romana Pezzella, Bruno Ronga, Maria Sessa, Floriana Vitale, Maria Luisa Zedde