



**SOCIETÀ MEDICA  
DI SANTA MARIA NUOVA  
X EDIZIONE**

**Giornate Mediche di Santa Maria Nuova 2018**



**IL DANNO TISSUTALE ISCHEMICO:  
*sedi anatomiche, strategie terapeutiche e reti assistenziali*  
18-19 Ottobre 2018**

**“IL DAY SERVICE E IL VALORE AGGIUNTO  
DEL FAST TRACK ANGIOLOGICO”**

**ALESSANDRA PESCI**

Dirigente Medico Medicina Interna

Santa Maria Nuova

Firenze

## Day service

Definizione: “ L’ospedale senza ricovero”, deputato alla gestione di patologie complesse proprie dell’area medica senza ospedalizzazione

Nel quadro del **Chronic Care Model (CCM)** per una efficienza del sistema si deve prevedere un raccordo strutturato fra ospedale e territorio che vada oltre alla interazione DEA-Territorio.

Essenziale è un sistema di contatto unico fra MMG e strutture specialistiche ospedaliere (**SISTEMA UNICO DI ACCESSO**) in caso di **urgenze differibili** o problematiche gestionali complesse che il MMG non può risolvere da solo.

Il Day Service è il collettore unico delle richieste.

# Fast track angiologico

Corsia di scorrimento veloce attivata da MMG attraverso numero verde con CUP dedicato che garantisce accesso entro 48-72 ore e l'esecuzione, anche in una sola mattina, di un iter diagnostico concordato

- Sospetta patologia trombotica venosa
- TIA differito (a basso rischio): oltre 48 ore entro 1 mese
- Arteriopatia obliterante periferica in fase critica

Il percorso viene svolto come ambulatorio complesso di medicina con esami ematici, Eco-color doppler, infusione di farmaci

# FAST TRACK diagnostico TVP

## Area Vasta Centro

- Percorso diagnostico integrato fra Azienda Territoriale (AUTC) e Azienda Ospedaliero Universitaria (AOUC) per un accesso diretto da parte dei MMG alla diagnostica Eco doppler e consulenza vascolare.
- A disposizione **60 posti settimanali** prenotabili solo dal MMG con agenda CUP unica che mette in rete tutti i posti disponibili degli ospedali. Accesso entro 24-48 ore e prenotazione attraverso un **numero verde** dedicato (8-18 dal lun. al ven.) gestito da un Helpdesk con personale esperto.

# FAST TRACK VASCOLARE AVC

## offerta

ZONA	STRUTTURA	POSTI OFFERTI settimana tipo
<b>EMPOLI</b>		<b>8</b>
	OSPEDALE DEGLI INFERMI - SAN MINIATO	2
	OSPEDALE SAN GIUSEPPE - EMPOLI	6
<b>PISTOIA</b>		<b>10</b>
	POLIAMB. EX FILANDA /PESCIA	1
	OSPEDALE SAN JACOPO - PISTOIA	6
	POLIAMBULATORI DELL'OSPEDALE SAN MARCELLO PISTOIESE	1
	OSPEDALE SS COSMA E DAMIANO - PESCIA	2
<b>PRATO</b>		<b>6</b>
	OSPEDALE SANTO STEFANO -PRATO	6
<b>FIRENZE</b>		<b>26</b>
	PIERO PALAGI	2
	OSPEDALE SANTA MARIA NUOVA	10
	OSPEDALE SAN GIOVANNI DI DIO	7
	OSPEDALE SANTA MARIA ANNUNZIATA	7
<b>CAREGGI</b>		<b>10</b>
	AZIENDA OSPEDALIERA CAREGGI	10
<b>Totale complessivo</b>		<b>60</b>

# FAST TRACK TVP (AUTC-AOUC)

Sospetto TVP : Scala Wells

Numero Verde: 800 444 432

ECO-COLOR DOPPLER +  
VISITA e TERAPIA

Invio al MMG con programma  
di follow-up

## DAY SERVICE TVP

- Diagnosi con CUS estesa di TVP
- Nei casi positivi prende in carico il paziente e prescrive la terapia anticoagulante compreso il piano per i DOAC
- Programma controllo a 3 mesi per rivalutazione doppler / terapia anticoagulante.
- Invia alla SOD Malattie Aterotrombotiche di Careggi casi selezionati di trombosi complessa

# Score clinico di probabilità pre-test per TVP

Cancro in fase attiva	1	
Paralisi paresi o immobilizzazione in gesso dell'arto	1	
Chirurgia maggiore ultime 12 settimane o allettamento > 3 giorni	1	
Tumefazione dell'intero arto	1	
Circonferenza polpaccio > 3 cm rispetto al controlaterale	1	
Edema improntabile dell'arto		1
Dolorabilità lungo vene profonde	1	
Vene superficiali non varicose ectasiche	1	
Precedente documentata TVP	1	
Diagnosi alternativa alla TVP	-2	

**TVP probabile  $\geq 2$**

**TVP poco probabile  $< 2$**

**Wells P. et al NEJM 2003**



## STEP 3

### Terapia anticoagulante e indicazioni a MMG



**Ricovero ospedaliero h24** nei casi :  
Patologia sistemica , sospetta EP,  
controindicazioni alla terapia anticoagulante.

Esecuzione **esami ematochimici urgenti**: *emocromo, assetto coagulativo, creatinina.*

- Somministrazione EBPM o Fondaparinux o NAO
- Invio referto ecocolordoppler e relazione al MMG
- Indicazione a screening per secondarietà e trombofilia

## STEP 4

# Follow-up strumentale-tempistica

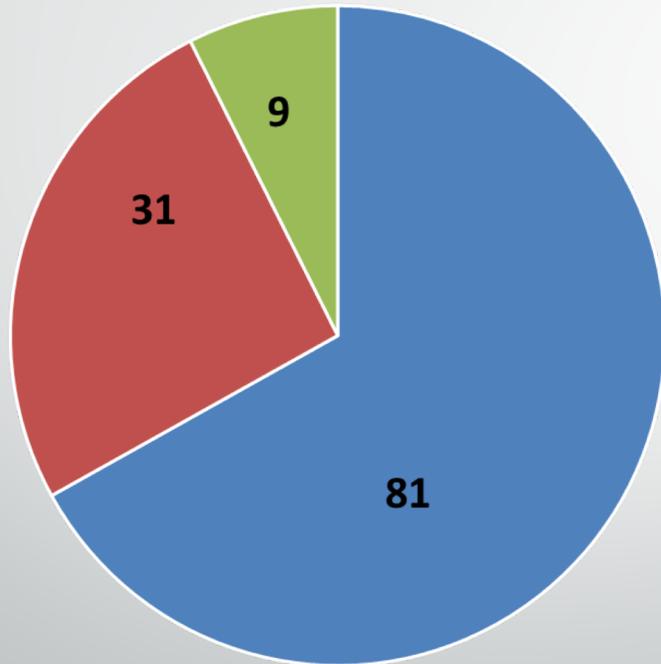


- Ecocolordoppler venoso arti inferiori a 3 mesi:**  
valutazione su durata terapia (anche in base a risultati screening per secondarietà)
- Eventuale ulteriore controllo ecocolordoppler a 6 mesi**

Il centro prenota direttamente alla fine della prima visita  
L'eco color doppler di controllo

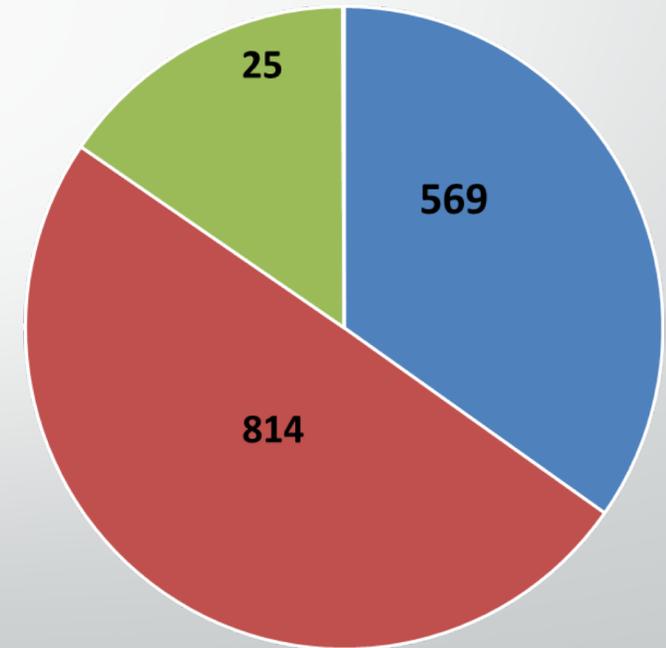
# DATI AGENZIA REGIONALE SANITA' RICOVERO TEV 2016

RICOVERI PER TVP = 141



■ CENTRO ■ NORD OVEST ■ SUDEST

RICOVERI PER EMBOLIE  
POLMONARI = 1816



■ CENTRO ■ NORD OVEST ■ SUDEST

**Popolazione Toscana 3.742.437/abitanti**

**Ogni anno 100 nuovi casi di TVP ogni 100.000/abitanti**

## LA TVP non è più una malattia che si ricovera in ospedale

Ricoveri Medicina Interna SMN 2017			
	numero	ricoveri per TVP	
Gennaio	174	0	
Febbraio	164	0	
Marzo	188	1	
Aprile	175	0	
Maggio	177	0	
Giugno	152	0	
Luglio	164	0	riduzione PL
Agosto	151	0	riduzione PL
Settembre	156	0	
Totale	1501	1	
	%	0,067	

*Fonte dati: estrazione sw Argos*

# Trombosi venosa profonda

<b>TVP prossimale</b>	<b>EBPM</b> 90-100 U/anti Xa/kg ogni 12 ore o <b>Fondaparinux</b> 7,5 mg ogni 24 ore +dicumarolo dal giorno 2-4 giorno  Protrarre EBPM/F per almeno 5 gg di terapia combinata fino a 2 gg consecutivi di INR a range
<b>TVP distale</b>	EBPM 90-100 U/anti Xa/kg ogni 12 ore per 7-10 gg, poi 2/3 dosaggio in un' unica somministrazione giornaliera per 6 settimane

elastocompressione 2° classe e libera deambulazione

## Trombosi venosa superficiale

**TVS a livello tronculare safenico**

**EBPM** 90-100 U/anti Xa/kg ogni 12 ore poi 2/3 dosaggio in un' unica somministrazione giornaliera per 6 settimane. **Fondaparinux** 2,5 mg 1F sc al di per 6 sett.

**TVS di vene collaterali o reticolari**

EBPM a dosi profilattiche ( $\geq 3400$  U/die) +/- FANS.  
La terapia deve essere prolungata almeno 30 giorni. Non utili antibiotici e impacchi caldo-umidi.

elastocompressione 2° classe e libera deambulazione

# NAO nel TEV : schemi posologici

RIVAROXABAN	15 mg x 2 volte/die per 21 giorni seguito da 20 mg/die (ridurre a 15 mg/die se il rischio di sanguinamento eccede il rischio di recidiva tromboembolica)
APIXABAN	10 mg x 2 volte/die per una settimana seguito da 5 mg x 2 volte/die poi eventualmente 2,5 mg x2
DABIGATRAN	150 mg x 2 volte/die (ad alto rischio di sanguinamento 110 mg x 2 al di)
EDOxabAN	60 mg una volta/die (30 mg se ClCr 30-50 ml/min, o peso < 60 Kg)

# FAST TRACK TIA

**TIA:** episodio transitorio di disfunzione neurologica causata da ischemia focale cerebrale, midollare o retinica, senza evidenza di infarto acuto

- Elevato rischio di stroke quantificabile con applicazioni score ABCD<sub>2</sub>
- Accesso facilitato a fast track diagnostico per definizione eziopatogenetica

Quali pazienti?

- **ABCD<sub>2</sub> score 0-4 (basso rischio)**
- **Inviati del MMG o dal DEA**

## ABCD<sub>2</sub> score

The ABCD<sub>2</sub> score is a risk assessment tool designed to improve the prediction of short-term stroke risk after a transient ischemic attack (TIA). The score is optimized to predict the risk of stroke within 2 days after a TIA, but also predicts stroke risk within 90 days. The ABCD<sub>2</sub> score is calculated by summing up points for five independent factors.

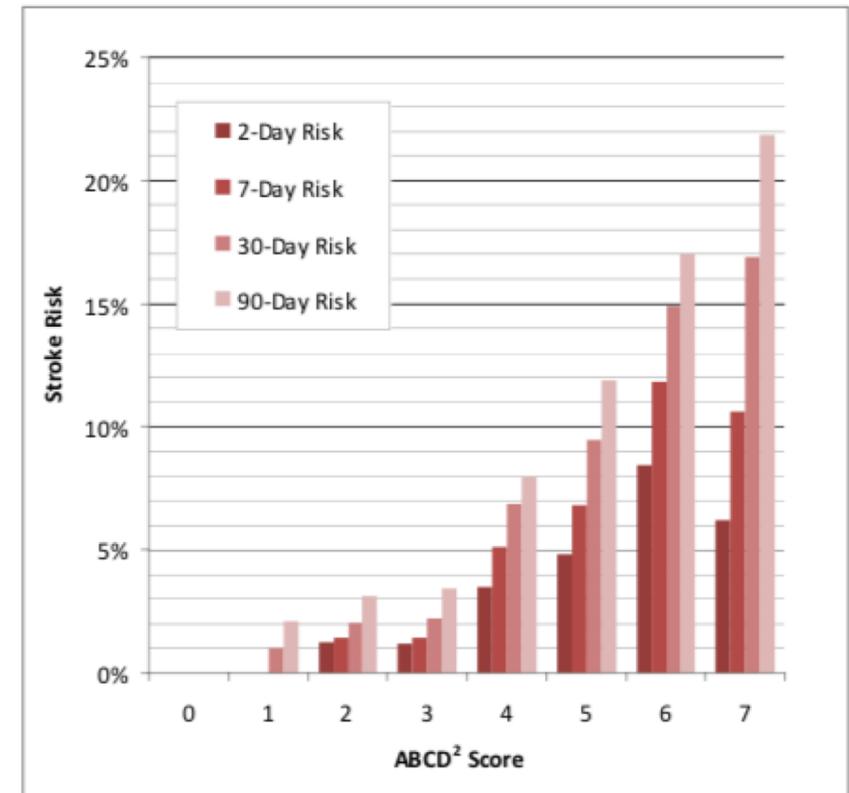
Risk Factor	Points	Score
<b>Age</b> ≥ 60 years	1	<input type="checkbox"/>
<b>Blood pressure</b> Systolic BP ≥ 140 mm Hg OR Diastolic BP ≥ 90 mm Hg	1	<input type="checkbox"/>
<b>Clinical features of TIA (choose one)</b> Unilateral weakness with or without speech impairment OR Speech impairment without unilateral weakness	2 1	<input type="checkbox"/>
<b>Duration</b> TIA duration ≥ 60 minutes TIA duration 10-59 minutes	2 1	<input type="checkbox"/>
<b>Diabetes</b>	1	<input type="checkbox"/>
<b>Total ABCD<sup>2</sup> score</b>	0-7	<input type="checkbox"/>

## Using the ABCD<sup>2</sup> Score

Higher ABCD<sup>2</sup> scores are associated with greater risk of stroke during the 2, 7, 30, and 90 days after a TIA (Figure). The authors of the ABCD<sup>2</sup> score made the following recommendations for hospital observation:<sup>1</sup>

ABCD <sup>2</sup> Score	2-day Stroke Risk	Comment
0-3	1.0%	Hospital observation may be unnecessary without another indication (e.g., new atrial fibrillation)
4-5	4.1%	Hospital observation justified in most situations
6-7	8.1%	Hospital observation worthwhile

[1] Johnston SC, Rothwell PM, Huynh-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Sidney S, "Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischemic attack," *Lancet*, 369:283-292, 2007.



# DAY SERVICE TIA

- Anamnesi + Esame Obiettivo e parametri vitali
- ECD TSA
- ECG + Ecocardiogramma, eventuale Holter ECG e/o ETE → Cardiologo
- Esami ematici: esami di base, assetto lipidico, emoglobina glicata, omocisteina, Lp(a)
- Neuroimaging entro 24 h (TC cranio diretta/RMN encefalo + diffusione) ↘
- AngioTC vasi collo e intracranici/AngioRMN encefalo → Radiologia

→ Collegamento diretto con Chirurgo Vascolare in casi selezionati per valutazione eventuale intervento

# ISCHEMIA CRITICA CRONICA

Quali pazienti?

- **Dolore ischemico cronico (>2 settimane) a riposo**
- **Ulcere o gangrene attribuibili obiettivamente a malattia occlusiva arteriosa**
- **PAS alla caviglia < 50 mmHg**

In passato questi pz venivano trattati esclusivamente con prolungati periodi di ricovero. La possibilità di trattamento in ambulatorio complesso (DAY SERVICE) nel quale si può fare diagnostica e terapia (anche infusione periodica) ha completamente cambiato le possibilità di management.

# FAST TRAK AOP

- Modalità gestionale prioritaria in questi pazienti
- Supera il concetto di Day Hospital perché il paziente non ha bisogno di SDO e non è ricoverato
- Presa in carico ambulatoriale globale sia per la gestione diagnostica che della terapia che del percorso integrato successivo
- Accesso prioritario per telefono o con altra metodica diretta al di fuori della prenotazione CUP (MMG-Specialistiche ospedaliere-DEA)

# FAST TRACK AOP in fase critica

## ACCERTAMENTI DI I LIVELLO

- Anamnesi accurata con valutazione dei fattori di rischio cardiovascolare
- Esame clinico obiettivo con palpazione dei polsi
- Misurazione della pressione arteriosa e calcolo dell'indice caviglia/braccio (ABI, Ankle-Brachial Index)
  - ❖ < 0.9 patologico (associato ad elevata morbilità e mortalità cardio- e cerebrovascolare, con un OR 6 per morte rispetto ai soggetti senza AOP)
  - ❖ > 1.4 non diagnostico (sovrastima da mediocalcinosi)
  - ❖ 0.9 - 1.4 normale
- Test al treadmill

## ACCERTAMENTI DI II LIVELLO

- ECO COLOR DOPPLER

- Descrizione del quadro morfo – funzionale - emodinamico completo della malattia, della sua estensione e dei segmenti maggiormente colpiti

.....ed eventuale successiva indicazione a.....

- ANGIO-RMN

- Non usa radiazioni ionizzanti, utilizza mezzi di contrasto non tossici per il rene; tende a sovrastimare l'entità della lesione

- ANGIO-TAC

- Studio completo dell'intero albero circolatorio con scansioni subcentimetriche in pochi secondi. Concordezza massima nel distretto iliaco-femorale e femoro-popliteo sopraparticolare, mentre si riduce significativamente per i vasi distali sottoarticolari

- ANGIOGRAFIA

- Procedura ormai utilizzata solo a scopo terapeutico

# Trattamento

- Se AOP candidato alla rivascolarizzazione: invio del paziente al Chirurgo Vascolare
- Se AOP non rivascolarizzabile: trattamento conservativo con terapia medica e controllo complicanze

## Trattamento conservativo:

1. Controllo fattori di rischio
2. Terapia antiaggregante (ASA/Palvix) e/o anticoagulante (EBPM)
3. Terapia vasoattiva

I farmaci vasoattivi (pentossifillina, buflomedil, naftidrofuryl, calcioantagonisti) in passato impropriamente definiti vasodilatatori, perché capaci di aumentare la portata ematica distrettuale, sono risultati efficaci nella claudicatio intermittens, ma nessuno di essi ha mostrato effetti clinici favorevoli in studi controllati

# Trattamento

4. Terapia antalgica (FANS, oppioidi deboli e forti)
5. Trattamento lesioni trofiche arti inferiori
6. Terapia con prostanoidi

Il trattamento con prostanoidi deve essere personalizzato e di tipo intensivo; ogni paziente necessita di uno stretto monitoraggio sia clinico sia strumentale microcircolatorio, da cui estrarre i parametri essenziali per valutare nel tempo quando effettuare la terapia farmacologica prostanoidica, stabilirne efficacemente sia la posologia sia la durata, predire il fabbisogno di ulteriori cicli di terapia.

I cicli di trattamento con prostanoidi possono variare da 10 a 15 giorni e possono essere ripetuti a distanza di tempo a seconda dei parametri clinici e microcircolatori osservati.

7. Terapia infusiva di altri farmaci (antibiotici, ferro etc., eventuali trasfusioni)

## CONCLUSIONI:

- Il Day Service è un modello organizzativo che ben si adatta al management di numerose patologie vascolari
- Garantisce continuità
- Intervento multidisciplinare
- Viene eseguito con utilizzo di competenze esistenti
- Soddisfazione del paziente: presa in carico complessiva con tutoraggio
- Bilancio positivo con prospettive di estensione delle indicazioni