



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)

PESCARA DECRETO N° 28 /2012

DEL 13 LUG, 2012

**OGGETTO: PERCORSO DELLA FASE POST ACUTA DEL PAZIENTE MIELOLESO
NELLA REGIONE ABRUZZO**

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente *pro-tempore* della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012 con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato subcommissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese con le competenze ivi declinate;

ATTESO che tra i compiti individuati dal predetto provvedimento rientra quello di collaborazione, per gli aspetti di programmazione sanitaria, per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro;

VISTO il decreto commissariale n.20 del 11.06.2012 avente ad oggetto "insediamento del subcommissario dott. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese – deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7/6/2012";

PREMESSO CHE:

- con specifico accordo, allegato al contratto stipulato tra la Regione Abruzzo e la Casa di Cura San Raffaele di Sulmona per l'acquisto di prestazioni ospedaliere anno 2010, sottoscritto in data 11/05/2010 quale parte integrante e clausola aggiuntiva è stata prevista la nomina di una commissione di due esperti da parte del Commissario ad Acta e del Sub-Commissario Dr.ssa Giovanna Baraldi per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, al fine di valutare "l'appropriatezza della casistica generale dei pazienti ricoverati in Unità Spinale, ed il giusto costo - in ordine alla fase post acuzie

oggetto della tariffa da individuare - delle prestazioni in relazione ai requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi di cui alla DGR 591/P del 1.7.2008, posseduti dalla stessa Casa di cura";

- con nota raccomandata AR prot. n. RA/253301/COMM. del 29/12/2010 il Commissario ad Acta ha trasmesso alla nominata Casa di Cura l'esito della verifica effettuata ai sensi e per gli effetti del predetto accordo contrattuale;
- con ordinanza n. 152/2011 il TAR Abruzzo (sezione prima) ha accolto in sede cautelare, "ai fini della motivata riedizione del procedimento" il ricorso presentato dalla Casa di Cura San Raffaele teso all'annullamento della succitata nota commissariale del 29/12/2010;
- con Decreto n. 28/2011 del 19/07/2011 il Commissario ad Acta ha nominato la Commissione di due esperti ai fini della riedizione del procedimento in parola;

VISTA la relazione redatta dagli esperti nominati con il citato Decreto Commissariale n. 28/2011 nella quale viene individuata, a seguito della verifica effettuata presso l'Unità Spinale della Casa di Cura San Raffaele di Sulmona, la corrispondente tariffa di cui alla TUC cod. 28 scontata del 25% anche in considerazione della mancanza di una organizzazione in rete regionale del percorso del paziente mieloleso;

VISTA la nota prot. 743/2011/CT/VM del 20/10/2011 con la quale la Casa di Cura San Raffaele controdeduce alle suddette conclusioni rappresentando "la mancata attivazione di una rete a livello regionale che comporta nel caso specifico maggiori oneri per la gestione di pazienti, di cui la Struttura si fa carico anche in assenza di percorsi di cura identificati e concordati;

ATTESO CHE:

- le suddette conclusioni di cui alla relazione redatta dagli esperti nominati con Decreto Commissariale n. 28/2011 sono state impugnate dalla Casa di Cura con atto di motivi aggiunti al primo ricorso per le motivazioni di cui alla prefata nota prot. 743/2011/CT/VM del 20/10/2011;
- a seguito della suddetta corrispondenza e di successivi contatti intercorsi tra la struttura Commissariale ed il legale rappresentante della Casa di Cura interessata si è convenuto sulla necessità della definizione di una rete regionale per il percorso del paziente mieloleso;
- la struttura Commissariale ha dato mandato all'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo di delineare il percorso del paziente mieloleso nella fase post-acuta;

VISTO CHE:

- l'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo si è avvalsa della collaborazione di professionisti esperti delle ASL Regionali nell'assistenza a pazienti con mielolesioni che sono stati convocati in data 29.11.2011 presso la suddetta Agenzia con nota prot. 2360 del 22.11.2011 e che hanno anche effettuato un sopralluogo nella Casa di Cura San Raffaele in data 20.01.2012 (nota prot. 57 del 12.01.2012), al fine di verificarne la rispondenza ai bisogni assistenziali del paziente mieloleso nella fase post acuta ed attivare rapporti di comunicazione con la struttura;
- a seguito degli incontri con i suddetti professionisti l'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo ha delineato un percorso della fase post acuta del paziente mieloleso, approvato e condiviso dagli esperti ASL regionali nonché dagli esperti della struttura;

RITENUTO di condividere le linee operative e organizzative di cui al suddetto percorso che si allega al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale (ALL. 1);

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. di approvare il "Percorso della fase post acuta del paziente mieloleso nella Regione Abruzzo", di cui al documento elaborato ed approvato dalla Agenzia Sanitaria Regionale – ASR Abruzzo, dagli esperti ASL regionali e dagli esperti della struttura (ALL. 1), allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale;
2. di trasmettere il presente Decreto al Ministero dell'Economia e delle Finanze ed al Ministero della Salute;
3. di trasmettere ai fini dell'attuazione del suddetto percorso il presente provvedimento ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e alla struttura interessata;
4. di pubblicare il presente provvedimento sul BURA e sul portale ASR della Regione Abruzzo.

Visto

Il Subcommissario

Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Commissario ad acta

Dott. Giovanni Chiodi

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, li **13 LUG. 2012**

Il Responsabile dell'Ufficio

Allegato a Decreto del Commissario
ad ACTA

n. 28 del 13 LUG. 2012



ASR ABRUZZO
AGENZIA SANITARIA REGIONALE

REGIONE
ABRUZZO



PERCORSO DELLA FASE POST — ACUTA DEL PAZIENTE MIELOESO — NELLA REGIONE ABRUZZO

Indice

Premessa	2
1) Oggetto e Obiettivi	2
2) Campo di applicazione	3
3) Processo	3
5) Allegato A	9
Bibliografia	11



Premessa

L'Agenzia Sanitaria Regionale ha costituito un Gruppo Tecnico di Lavoro con le professionalità maggiormente coinvolte nel trattamento del paziente mieloleso al fine di delinearne il percorso clinico riabilitativo nella fase di stabilizzazione.

1) Oggetto e Obiettivi

Le lesioni midollari rappresentano una delle più complesse e invalidanti patologie. Il moderno approccio prevede che le strutture coinvolte nel trattamento del mieloleso debbano garantire la più qualificata e appropriata assistenza, compresi anche lo studio di nuove metodologie di trattamento e la prevenzione di ogni complicanza immediata, che può instaurarsi all'atto dell'evento lesivo o successivamente, quando la lesione può considerarsi definitivamente stabilizzata. L'epidemiologia delle lesioni midollari pone numericamente al primo posto le lesioni traumatiche da incidente stradale, lavorativo o da sport, seguite da quelle non traumatiche.

L'Unità Spinale è definita come Struttura destinata ad assistere pazienti con:

- lesione midollare, sia di tipo traumatico che non traumatico (infettiva, vascolare, neoplastica), stabilizzati clinicamente, senza gravi problematiche respiratorie;
- esiti di lesione midollare che, per la gravità e la complessità della gestione clinica e diagnostica, non possono essere gestiti adeguatamente e con sicurezza in regime di degenza intensiva;
- necessità di valutazioni clinico-diagnostiche di *follow-up*, ai fini della prevenzione di complicanze che, non possono essere seguite in altri *setting* assistenziali.

Il contenimento dei livelli di disabilità nell'ambito delle lesioni midollari è legato alla formalizzazione di collegamenti operativi tra i presidi ospedalieri della Regione e l'Unità Spinale di riferimento.

Nella fase di post-acuzie, l'Unità Spinale si configura come una Struttura complessa di alta specialità riabilitativa specificatamente dedicata alla presa in carico omnicomprensiva delle persone con grave mielolesione al fine di:

- prendere in carico precocemente i pazienti in accordo con le strutture deputate all'accoglimento degli stessi nella fase dell'emergenza;

- 
- elaborare e condividere Progetti Riabilitativi Individuali (PRI) anche provvisori nella fase di acuzie al fine di anticipare quanto più possibile l'inizio del percorso riabilitativo evitando altresì l'insorgenza di complicanze incompatibili con lo stesso PRI;
 - mettere a disposizione dati relativi alle attività svolte dalle strutture della rete;
 - promuovere le attività di ricerca nel campo delle mielolesioni.

Vengono di seguito descritte le modalità organizzative mediante le quali viene garantito il massimo dell'integrazione del percorso di cura del paziente con mielolesione tra le Unità Operative (UU.OO.) per acuti appartenenti a strutture pubbliche o private e l'Unità Spinale nei limiti di quanto stabilito dal Piano di indirizzo della riabilitazione approvato dalla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 10 febbraio 2011.

2) Campo di applicazione

La procedura si applica ai pazienti con mielolesione traumatica e non traumatica.

Luoghi di applicazione sono: _____

- Tutti i presidi ospedalieri e Case di Cura private dove insistono UU.OO. per acuti operanti all'interno del territorio regionale;
- Unità Spinale c/o Casa di Cura San Raffaele Sulmona

3) Processo

Le modalità di seguito descritte si applicano in caso di pazienti mielolesi di origine traumatica e non traumatica ricoverati in fase acuta presso le UU.OO. delle ASL regionali e Case di Cura private che presentano le seguenti caratteristiche:

Eziologia traumatica

1. Lesioni midollari complete (ASIA¹ A);
2. Lesioni incomplete (ASIA B e C);
3. Lesioni incomplete (ASIA D) qualora presentino associata una o più delle seguenti condizioni: vescica non bilanciata con o senza segni di

¹ American Spinal Injury Association (ASIA)



interessamento delle alte vie urinarie, traumi associati del bacino gravi,
lesioni cutanee da pressione.

Eziologia non traumatica (cause vascolari, infiammatorie degenerative, infettive e da esiti di intervento per ernia discale):

1. Grado ASIA A e B sempre;
2. Grado ASIA C e D se complicati (vescica non bilanciata con o senza segni di interessamento delle alte vie urinarie, piaghe da decubito, spasticità severa).

E' raccomandata l'applicazione di questa procedura anche per i pazienti che presentino mielopatia cervicale con tetraparesi grave (ASIA C o superiore) associata a severe complicanze vescicali, cutanee.

Per quanto riguarda le patologie non traumatiche l'applicazione di questa procedura è subordinata alla valutazione congiunta tra i professionisti interessati del caso clinico (ad esempio pazienti con malattia oncologica durante trattamento radioterapico, necessità di accertamenti non eseguibili altrove, ecc).

Fase 1) Trauma – Segnalazione

Dalla risoluzione delle criticità prioritarie rispetto alla stabilizzazione vertebrale, il medico che ha in carico il paziente attiva il contatto mediante segnalazione sul modulo (allegato A) da trasmettere all'Unità Spinale (US) via e-mail o via fax ai recapiti:

- ⇒ accettazione.sulmona@sanraffaele.it
- ⇒ fax 0864-2507415/411

La segnalazione ha lo scopo di attivare l'Unità Spinale in merito alla possibilità di trasferimento di un paziente in fase post – acuta, consentendo anche di definire le priorità, in caso di più richieste rispetto alla disponibilità di posti letto.

Le notizie fondamentali sono:

- causa della lesione;
- livello lesionale;
- esito e tecniche di stabilizzazione adottate;
- trattamento farmacologico in atto;
- eventuali problematiche ortopediche;
- comorbidità aggravanti il caso clinico.



La segnalazione ha altresì lo scopo di agevolare la compilazione della scheda raccolta dati sul paziente con mielolesione da riportare nel registro delle mielolesioni ad opera del personale medico dell'US.

Fase 2) Prima Valutazione

La risposta avverrà entro 48h dal ricevimento della segnalazione da parte di un medico dell'Unità Spinale che effettua una valutazione direttamente presso il reparto per acuti dove il paziente è ricoverato, al fine di elaborare un PRI provvisorio finalizzato alla riabilitazione precoce.

In questa sede verrà altresì effettuata:

- una valutazione di eventuali lesioni da pressione, concordati i presidi idonei unitamente alla terapia farmacologica locale ed eventuale programmazione di videat chirurgici;
- il controllo delle infezioni in atto al fine di evitare la diffusione delle infezioni ospedaliere e per proteggere il paziente da fenomeni di antibiotico – resistenza;
- la valutazione della disabilità per prevedere la sistemazione del posto letto più idonea e l'assistenza clinica più adatta alle esigenze del caso.

~~Qualsiasi variazione delle condizioni cliniche, terapia farmacologica o altri elementi ritenuti~~
rilevanti per la valutazione inerente il trasferimento presso l'US dovranno essere prontamente comunicati per consentire l'aggiornamento costante della documentazione di pre – ricovero.

Durante questa fase sono inoltre previsti incontri preliminari con i familiari e/o con la rete sociale, per illustrare il previsto percorso clinico – assistenziale. Tali riunioni verranno tenute presso l'Unità Spinale.

Fase 3) Criteri di trasferimento

Un paziente in fase di post-acuzie può essere trasferito in US da: Rianimazione/Terapia Intensiva, Neurochirurgia, Ortopedia-Chirurgia Vertebrale, Neurologia o da Unità Operative per acuti a causa di concomitanti necessità clinico terapeutiche (es. Urologia, Ortopedia, etc), quando le sue condizioni critiche si siano stabilizzate e sia venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non siano programmati interventi chirurgici urgenti.

Considerato lo stato clinico del paziente unitamente ad eventuali patologie concomitanti, il trasferimento è sempre condizionato ad una valutazione congiunta tra i medici delle UU.OO. invianti e quelli dell'US.

Elementi oggetto di valutazione collegiale:

1. Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, non crisi iperipotensive, non aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica.
2. Respiro assistito con ventilazione meccanica invasiva o non invasiva con apparecchi di tipo domiciliare, in fase di svezzamento e comunque in modo non continuativo (in tali pazienti è indispensabile la valutazione del medico dell' US entro 48 ore dal ricevimento della segnalazione).
3. Non insufficienza acuta d'organo (es. insufficienza respiratoria acuta, embolia polmonare in atto, diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica, cardiopatie in fase acuta, ecc) o multi organo.
4. Assenza di stato settico, e valutazione clinica congiunta dei singoli casi.
5. Superamento del bisogno di alimentazione parenterale previsto nell'arco di 7-10 giorni o mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG).
6. Assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.
7. Assenza di TVP recenti a carico degli arti inferiori o arti superiori, con rischio tromboembolico in atto per il paziente.

Non controindicano il trasferimento la presenza di:

- cannula tracheostomica
- catetere sovrappubico
- catetere venoso centrale (CVC)
- nutrizione artificiale, parenterale ed enterale (SNG, PEG)
- politraumi associati, senza segni di instabilità clinica
- fratture della colonna vertebrale già trattate chirurgicamente, senza la presenza di gravi condizioni cliniche, che richiedono il ricovero in Rianimazione e/o Terapia Intensiva
- POAN (Para Osteo Artropatia Neurogena)
- Ulcere da pressione II e III stadio

Scala di Valutazione

- 
- SCIM² Tetraplegici da 0 a 20 / Paraplegici da 0 a 40

- ASIA

Latenza dall'evento acuto

- < 1 mese, a meno che non sia stato necessario prolungare il periodo di permanenza nei reparti per acuti per l'instabilità delle condizioni cliniche;
- > 1 mese, se intervenuti interventi chirurgici/persistenza di instabilità.

Patologie oggetto di particolare valutazione

- Quadri associati di grave cerebrolesione, in cui il problema cerebrale e cognitivo-comportamentale è prevalente rispetto alla lesione midollare, lo stato di responsività è molto limitato, la collaborazione del paziente è così limitata da non consentire di definire un progetto riabilitativo.
- Gravi patologie nelle quali il quadro clinico non consente l'attuazione di un progetto riabilitativo.

Fase 4) Modalità di trasferimento

Una volta verificata la trasferibilità secondo i criteri indicati, il medico che ha in carico il paziente compila e trasmette (aggiornandolo se precedentemente inviato) il modulo di richiesta di ricovero (Allegato A) ai recapiti:

⇒ accettazione.sulmona@sanraffaele.it

⇒ fax 0864-2507415/411

L'US provvederà a valutare la richiesta entro 24 h dalla ricezione comunicando altresì l'eventuale data di ingresso del paziente.

Nell'ambito della logica di continuità terapeutico-assistenziale, i medici delle UU.OO. invianti potranno concordare con i colleghi dell'US accessi presso la stessa al fine di monitorare l'andamento clinico dei pazienti in fase post-acuta ed eventualmente rimodulare il PRL.

² Spinal Cord Independence Measure (SCIM)

4) Indicatori

	Indicatore	Standard	Periodicità di raccolta e valutazione
1	numero assoluto e percentuale di trasferimenti non programmati in un reparto per acuti (appropriatezza);	da definire dopo 12 mesi di monitoraggio	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo
2	numero assoluto e percentuale di pazienti che raggiungono gli obiettivi previsti alla dimissione nel PRI (efficacia);	da definire dopo 12 mesi di monitoraggio	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo
3	n° traumi intervallo temporale segnalazione-valutazione US ≤ 48 ore / n° totale traumi trattati	80%	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo
4	n° traumi intervallo temporale segnalazione - ingresso in US da definire / n° totale traumi trattati	dopo 12 mesi di monitoraggio	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo
5	n° progetti riabilitativi in 72 ore/ n° totale casi/anno	100%	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo
6	Variazione dello score delle scale di valutazione tra ingresso e dimissione, rilevato sui pazienti trattati	da definire dopo 12 mesi di monitoraggio	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo
7	percentuale dei pazienti che riprendono l'attività lavorativa o scolastica a 12 mesi dalla dimissione, rispetto ai pazienti che all'ingresso già svolgevano attività lavorativa (o scolastica)	da definire dopo 12 mesi di monitoraggio	Annuale Entro i tre mesi dell'anno successivo

5) Allegato A

Modulo

☐ proposta

☐ ricovero c/o U.S.

Data/...../.....

Data anagrafici:	
Cognome	Nome
Luogo di nascita	Data di nascita CF
Domicilio Via	n° Tel.
Provenienza:	Ospedale
Reparto	Fax Tel. Data ricovero
Medico Referente	Tel. Tel familiari
Extra Comunitario: numero STP	

Ricovero richiesto da U.O. in:	P.O.
☐ Unità Spinale	

Disabilità oggetto di riabilitazione:
Data evento acuto/intervento chirurgico/...../.....
Tipologia
Eventuali complicanze intercorse - stato fenta chirurgica
Condizioni generali prima dell'evento acuto ☐ buone ☐ parzialmente disabilitanti ☐ scadute

Apparato cardio circolatorio
Apparato respiratorio (specificare se in O2 terapia/ventilazione meccanica invasiva e relative modalità)
Tracheotomia ☐ Tipo Cannula
Respiro autonomo da < 72 ore > 72 ore
Ventilazione meccanica ☐ No ☐ Si
Artropatie periferiche
Stato settico ☐ Assente ☐ Presente ☐ CIO Alert
Stato di coscienza
Decadimento cognitivo (specificare grado)
Disturbi comportamentali (specificare tipologia)
Tossicomania/tossicofilia (compreso alcolismo)
Complicanze insorte durante il ricovero
Alterazioni metaboliche
Alterazioni del bilancio idroelettrolitico
Insufficienza d'organo
Alterazioni del sistema emopoietico
Interventi chirurgici
Altri traumi
Patologie neoplastiche
Metastasi

Causa
<u>Traumatica</u>
Stradale Auto ☐ Moto ☐
Ciclo ☐ Perten ☐
Arma ☐ TS ☐ Lavoro Domestico ☐
Altro
<u>Non Traumatica</u>
Vascolare ☐ Degenerativa ☐ Infiammatoria ☐
Neoplastica ☐ Autoimmune ☐
Altro
Tipologia Les. Vertebrale
Frattura ☐ Lussazione ☐
Frattura / Lussaz. ☐ Nessuna ☐
Trattamento Chirurgico ☐ Si ☐ No ☐ Data
Stabilizzazione Si ☐ No ☐
Decompressione Si ☐ No ☐
Nascis Si ☐ No ☐
Livello Lesione
C2-C6 ☐ C7-D7 ☐ D8-D12 ☐ L1-L5 ☐ Sacrale ☐
ASIA Imp.Scale A B C D E
Gestione Vescicale
Minzione Volontaria ☐
Catet. A Permanenza ☐
Ultimo cambio/...../.....
Catet. Intern. ☐ bsp ☐
Gestione Intestinale
Autonomo ☐ Clistere ☐ Fimbari ☐ Altro
Tipologia Catetere intern.
Marca
Modello

[Handwritten signature]

Condizioni generali attuali:	Buone ☐ Discrete ☐ Scadenti ☐
Paziente postcomatoso:	No ☐ Si ☐ → con ☐ senza ☐ esiti acuti per il presente ricovero
Collaborazione:	Totale ☐ Parziale ☐ Alternante ☐ Assente ☐
Emotività: Depressione	No ☐ Si ☐ Eccitazione No ☐ Si ☐ Aggressività No ☐ Si ☐
Capacità di alimentarsi:	Autonomo ☐ Disfagia No ☐ Si ☐ Non autonomo ☐ → Imboccato ☐ SNG ☐ PEG ☐ Parenterale ☐
Trasferimenti (letto-carrozzina):	Mantiene la posizione eretta: No ☐ Si ☐ Autonomo ☐ Non autonomo ☐ → Assistenza minima ☐ Moderata ☐ Massima ☐
Uso carrozzina:	Autonomo ☐ Con aiuto ☐ Dipendente ☐
Igiene personale:	Autonomo ☐ Con aiuto ☐ Dipendente ☐
Fare il bagno:	Autonomo ☐ Con aiuto ☐ Dipendente ☐
Presenza di:	Stomie → No ☐ Si ☐ Sede Catetere venoso centrale → No ☐ Si ☐
Catetere venoso periferico	→ No ☐ Si ☐ Sede Ultima sostituzione
Cannula tracheale	→ No ☐ Si ☐ Data Tipo Ultima sostituzione
Fissatore esterno	→ No ☐ Si ☐ Sede
Apparecchio gessato	→ No ☐ Si ☐ Sede
Ortesi	→ No ☐ Si ☐ Collare ☐ Busto ☐
GIUDIZIO CLINICO: paziente stabile dal punto di vista internistico SI ☐ NO ☐	

Terapia farmacologica in atto: Specificare specialità, posologia e via di somministrazione. Allergie o altre note su rischi clinici da segnalare:

Rete sociale

Presenza di rete familiare: No ☐ Si ☐ Note:

Firma e timbro del Medico proponente Tel.

Bibliografia

1. Wolff C.G., Gliwitskj B., Wentzensen A. Standardised primary care of multiple trauma patients. Pre-hospital Trauma Life Support und Advanced Trauma Life Support. Unfallchirurg 2009; 112 (10): 846-53
2. Bettschart V., Corpataux J.M., Fischman D., Mosimann F. Advanced Trauma Life Support: Towards A Standardization of Care for the Trauma Patient. Rev Med Suisse Romande 2001; 121: 129-31
3. Rieger M, Sparr, et Al. Modern CT diagnosis of acute thoracic and abdominal trauma Radiologe 2002; 42: 556-563
4. Otto Chan, Alistair Wilson, Michael Walsh ABC of emergency radiology. Major trauma BMJ 2005; 330: 1386-8
5. Wintermark M, Poletti PA, Becker CD, et Al. Traumatic injuries: organization and ergonomics of imaging in the emergency environment. Eur Radiol 2002; 12: 959-968.
6. Hilbert P, Nieden K., Stuttmann et al. New aspects in the emergency room management of critically injured patients. A multi-slice, CT-oriented care algorithm. Injury 2007; 38: 552-558
7. Antevil J L, Brown C V.R. et al. Spiral Computed Tomography for the Initial Evaluation of Spine Trauma: A New Standard of Care? J Trauma. 2006; 61: 382-387.
8. CG. Fisher, Vanessa K. Noonan et al. Changing Face of Spine Trauma Care in North America. Spine 2006; 31: S2-S8
9. MB Harris, RK Sethi. The Initial Assessment and Management of the Multiple-Trauma Patient With an Associated Spine Injury. Spine 2006; 31: S9-S15
10. P Lieina, AM Nowitzke. Approach and considerations regarding the patient with spinal injury. Injury (2005); 36: S-B2—S-B12
11. Spinal injuries centres (SICs) for acute traumatic spinal cord injury (Review). The Cochrane Library 2006. Issue 2
12. Guidelines for initial management and assessment of spinal injury. British Trauma Society 2002. Injury (2003); 34: 405-425
13. MG Fehlings, RG Perrin. The Timing of Surgical Intervention in the Treatment of Spinal Cord Injury: A Systematic Review of Recent Clinical Evidence. Spine 2006; 31: S28-S35
14. MG Fehlings, RG Perrin. The role and timing of early decompression for cervical spinal cord injury: Update with a review of recent clinical evidence. Injury (2005); 36: S-B13—S-B26

15. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di
Trento e Bolzano: Piano di indirizzo per la riabilitazione. 10 Febbraio 2011

A handwritten signature in black ink, located in the upper right quadrant of the page. The signature is stylized and appears to be a single name.