

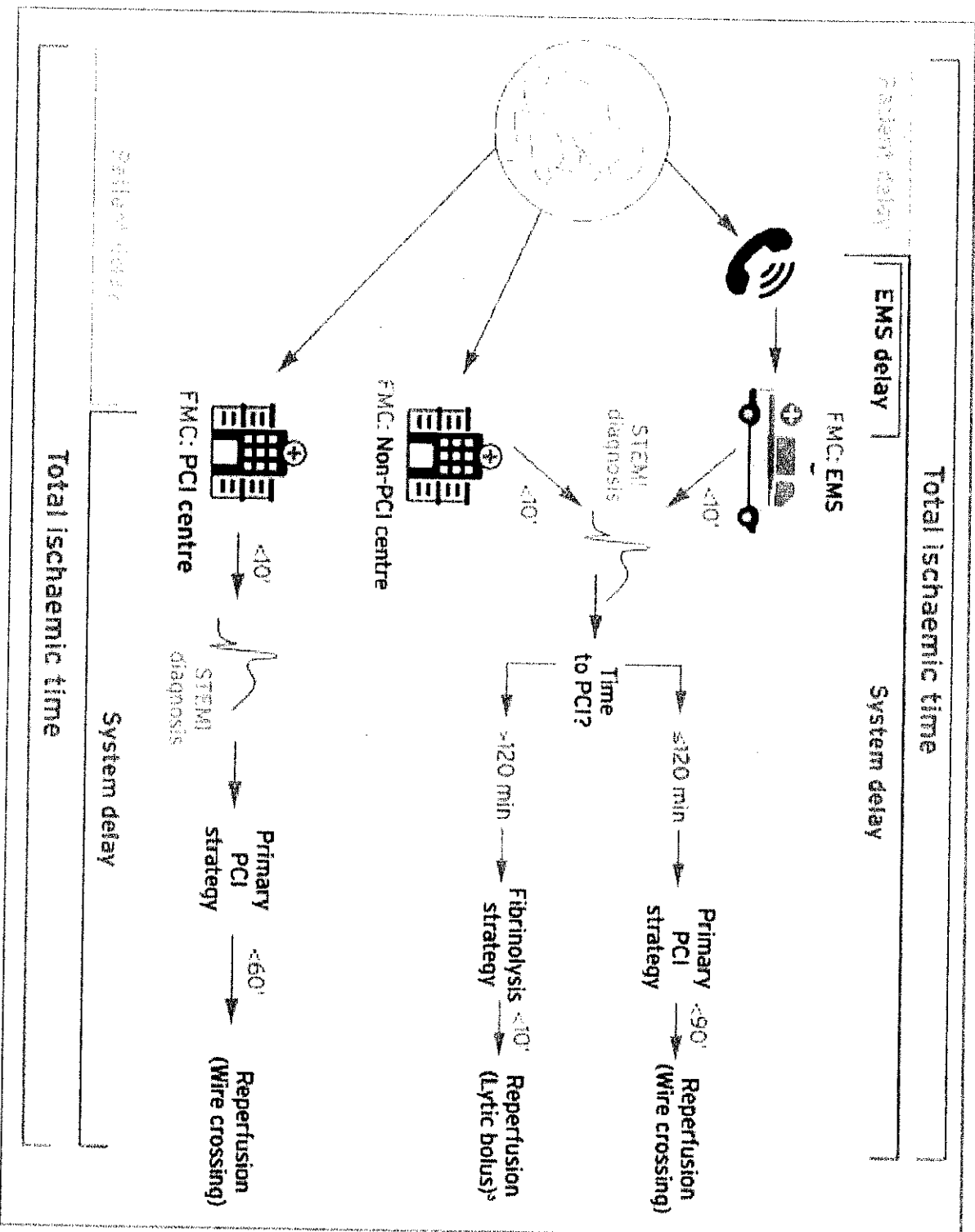
## **All. 2)**

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

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

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

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





## Fig. 2 Legenda

- A: Appropriato**
- C: Accettabile**
- I: Inappropriato**

**Fig. 3a****Strategie terapeutiche - Ospedali Hub**

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

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

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

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

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

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

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

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

**Fig. 4b. Ritardi "accettabili"**

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



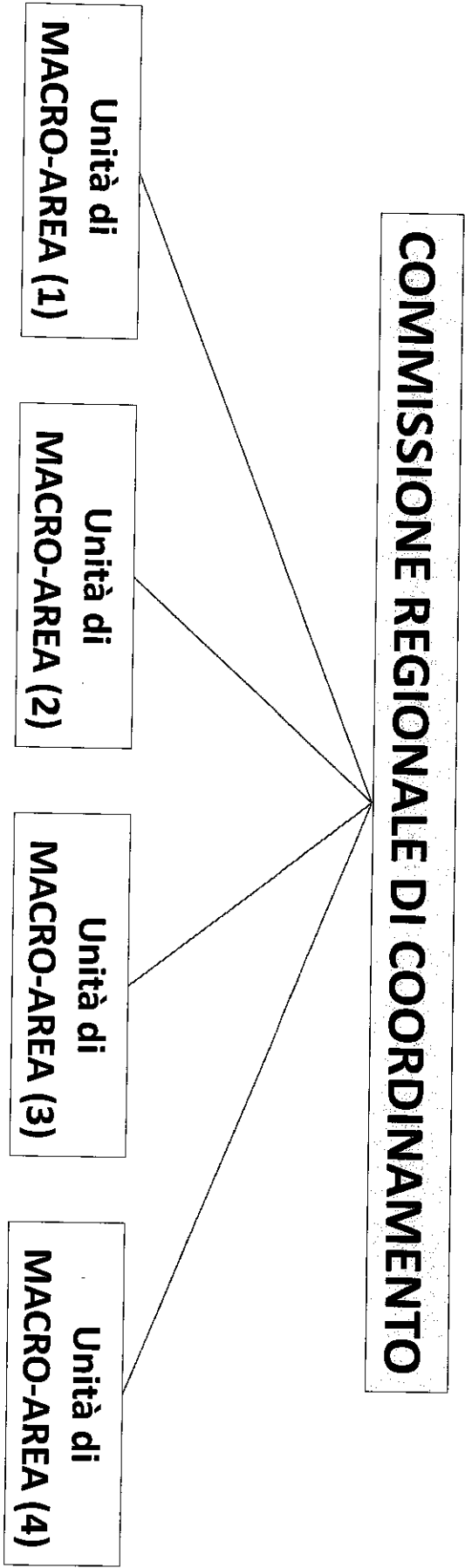
**Fig. 5.  
Farmaci antiaggreganti, anticoagulanti, fibrinolitici e antidolorifici  
necessari in ambulanza**

<b>Farmaci</b>
ASA (cpr e/o fiale)
Eparina sodica
Morfina
Tenecteplase *

*\*La dotazione di Tenecteplase sarà data alle ambulanze MSA che gravitano in aree dove è prevista l'eventuale trombolisi pre-ospedaliera. La decisione di praticare la trombolisi deve essere concordata con il cardiologo di riferimento.*



**Fig. 6**  
**Organigramma**





## Fig. 7 Standard dei Laboratori di Emodinamica

**Personale DEDICATO**      Medici: minimo 4 (ottimale 5) emodinamisti oltre al responsabile (1 per ogni procedura in regime di reperibilità)

Infermieri: minimo 6 per emodinamica con una sala – ottimale 10 per emodinamiche con due sale (2 per ogni procedura in regime di reperibilità). Un coordinatore se il laboratorio è articolato su più sale e più turni di servizio

Tecnici sanitari di radiologia medica e di cardiologia (ove presenti): minimo 4 – ottimale 5 per emodinamica con due sale (1 per ogni procedura in regime di reperibilità)

**Requisiti strutturali**    N. 1 sala (ottimale 2) con angiografo *fisso*  
**minimi**    N. 1 sala con angiografo *portatile* nel caso in cui ci sia solo una sala con angiografo fisso  
Gruppo di continuità UPS

### Standard organizzativi

**e di processo**    Attività + reperibilità: 24h/24h - 7gg/7 gg  
Volume di attività: 400 procedure/anno per laboratorio  
100 procedure/anno per operatore