

 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N. 18
--	---	-------------------

**AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
 POLICLINICO “PAOLO GIACCONE” - PALERMO**

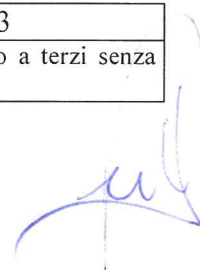
**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE(PDTA)
 PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)**

REDAZIONE	<i>Vincenza Calvaruso, Calogero Cammà, Giuseppe Cabibbo, Salvatore Petta, Fabio Simone, Vito Di Marco, Ciro Celsa, Grazia Pennisi, Giuseppe Noto</i>
VERIFICA	<i>Rosaria Murè</i>
AUTORIZZAZIONE	<i>Maria Grazia Furnari</i>

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	SEZIONI REVISIONATE	MOTIVAZIONE DELLA REVISIONE	DATA
0	////////////////		

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 1 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

GRUPPO DI LAVORO

NOME COGNOME	E	FUNZIONE	RUOLO
Prof. Calvaruso	Vincenza	Professore Associato di Gastroenterologia. Università di Palermo. Dirigente medico dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Coordinatore scientifico del PDTA e del core team. Redazione del PDTA
Prof. Cammà	Calogero	Professore Ordinario di Gastroenterologia, Università di Palermo. Direttore dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Coordinatore Gruppo di Lavoro e Core Team
Prof. Firenze	Alberto	Direttore Generale ASP 6	Direttore Generale ASP 6
Prof. Vito Di Marco		Professore Ordinario di Gastroenterologia Università di Palermo. Dirigente medico dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Componente del core team
Prof. Salvatore Petta		Professore Ordinario di Gastroenterologia Università di Palermo. Dirigente medico dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Componente del core team
Prof. Cabibbo	Giuseppe	Professore Associato di Gastroenterologia, Università di Palermo.	Componente del core team
Dr. Ciro Celsa		Ricercatore di Gastroenterologia. Università di Palermo. Dirigente medico dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Componente del core team
Dr. Grazia Pennisi		Ricercatore di Gastroenterologia. Università di Palermo. Dirigente medico dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Componente del core team
Dott. Fabio Simone		Dirigente Medico – UOC di Gastroenterologia	Componente del core team
Dr. Lombardo	Antonino	Specialista in Gastroenterologia, Dottorando di ricerca dell'Università di Palermo	Componente del core team
Dr. Giuseppe Noto		Esperto in metodologia dei PDTA	Redazione del PDTA
Dr. Antonino Levita		Direttore Sanitario n.q. di sostituto del Direttore Generale Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo	Componente
Dr.ssa Colaianne	Amalia	Direttore della UOC Specialistica Ambulatoriale Interna ed Esterna. Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo.	Componente

 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

NOME COGNOME	E	FUNZIONE	RUOLO
Dr. Luigi Spicola		Segretario Nazionale SIMG	Componente
Prof. Salvatore Gruttadaura		Dipartimento per la Cura e lo Studio delle Patologie Addominali ISMETT- Palermo	Componente team
Dr. Duilio Pagano		Chirurgia dei trapianti – ISMETT Palermo	Componente team
Dr. Roberto Miraglia		Radiologia – ISMETT Palermo	Componente team
Dr. Luigi Maruzzelli		Radiologia – ISMETT Palermo	Componente team
Dr. Tindaro Iraci		Delegato provinciale SIMG Palermo	Componente
Dr. Giovanni Merlino		Vicesegretario SIMG Sicilia	Componente
Prof. Giuseppe Brancatelli		Professore Ordinario di Radiologia- Direttore dell'UOC di Radiologia dell'AOUP	Componente core team
Prof. Massimo Galia		Professore Ordinario di Radiologia Dirigente Medico dell'UOC di Radiologia dell'AOUP	Componente core team
Dott. Roberto Cannella		Ricercatore di Radiologia	Componente core team
Dott. Gabriele Di Maria		Data Manager. UOC di Gastroenterologia	Componente core team
Dr.ssa Concetta La seta		Responsabile Farmacia AOUP	Componente
Dott.ssa Piera Morana		F.F. di coordinamento infermieristico - UOC di Gastroenterologia	Componente
Dott. Francesco Mercurio		Infermiere – UOC di Gastroenterologia	Componente
Dott. Domenico Alaimo		Infermiere – UOC di Gastroenterologia	Componente
Dott.ssa Giada Reina		Case Manager - UOC di Gastroenterologia	Componente
Dott.sa Stefania Ciminnisi		Dietista - borsista dell'UOC di Gastroenterologia dell'AOUP	Componente



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

NOME COGNOME	E	FUNZIONE	RUOLO
Ing. Nicola Alessi		Ingegnere esperto di sistemi informatici, consulente AOUP	Componente

Il PDTA ACLD è stato redatto con il supporto tecnico di OPT salute

VERIFICA CONTENUTI

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dott.ssa Francesca Rocca	UO Risk Management e Qualità	
Dott. Francesco Armetta	UO Risk Management e Qualità	
Dott.ssa Federica Pecoraro	UO Risk Management e Qualità	

VERIFICA

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dott.ssa Rosaria Murè	Direttore Sanitario	

SUPERVISIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Prof. Calogero Cammà	Direttore UO di Gastroenterologia	
Prof. Vincenza Calvaruso	Dirigente medico della UO di Gastroenterologia e Responsabile scientifico del PDTA	

APPROVAZIONE

NOME E COGNOME	FUNZIONE	FIRMA
Dott. Maria Grazia Furnari	Direttrice Generale AOUP Giaccone	



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

CONTROLLO DOCUMENTAZIONE DEL PDTA

Questo documento ha validità di due anni dalla data di emissione, salvo la disponibilità di nuove metodiche diagnostiche/terapeutiche o necessità organizzative aziendali che ne richiedano la modifica o la revisione in tempi più brevi.

Le richieste di modifica possono essere effettuate dal responsabile di ogni servizio coinvolto o dal coordinatore del gruppo di lavoro e indirizzate alla UO Risk Management

Alla scadenza dei due anni dalla data di approvazione, la revisione del documento viene effettuata dal coordinatore e dal gruppo di lavoro e dalla Direzione Sanitaria dell'AOUP.

Il committente del presente PDTA, che commissiona la stesura e ne autorizza l'approvazione e l'implementazione all'interno della struttura sanitaria, è la Direzione Generale del Policlinico Giaccone nella figura della Dott.ssa Maria Grazia Furnari, Direttore Generale dell'AOUP.

Il promotore del presente PDTA che viene nominato dal committente al fine di implementare il Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale nella struttura ospedaliera è il Coordinatore scientifico del presente PDTA, Prof. Vincenza Calvaruso, Professore Associato di Gastroenterologia.

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 5 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

INDICE

1.	Introduzione	Pag.7
2.	Scopo	Pag.11
3.	Campo di applicazione	Pag.11
4.	Riferimenti normativi e documentali	Pag. 14
5.	Criteri di esclusione e inclusione del PDTA	Pag.15
6.	Termini definizioni e abbreviazioni	Pag. 15
7.	Diagramma di flusso	Pag.16
8.	Matrice di Responsabilità	Pag.19
9.	Descrizione delle attività	Pag. 21
10.	Indicatori	Pag.30
11.	Conservazione e diffusione	Pag.33
12.	Documenti inseriti (allegati)	Pag.33



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

1. INTRODUZIONE

La malattia epatica cronica avanzata (ACLD) rappresenta oggi una delle principali sfide di salute pubblica a livello globale. Questa nuova entità nosologica è stata introdotta dalla *Consensus di Baveno VI* e successivamente confermata e ampliata in Baveno VII, con l'obiettivo di descrivere in modo più accurato lo spettro evolutivo delle epatopatie croniche. Rispetto alla definizione tradizionale di *cirrosi*, il concetto di ACLD abbraccia una categoria più ampia di pazienti con danno epatico strutturale significativo, anche in assenza dei criteri morfologici classici della cirrosi.

Il razionale di tale ridefinizione nasce dalla consapevolezza che molte condizioni un tempo classificate come “pre-cirrosi” presentano in realtà un rischio non trascurabile di sviluppare le complicanze dell'ipertensione portale, e necessitano quindi di un inquadramento diagnostico e di un follow-up analoghi a quelli dei pazienti cirrotici.

Nel modello proposto da Baveno VI e consolidato in Baveno VII, la diagnosi di ACLD compensata (cACLD) può essere stabilita in modo non invasivo grazie a metodiche come l'elastografia epatica. In questo contesto, il FibroScan (TE) ha assunto un ruolo centrale: valori elevati di liver stiffness, soprattutto quando associati a una piastrinopenia, permettono di identificare con buona accuratezza i pazienti con ipertensione portale clinicamente significativa (CSPH) senza ricorrere alla biopsia epatica. Viceversa, nei pazienti che presentano segni clinici, laboratoristici o strumentali di ipertensione portale o scompenso — come ascite, varici, splenomegalia significativa, o valori non invasivi altamente suggestivi — la diagnosi di cirrosi è già di fatto stabilita. La Consensus raccomanda pertanto di utilizzare entrambe le terminologie.

Nella stesura di questo PDTA pertanto troverete il termine:

- cACLD per descrivere la fase compensata della malattia avanzata, in cui gli strumenti non invasivi guidano la diagnosi
- ACLD/cirrosi per i pazienti che abbiano già sviluppato CSPH o complicanze cliniche

Questa doppia nomenclatura permette di unificare il percorso clinico dei pazienti con danno epatico avanzato, mantenendo al tempo stesso una terminologia che conserva valore prognostico e operativo nella pratica clinica.

L'ACLD è caratterizzata da un rimodellamento profondo dell'architettura epatica: la progressiva deposizione di matrice extracellulare e la formazione di setti e noduli di rigenerazione determinano un aumento delle resistenze vascolari intraepatiche, che si traduce nello sviluppo di ipertensione portale clinicamente significativa (CSPH). L'ipertensione portale non è solo una conseguenza strutturale della fibrosi, ma il meccanismo patogenetico che guida la comparsa delle complicanze più rilevanti.

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 7 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

La malattia epatica cronica avanzata in Italia va interpretata anche alla luce di dati epidemiologici recenti, riportati nel Libro Bianco dell’AISF (2024). Secondo questo documento, la cirrosi epatica rimane una patologia largamente diffusa nel nostro Paese: si stima che vi siano circa 140.000 pazienti con diagnosi nota di cirrosi, pari allo 0,23% della popolazione webaisf.org. Ma il dato più allarmante è che questa cifra non racchiude tutti i casi reali: al di là dei pazienti già diagnosticati, infatti si stima una quota significativa — circa 80.000 persone — con cirrosi non ancora diagnosticata, in particolare nella fase compensata. Sommando queste due categorie, emerge una stima di 220-230.000 persone con cirrosi epatica in Italia. Questo “sommerso” deriva soprattutto dai pazienti con cirrosi derivante da steatoepatite metabolica (MASLD), una forma sempre più prevalente nelle nuove epatopatie croniche.

Questo profilo epidemiologico ha implicazioni molto concrete per la storia naturale della cirrosi nel contesto italiano: un’alta proporzione di pazienti con cirrosi “non nota” significa che molti sono a rischio di transizione da una fase compensata a una scompensata senza che ciò venga intercettato precocemente. Questo rende ancora più urgente la necessità di programmi di screening, di diagnosi precoce e di presa in carico integrata, come evidenziato dalle raccomandazioni del Libro Bianco AISF sul coinvolgimento del territorio, dei medici di medicina generale e delle strutture specialistiche.

Fattori di Rischio ed Eziologia: Le principali cause di ACLD nella popolazione italiana includono:

- Epatite virale cronica (HBV, HCV, HDV): rappresenta storicamente la causa principale, con tendenza alla riduzione grazie alle terapie antivirali efficaci
- Malattia epatica alcolica: in crescita, correlata ai pattern di consumo alcolico della popolazione
- Malattia steatosica associata a disfunzione metabolica (MASH): emergente come nuova epidemia, correlata all'aumento di obesità e diabete mellito
- Epatopatie autoimmuni: epatite autoimmune, colangite biliare primitiva, colangite sclerosante primitiva
- Malattie metaboliche ereditarie: emocromatosi, malattia di Wilson, deficit di alfa-1-antitripsina

Il profilo del paziente con ACLD compensata

Nella fase compensata, il paziente può presentarsi completamente asintomatico. Tuttavia, l’ACLD può evolvere verso le complicanze epatiche. L’obiettivo centrale è quindi identificare il rischio di CSPH e prevenire l’evoluzione clinica.

La diagnostica suggerita dalle linee guida prevede l’uso dei esami bioumorali inclusa la valutazione delle piastrine e l’elastografia epatica, per stimare la fibrosi avanzata e come markers indiretti di ipertensione portale; l’ecografia addominale con cadenza semestrale, associata a AFP, per la sorveglianza dell’epatocarcinoma. L’endoscopia viene riservata ai pazienti ad alto rischio di varici di grandi dimensioni, mentre può essere evitata nei soggetti che soddisfano i criteri non invasivi di esclusione delle varici.

Data 12 gennaio 2026	Rev. 0	Pagina 8 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

L'intervento terapeutico in questa fase include il trattamento etiologico della malattia di base, la gestione delle comorbidità metaboliche e l'eventuale utilizzo dei beta-bloccanti non selettivi (NSBB), in particolare carvedilolo, nei pazienti con evidenza di CSPH per prevenire il primo episodio di scompenso, secondo le indicazioni di Baveno VII (2021). L'obiettivo è mantenere il paziente nella fase compensata il più a lungo possibile, ritardando la transizione alla fase di scompenso che si associa ad elevata mortalità e necessità di trapianto.

Il paziente con cirrosi scompensata: le complicanze e il loro management

La comparsa di ascite, encefalopatia epatica, infezioni, emorragia digestiva o insufficienza renale segna l'ingresso nella fase di cirrosi scompensata, momento cruciale per la prognosi. La mortalità a 1 anno può superare il 20–30% a seconda del tipo e della severità dello scompenso. Le linee guida EASL/AASLD sottolineano come la tempestività della gestione sia determinante per migliorare l'outcome e ridurre la necessità di ospedalizzazione.

Ascite

L'ascite è la complicanza più frequente dell'ipertensione portale. La sua patogenesi è multifattoriale e si basa sull'aumento delle resistenze vascolari intraepatiche e sulla vasodilatazione splancnica mediata da NO, che determina una riduzione del volume arterioso efficace. Tale condizione attiva i principali sistemi neuro-ormonali (RAAS, sistema nervoso simpatico e ADH), con conseguente ritenzione di sodio e acqua e formazione del liquido ascitico. La sua gestione richiede un approccio strutturato: restrizione moderata del sodio, terapia diuretica con spironolattone e furosemide, e paracentesi evacuativa con infusione di albumina nelle asciti refrattarie. Nei pazienti con ascite resistente al trattamento diuretico, il TIPS rappresenta un'opzione raccomandata in centri esperti. Ogni episodio di ascite deve essere considerato un segnale prognostico sfavorevole, richiedendo una presa in carico intensiva e multidisciplinare.

Encefalopatia epatica

Conseguenza dell'accumulo di sostanze neurotossiche, principalmente ammonio, l'encefalopatia può manifestarsi con alterazioni subcliniche o veri e propri episodi di coma. La terapia si fonda su lattulosio, titolato fino a ottenere due-tre scariche al giorno, e rifaximina ad alto dosaggio per prevenire le recidive. È fondamentale identificare e correggere i fattori precipitanti – infezioni, stipsi, emorragie, squilibri elettrolitici – e coinvolgere i caregiver nella gestione quotidiana, in linea con le raccomandazioni.

Emorragia da varici

Rappresenta una delle emergenze più gravi della cirrosi. La gestione acuta prevede l'associazione di terlipressina o somatostatina, profilassi antibiotica con ceftriaxone e trattamento endoscopico con legatura elastica. Nei pazienti ad alto rischio (Child-Pugh C <14 o Child-Pugh B con sanguinamento attivo) le linee guida raccomandano l'esecuzione precoce di TIPS entro 72 ore. La profilassi secondaria

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 9 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

combina NSBB e banding endoscopico, mentre in profilassi primaria il carvedilolo va sempre prescritto in assenza di controindicazioni.

Sindrome epatorenale

La HRS-AKI rappresenta una delle complicanze più temibili. Il trattamento si basa su albumina endovena e terlipressina, che resta il farmaco di riferimento in Europa. Una diagnosi precoce e l'esclusione tempestiva delle cause reversibili di insufficienza renale sono essenziali. Il trapianto di fegato rappresenta l'unica terapia definitiva, per cui la valutazione per trapianto deve essere anticipata.

Infezioni

I pazienti con ACLD presentano una condizione di immunodeficienza funzionale che aumenta notevolmente il rischio di infezioni batteriche, di cui la peritonite batterica spontanea (PBS) è la più caratteristica. La paracentesi diagnostica è indicata in ogni nuovo episodio di ascite o peggioramento clinico. La profilassi antibiotica è raccomandata nei pazienti con precedente PBS, ascite a basso contenuto proteico o in corso di sanguinamento digestivo. Le infezioni rappresentano uno dei più potenti fattori scatenanti di scompenso acuto severo, incluso l'ACLF (acute-on-chronic liver failure).

Il trapianto di fegato: indicazioni, epidemiologia e avvio alla valutazione

Il trapianto di fegato rappresenta il trattamento definitivo per i pazienti con cirrosi scompensata ad elevato rischio di mortalità. Le indicazioni maggiori includono:

cirrosi scompensata con MELD $\geq$ 15–18;

ascite refrattaria o HRS-AKI ricorrente;

emorragia non controllabile o recidivante nonostante terapia ottimale;

encefalopatia ricorrente o persistente;

ACLF;

epatocarcinoma in criteri di trapiantabilità.

Secondo i dati del *Centro Nazionale Trapianti* e i report AISF, in Italia vengono eseguiti ogni anno circa 1.200 trapianti di fegato, con un numero di pazienti in lista che si mantiene relativamente stabile. Più del 60% delle indicazioni trapiantologiche sono legate alla cirrosi scompensata, con un peso crescente delle forme metaboliche e alcol-correlate.

Una discussione precoce all'interno di un team multidisciplinare dedicato (epatologia–chirurgia trapiantologica–anestesia–nutrizione–psicologia) riduce la mortalità in attesa, facilita la transizione del paziente e migliora gli esiti post-trapianto.

Il paziente con scompenso avanzato e non candidabile a trapianto

Nella fase terminale della malattia, il paziente può presentare ascite refrattaria recidivante, encefalopatia frequente, sarcopenia e un rapido deterioramento funzionale. In questi casi l'obiettivo primario non è più prolungare la sopravvivenza, ma garantire la migliore qualità di vita possibile, attraverso il controllo dei sintomi—dolore, prurito, dispnea, nausea, insonnia—e il mantenimento della domiciliarità grazie a un

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 10 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

intervento integrato tra ospedale, territorio e cure palliative. L'attivazione precoce di percorsi ADI e di supporto psicologico e sociale rappresenta una parte essenziale della presa in carico.

2. SCOPO

Lo scopo del presente Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è quello di uniformare l'iter organizzativo multidisciplinare relativo alla cura e al trattamento del paziente affetto da ACLD all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Giaccone di Palermo, integrandosi nel contesto degli ambulatori della ASP di Palermo e dell'attività dei Medici di Medicina Generale.

Lo scopo è quello di favorire una diagnosi precoce dell'ACLD e prevenirne la progressione e lo scompenso della malattia epatica, ottimizzare la gestione delle complicanze e migliorare la continuità assistenziale con l'uso efficiente delle risorse sanitarie.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il PDTA si applica presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone" a pazienti adulti affetti da:

- Malattie epatiche croniche (virali, metaboliche, alcol-correlate, autoimmuni, colestatiche)
- **ACLD** (fibrosi avanzata F3–F4, cirrosi compensata e scompensata)
- **HCC**, anche in fegato cirrotico
- Malattia epatica avanzata candidabile o meno a trapianto

le Strutture Ospedaliere coinvolte nel PDTA:

- **DAI Medico;**
- **DAI Radiologia diagnostica Interventistica e stroke;**
- **DAI Emergenza Urgenza (DEA) di II livello;**
- **Servizi di Supporto:** Laboratori specialistici, Servizio di Endoscopia digestiva, Anatomia Patologica.

Centralità dell'utente ed equità di accesso nel rispetto del principio di centralità dei bisogni dell'utente, garantito sulla base di modelli improntati alla maggiore flessibilità e funzionalità organizzativa, fondata su percorsi e protocolli assistenziali integrati e multidisciplinari. Il principio di equità di accesso è garantito dalla costante ricerca di una corretta allocazione delle risorse, atte a determinare una costante e continua rimodulazione dell'offerta di prestazioni in rapporto alla qualità e quantità della domanda, con particolare riferimento a quelle ad alto contenuto professionale e tecnologico

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 11 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

Punti di Forza del Contesto Ospedaliero

Il territorio di riferimento dell'AOUP Giaccone presenta caratteristiche geografiche e demografiche eterogenee che influenzano significativamente l'accessibilità ai servizi sanitari e la continuità assistenziale. La presenza di aree urbane, periurbane e rurali richiede un approccio differenziato nell'erogazione dei servizi territoriali.

le caratteristiche principali sono:

- Elevata specializzazione nell'ambito delle malattie epatiche con riconoscimento regionale
- Disponibilità di tecnologie diagnostiche avanzate (elastografia, imaging cross-sezionale)
- Attività di ricerca clinica con partecipazione a trials internazionali
- Programmi di formazione continua del personale
- Integrazione con l'Università per attività didattiche e di ricerca

Contesto Esterno: Il Sistema Territoriale

A livello regionale, con Decreto Assessoriale 713/2013 la Regione Sicilia ha istituito la Rete Regionale per la Gestione delle Epatiti da virus C al fine di garantire l'uniformità su tutto il territorio regionale dell'appropriatezza diagnostica e terapeutica in conformità ai criteri di priorità al trattamento indicati da AIFA e garantire al paziente un più agevole accesso all'assistenza sanitaria, redistribuendo tra i centri della rete le funzioni di prescrizione e di erogazione dei farmaci antivirali e le funzioni di gestione dei pazienti che non hanno indicazione prioritaria al trattamento. All'interno di questa Rete, l'Azienda Ospedaliera Universitaria Paolo Giaccone svolge il ruolo di centro Hub deputato alla prescrizione di farmaci antivirali per i pazienti con epatite da HCV.

Successivamente, l'Assessorato della Salute della Regione Sicilia (Decreto Assessoriale n. 088 del 07.02.2023) ha approvato la costituzione della Rete epatologica regionale (SINTESI) un modello di gestione integrata e avanzata tra centri HUB e centri SPOKE", allo scopo di realizzare uno specifico percorso assistenziale uniforme che privilegi la multidisciplinarietà, garantendo la continuità assistenziale attraverso i vari livelli della rete.

Per il paziente con cirrosi, la comparsa di scompenso di malattia e/o dell'epatocarcinoma rappresentano punti cruciali della storia della malattia la cui valutazione terapeutica deve prevedere l'indicazione al trapianto di fegato. Questo viene garantito con la collaborazione attiva (e una convenzione formale in corso di stesura) tra la UOC di Gastroenterologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Universitario "P. Giaccone" di Palermo.

Si avvale di altre strutture l'Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (ISMETT/IRCCS) (Documento richiamato PDTA n° 9 Epatocarcinoma)

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 12 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

3.1 L'ASP 6 di Palermo: Partner Strategico per l'Integrazione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo rappresenta il principale partner per l'implementazione del percorso integrato ospedale-territorio ha un ruolo specifico sull' identificazione precoce e accesso al percorso.

Le strutture ASP coinvolte sono:

- **Distretti Sanitari:** organizzazioni territoriali di prossimità che garantiscono l'accesso ai servizi di base
- **Case della Comunità:** nuove strutture previste dal DM 77/2022 come punti di aggregazione multidisciplinare
- **Servizi di Assistenza Domiciliare:** ADI tradizionale e servizi specialistici domiciliari
- **Medicine di Gruppo:** aggregazioni funzionali territoriali (AFT) per la gestione integrata

Servizi Specializzati per Popolazioni a Rischio:

Una particolare attenzione nel presente PDTA è dedicata ai Servizi per le Dipendenze (SerD), che rappresentano un punto di osservazione privilegiato per l'intercettazione precoce di pazienti a rischio di cirrosi epatica. Questi servizi seguono popolazioni specifiche:

- **Alcolisti:** popolazione che generalmente conduce in modo compliant il percorso di accertamenti, specialmente se coinvolti i familiari
- **Tossicodipendenti:** gruppo che include utilizzatori di droghe per via iniettiva, inalatoria e soggetti con comportamenti sessuali a rischio

Queste popolazioni richiedono strategie specifiche di screening che vanno dalla ricerca di anticorpi anti-virus epatotropi (HCV, HBV, HAV) con test salivari quando necessario, all'identificazione dei genotipi virali e al monitoraggio dell'attività di replica virale.

3.3 Analisi SWOT del Contesto

Punti di Forza (Strengths):

- Eccellenza clinica riconosciuta nella gestione delle epatopatie
- Integrazione ospedale-università per ricerca e formazione
- Presenza di tecnologie diagnostiche avanzate
- Network consolidato con i servizi territoriali
- Esperienza nella gestione di percorsi complessi

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 13 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

Punti di Debolezza (Weaknesses):

- Frammentazione informativa tra diversi sistemi
- Limitata disponibilità di personale dedicato sul territorio
- Difficoltà geografiche di accesso in alcune aree
- Variabilità nell'applicazione di protocolli condivisi

Opportunità (Opportunities):

- Implementazione del DM 77/2022 e nuovi modelli assistenziali
- Finanziamenti PNRR per potenziamento territorio
- Crescente attenzione alla medicina di precisione
- Sviluppo di tecnologie digitali per la sanità

Minacce (Threats):

- Invecchiamento della popolazione e aumento cronicità
- Vincoli di bilancio del sistema sanitario
- Carenza di personale sanitario specializzato
- Resistenze al cambiamento organizzativo

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- *Libro Bianco AISF 2024.*

(Epidemiologia italiana, burden della cirrosi, criticità assistenziali, raccomandazioni organizzative)

- AISF – SIMG.

Indicazioni per la gestione integrata del paziente con cirrosi epatica de Franchis R; Baveno VI Faculty. Expanding consensus in portal hypertension: Report of the Baveno VI Consensus Workshop. Journal of Hepatology. 2015;63(3):743–752.

- de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, Reiberger T, et al.; Baveno VII Faculty.

Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension. Journal of Hepatology. 2022;76(4):959–974.

- EASL Clinical Practice Guidelines: Management of patients with decompensated cirrhosis. Journal of Hepatology. 2018;69(2):406–460.

- Hepatic encephalopathy 2018: A clinical practice guideline by the Italian Association for the Study of the Liver (AISF). Dig Liver Dis. 2019 Feb;51(2):190-205

- AASLD Practice Guidance: Diagnosis, Evaluation and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis, and Hepatorenal Syndrome. Hepatology. 2021.

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 14 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

5. CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE NEL PDTA

Criteri di Inclusione:

Diagnosi di ACLD o cirrosi epatica (tutte le eziologie)

- Soggetti a rischio alto** di sviluppare cirrosi:
 - o Epatite cronica virale (HBV, HCV, HDV)
 - o Abuso cronico di alcol
 - o MASH con fibrosi avanzata
 - o Epatopatie autoimmuni
 - o Disordini metabolici

Criteri Diagnostici per ACLD/Cirrosi:

- **Istologici:** Fibrosi stadio F4 (Metavir/Ishak)
- **Non invasivi:**
 - o Elastografia epatica (>10 kPa)
 - o Score sierologici (FIB-4 >3.25, APRI >2)
 - o Imaging suggestivo + segni clinici

Criteri di Esclusione. Criteri di uscita dal PDTA:

I criteri che possono determinare l'uscita dal PDTA sono: il decesso del paziente, la mancata conferma della diagnosi di cirrosi epatica o la mancata adesione al percorso e lo sviluppo di epatocarcinoma, in quest'ultimo caso i pazienti verranno inseriti nel PDTA per l'epatocarcinoma

6. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

ACLD	Advanced chronic liver disease
cACLD	Compensated Advanced chronic liver disease
AOUN	Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico
DH	Day Hospital
DAI	Dipartimento assistenziale integrato
COT	Centrale operativa territoriale
EGDS	Esofagogastroduodenoscopia
TE	Transient elastography
TC	Tomografia Computerizzata
RM	Risonanza Magnetica
UOC	Unità Operativa Complessa

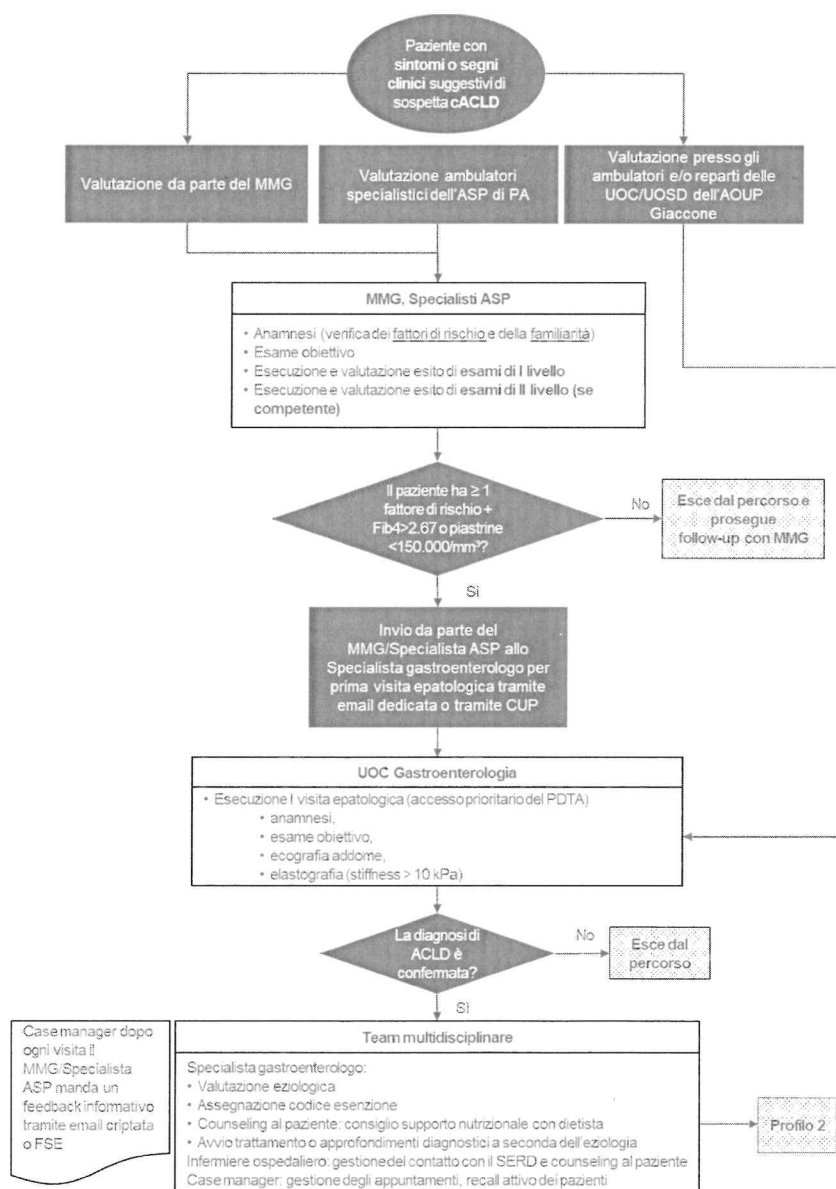
Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 15 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

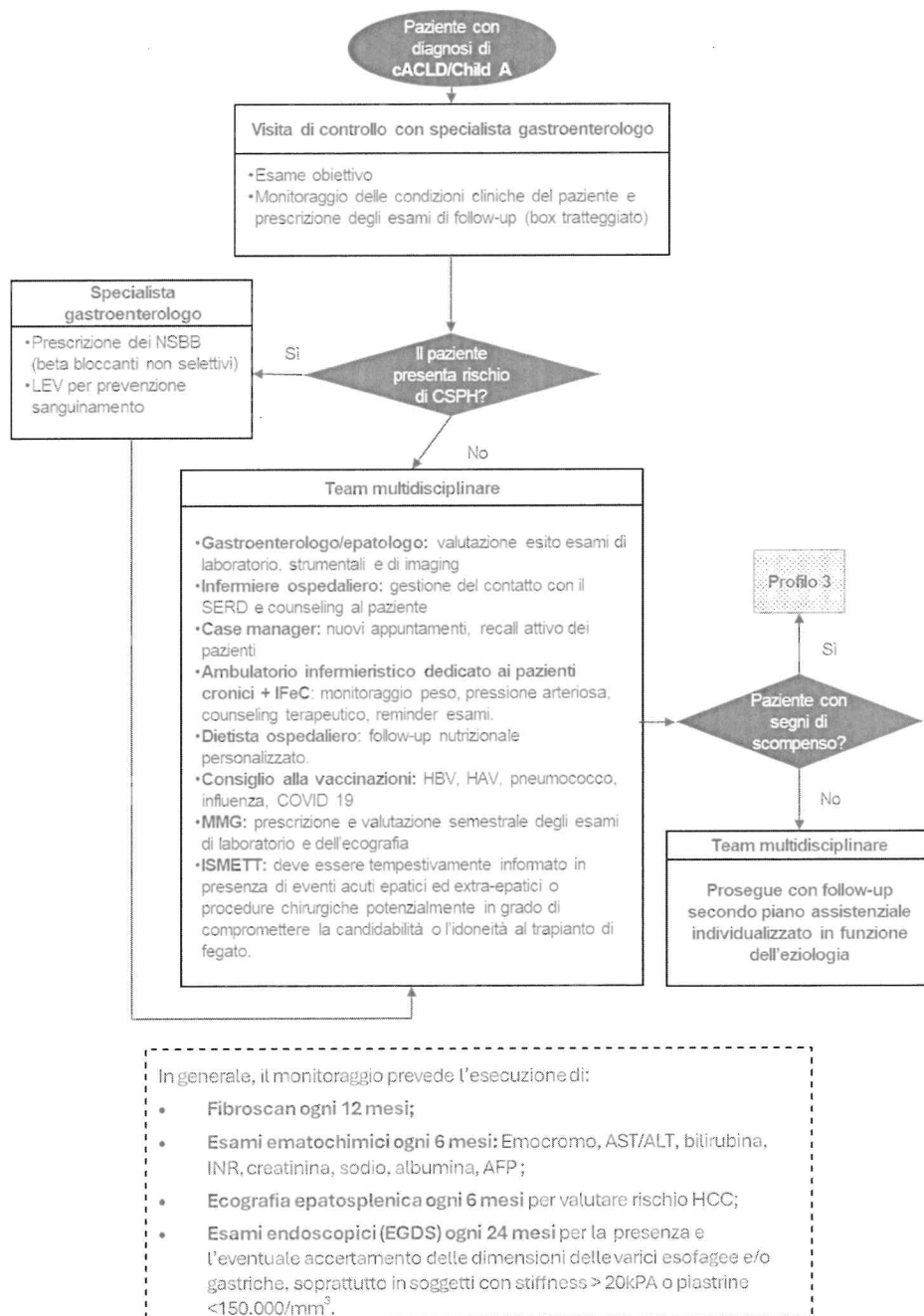
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO

PROFILO 1: Paziente con sospetto di malattia epatica avanzata non diagnostica

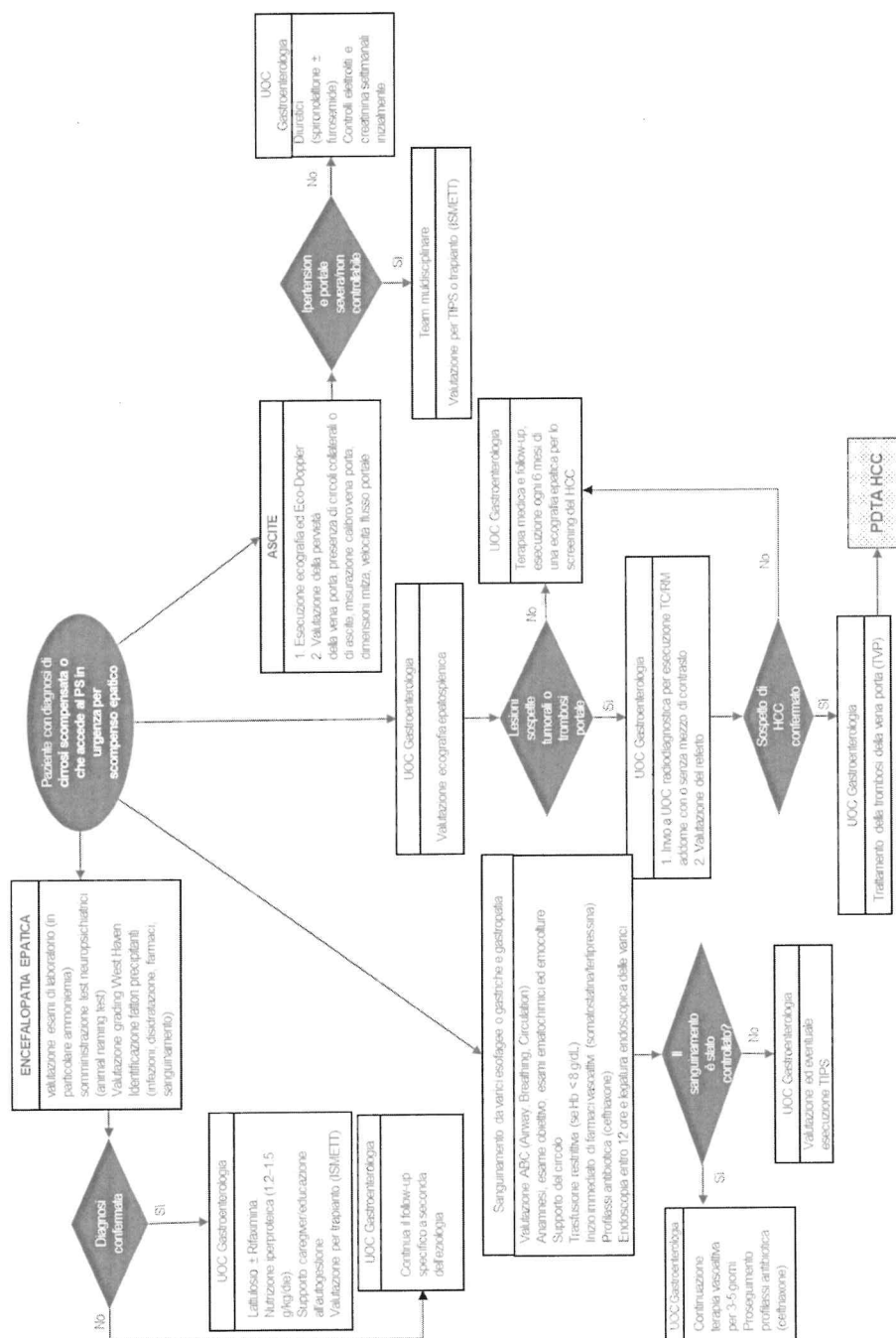



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

PROFILO 2: Paziente con malattia epatica avanzata compensata (cACLD, Child A)




Profilo 3: Paziente con malattia epatica scompensata candidabile a trapianto




 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

8. MATRICE DI RESPONSABILITA'

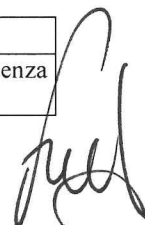
R: Responsabile – C: Coinvolto – I: Informato

Profilo 1 – paziente con sospetta malattia di fegato avanzata

Attività chiave	MMG	Specialista ASP	Gastroenterologo AOUP
Identificazione soggetto a rischio	R	R	-
Valutazione iniziale (Fib-4 + esami di primo livello)	R	R	-
Invio allo specialista epatologo/gastroenterologo	R	R	-
Prenotazione prima visita epatologica	R	R	R
Prima visita epatologica			R
Diagnosi di ACLD	-	-	R
Definizione del passaggio al Profilo 2	-	-	R

Profilo 2 – paziente con diagnosi di malattia di fegato avanzata (cACLD, Child A)

Attività chiave	MMG	Gastroenterologo AOUP	Infermiere/Case Manager
Valutazione rischio CSPH	-	R	-
Follow-up clinico periodico	I	R	R
Gestione comorbidità metaboliche e cardiovascolari	R	R	-
Programmazione degli esami strumentali		R	R
Transizione al Profilo 3 (se scompenso)	I	R	-



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

Profilo 3 – paziente con diagnosi di malattia di fegato avanzata scompensata (Child B-C)

Attività chiave	PS MMG	Gastroenterologo AOUP	ISMETT	ADI	Infermiere/Case Manager
Gestione acuta in accesso PS	R	C	–	–	–
Valutazione epatologica specialistica	– –	R	C	–	–
Valutazione candidabilità trapianto	a – –	R	R	–	–
Gestione complicanze (ascite, infezioni, EV, HRS ecc.)	I	R	C	–	–
Attivazione ADI (se indicato)	– C	R	–	R	–
Follow-up post-ricovero	– C	R	–	–	R

Profilo 4 – Paziente con diagnosi di malattia di fegato avanzata scompensata in fase terminale/non candidabile al trapianto

Attività chiave	MMG	Gastroenterologo AOUP	Cure palliative	ADI	Case Manager	PS ISMETT
Valutazione clinica e decisione non candidabilità	I	R	C	–	–	– C
Controllo sintomi $\geq$ ascite, dolore, encefalopatia, prurito ecc.	I	R	C	R	–	– –
Attivazione ADI	R	C	–	I	–	– –
Attivazione cure palliative (fase terminale)	R	C	I	–	–	– –
Supporto psicologico e sociale al paziente e caregiver	C	C	R	R	R	– –
Gestione eventi acuti (es. sanguinamento)	–	C	–	–	–	R –

 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

9. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Il presente PDTA definisce un percorso strutturato che accompagna il paziente dal sospetto diagnostico fino alle fasi più avanzate della malattia, garantendo integrazione fra territorio, MMG, specialisti dell'ASP, epatologi dell'AOUP "Giaccone", rete trapiantologica (ISMETT) e servizi domiciliari (ADI).

All'interno del percorso sono stati individuati quattro profili assistenziali, ciascuno corrispondente a una specifica fase della malattia epatica cronica, con obiettivi, modalità di presa in carico e livelli di intensità assistenziale differenziati.

Profilo 1 – Sospetta malattia cronica di fegato avanzata (ACLD)

Il percorso inizia con l'intercettazione di un paziente che presenti fattori di rischio, alterazioni laboratoristiche persistenti o segni clinici compatibili con malattia epatica. Il MMG svolge un ruolo cruciale: valuta il paziente, raccoglie gli elementi anamnestici e prescrive gli esami necessari a confermare o escludere una sospetta malattia cronica di fegato.

Gli accertamenti prescritti dal MMG o dallo specialista dell'ASP possono comprendere:

- emocromo e conta piastrinica;
- AST, ALT, GGT, ALP, bilirubina totale e frazionata;
- albumina, INR, PT;
- creatinina e sodio;
- profilo metabolico (glicemia, HbA1c, assetto lipidico);
- markers virali (HBsAg, anti-HBc, anti-HCV);
- autoimmunità epatica di primo livello (ANA, ASMA, AMA) quando indicata;

In caso di sospetto diagnostico va calcolato il test FIB-4 a tutti i pazienti a rischio. Il FIB-4 è un marker surrogato e non invasivo raccomandato per identificare la possibile presenza di cirrosi. È calcolabile a partire dall'età e dai valori di esami di laboratorio (AST, ALT e conta piastrinica). In presenza di FIB-4 > 2,67 o piastrinopenia (< 150.000 U/I) e almeno un fattore di rischio, il MMG o lo specialista ASP inviano il paziente all'epatologo dell'AOUP. La visita epatologica di primo accesso dedicata al PDTA viene prenotata tramite CUP o tramite l'invio dell'impegnativa a un indirizzo email dedicato (PDTA.ACLD@policlinico.pa.it). L'impegnativa indicherà: "Visita gastroenterologica primo accesso – PDTA Malattia Cronica di Fegato Avanzata (ACLD)".

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 21 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

Prima visita epatologica presso UOC Gastroenterologia:

Il setting assistenziale più appropriato per eseguire gli accertamenti diagnostici è il regime ambulatoriale. Il Day Hospital diagnostico risulta appropriato, come previsto all'art. 43 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, solo per l'esecuzione di esami su pazienti che, per particolari condizioni di rischio, richiedono monitoraggio clinico prolungato; accertamenti diagnostici a pazienti non collaboranti che richiedono un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa.

L'Ambulatorio è collocato presso l' AOUP P. Giaccone di Palermo . L'Azienda possiede i seguenti requisiti:

Requisiti strutturali e tecnologici

La struttura garantisce , la disponibilità delle seguenti dotazioni:

- ecografo;
- tomografia assiale computerizzata (TAC);
- FibroScan;
- risonanza magnetica nucleare (RMN) con mezzo di contrasto epatospecifico;
- servizio di endoscopia;
- laboratorio di immunologia;
- laboratorio di genetica.

Il paziente accede all'Ambulatorio mediante impegnativa del MMG o di altro Specialista del SSN, per "prima visita gastroenterologica" presentata al CUP di I livello.

La presa in carico da parte dell' ambulatorio di Gastroenterologia deve prevedere:

raccolta dell'anamnesi personale (es. malattie epatiche), sociale (es. uso di alcol, uso di droghe) e familiare (es. malattie epatiche, neoplasie), storia di viaggi, occupazione (esposizione a sostanze chimiche).

Spesso la colangite biliare primitiva si associa a tiroidite autoimmune di Hashimoto, sindrome di Sjogren, celiachia, sclerosi sistemica oppure a malattia infiammatoria cronica intestinale.

L'esame obiettivo deve includere la ricerca di epatosplenomegalia, xantasma, eritema palmare e plantare, dita a bacchetta di tamburo, lesioni da grattamento, ginecomastia, spider nevi, presenza di ittero, confusione mentale e ascite nella cirrosi scompensata. Gli esami di laboratorio da eseguire sono bilirubina totale e frazionata, emocromo, GOT, GPT, fosfatasi alcalina, gamma-GT, PT e/o INR, albumina, proteine. La bilirubina frazionata è necessaria per distinguere tra bilirubina coniugata e non coniugata. L'emocromo ed eventualmente uno striscio di

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 22 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

sangue periferico permettono di accertare la presenza di emolisi e il riscontro di anemia e trombocitopenia caratteristici nella cirrosi scompensata. Elevati valori di GOT e GPT indicano danno epatocellulare, tuttavia possono essere normali nelle epatopatie croniche. L'incremento di fosfatasi alcalina si associa a ostruzione biliare, ma anche ad altre patologie di rene, ossa, intestino e placenta. I valori di gamma-GT sono aumentati in presenza di ostruzione biliare e di danno epatico, ma anche nelle patologie pancreatiche, nell'infarto miocardico, nelle malattie renali e nel diabete mellito.

Per la diagnosi eziologica della malattia cronica di fegato è necessario eseguire: markers virali (HbsAg e Anti-HCV)); ricerca auto-anticorpi ASMA, AMA, ANA, p-ANCA, Ig sieriche, anti-LKM1; dosaggio sideremia, ferritina e percentuale di saturazione transferrina; rame urinario e cerulo plasmina; elettroforesi sieroproteica.

L'ecografia è l'esame strumentale di prima linea nel paziente con malattia cronica di fegato poiché permette di evidenziare l'ecostruttura epatica, la presenza di segni di ipertensione portale, la presenza di lesioni focali epatiche, presenza o assenza di dilatazione delle vie biliari. ColangiRMN e/o ERCP sono indicate per la visualizzazione dell'albero biliare intra ed extraepatico.

La biopsia epatica è indicata nel caso di positività dei test sierologici per stadiazione dell'epatopatia o, in caso di negatività dei test sierologici, per la diagnosi dell'epatopatia oltre che per la stadiazione, comunque in tutti i casi in cui l'esecuzione della biopsia risulti necessaria al fine della scelta terapeutica e della prognosi.

Una volta confermata la diagnosi di Cirrosi Epatica, lo Specialista effettua la stadiazione del paziente mediante la classificazione di Child-Pugh (Tab. 6), che, pur rappresentando pazienti in maniera statica, risulta essere un valido strumento per inquadrare anche prognosticamente il paziente cirrotico.

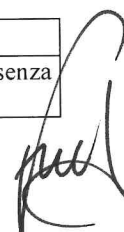
In base alla sommatoria dei punti attribuiti ai 5 differenti parametri, il paziente può essere classificato in Child-Pugh A, B o C, se totalizza rispettivamente <6, 7-9 o >10 punti. I pazienti in classe A avrebbero una stima di sopravvivenza a 1 anno del 100%, quelli in classe B dell'80% e quelli in classe C del 45%. Queste stime riguardano pazienti con classe di Child non modificata dai trattamenti.

Lo score di MELD (model for end stage liver disease) fornisce invece valide informazioni sulla mortalità per cirrosi ed è usato per assegnare ai pazienti il grado di priorità nelle liste per trapianto.

Una volta completato l'iter diagnostico, lo Specialista redige il certificato di patologia ai fini del riconoscimento, da parte dell'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) nel distretto territorialmente competente, dell'esenzione (ai sensi degli allegati 8 e 8bis al DPCM LEA del 12 gennaio 2017) e definisce il programma terapeutico tenendo conto della progressione della malattia, delle condizioni generali del paziente e delle comorbidità eventualmente presenti.

I pazienti con ACLD/cirrosi epatica che devono essere seguiti prevalentemente dallo Specialista, per i

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 23 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

quali lo stesso Specialista programma gli eventuali appuntamenti di controllo ambulatoriali con prenotazione tramite CUP di I livello di “visita gastroenterologica successiva alla prima”, sono:

- Pazienti che devono ricevere terapia eziologica in caso di epatiti virale o malattie autoimmuni e per nuove emergenti per MASLD.
- Pazienti con manifestazioni extraepatiche da HCV (ad esempio, crioglobulinemia sintomatica);
- Pazienti con cirrosi scompensata, ovvero che abbiano presentato almeno un episodio di ascite, encefalopatia epatica, ittero, sanguinamento digestivo;
- Pazienti in classe B e C di Child;
- Pazienti in attesa di trapianto di fegato;
- Pazienti con epatocarcinoma
- Consulenze interne da altri reparti
- Pazienti post-acuti in dimissione

La presa in carico dei pazienti può essere condivisa tra lo specialista e il Medico di Medicina Generale (MMG) per quanto concerne la gestione del programma di monitoraggio antropometrico, bioumorale e strumentale (ecografico), secondo quanto previsto dal presente Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA).

Sono seguiti prevalentemente dal MMG i pazienti affetti da cirrosi epatica in classe A secondo Child–Pugh, in condizioni di stabilità clinica (assenza di episodi di scompenso e/o di complicanze), inclusi i pazienti con infezione da HBV in trattamento con analoghi nucleos(t)idici, nonché i pazienti con cirrosi epatica che, per età avanzata e/o presenza di comorbidità, non presentano indicazione a follow-up specialistico dedicato.

Profilo 2 – Cirrosi compensata (cACLD – Child A)

I pazienti con cirrosi compensata vengono presi in carico dallo specialista epatologo con l'obiettivo di rallentare la progressione e individuare precocemente la comparsa di ipertensione portale clinicamente significativa per prevenire lo sviluppo di ipertensione portale, nei soggetti a rischio è necessario prescrivere beta bloccanti non selettivi (carvedilolo e propranololo).

In questa fase, la collaborazione tra epatologo e MMG è essenziale: il MMG prescrive esami ematochimici e radiologici, mentre lo specialista definisce tempistiche e tipologia dei follow-up.

In generale, il monitoraggio prevede l'esecuzione di:

- **Fibroscan (ogni 12 mesi)**
- **Esami ematochimici ogni 6 mesi:** Emocromo, AST/ALT, bilirubina, INR, creatinina, sodio, albumina, AFP

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 24 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

- **Ecografia epatosplenica ogni 6 mesi** per valutare rischio HCC
- **Esami endoscopici (EGDS) ogni 24 mesi** per la presenza e l'eventuale accertamento delle dimensioni delle varici esofagee e/o gastriche, soprattutto in soggetti con stiffness > 20kPA o piastrine <150.000/mm³

Anche in questo profilo il MMG ha la responsabilità di verificare l'esecuzione degli accertamenti programmati nel corretto timing e condividerli per via telematica all' indirizzo mail dedicato.

Durante le visite gastroenterologica di follow-up (programmate ogni sei mesi) verrà valutato:

Esame Obiettivo:

- Segni di ipertensione portale
- Segni di insufficienza epatica
- Valutazione nutrizionale
- Ascite, edemi
- Encefalopatia epatica

Stadiazione Funzionale:

- **Child-Pugh** (A, B, C)
- **MELD Score** (priorità trapianto)
- **Valutazione performance status**

Ecografia

- Sorveglianza delle lesioni focali epatiche
- Caratterizzazione lesioni focali
- Imaging Avanzato

TC/RM Addome:

- Se evidenza di lesioni focali all'ecografia e/o trombosi dell'asse spleno-portale

Elastografia:

- Quantificazione fibrosi
- Monitoraggio evolutivo
- Valutazione risposta terapeutica

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 25 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

Valutazione Nutrizionale

Il passaggio al Profilo 3 avviene quando compaiono segni di scompenso: ascite, encefalopatia, emorragia digestiva, peggioramento della funzione epatica o renale.

Profilo 3 – Paziente con cirrosi scompensata (Child B–C)

Il paziente con cirrosi scompensata richiede un livello di presa in carico ad alta intensità, perché in questa fase la malattia epatica è caratterizzata dalla comparsa di complicanze cliniche che ne segnano la progressione: ascite, encefalopatia, peritonite batterica spontanea, iponatriemia, infezioni, sanguinamento digestivo o peggioramento della funzione renale o epatica.

L'accesso al Profilo 3 può avvenire attraverso tre modalità principali:

- **accesso ambulatoriale programmato** di un paziente già seguito nei profili precedenti che sviluppa segni di scompenso;
- **invio dallo specialista dell'ASP o dal medico di medicina generale** in caso di peggioramento clinico rilevato sul territorio;
- **accesso in regime di urgenza dal Pronto Soccorso**, circostanza molto frequente, dove il paziente giunge in occasione di un episodio acuto (ascite tesa, encefalopatia, infezione, sanguinamento).

Indipendentemente dalla modalità di accesso, il paziente viene preso in carico dai gastroenterologi dell'AOUP "Giaccone", che assumono la responsabilità clinica del caso. La gestione è orientata in primo luogo alla stabilizzazione del quadro acuto e al trattamento delle complicanze secondo linee guida: controllo dell'ascite, correzione delle alterazioni idro-elettrolitiche, diagnosi e trattamento delle infezioni, gestione dell'encefalopatia, valutazione dell'emorragia digestiva, prevenzione di ulteriori episodi di scompenso.

La gestione delle complicanze della cirrosi rappresenta il cuore del PDTA nei pazienti in fase scompensata o a rischio di scompenso. Per garantire continuità assistenziale e ridurre i ricoveri evitabili, il PDTA integra alcune componenti fondamentali: la gestione strutturata delle principali complicanze (ascite, encefalopatia epatica, varici esofagee), la presa in carico nelle Case della Comunità tramite l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), l'attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e il coordinamento costante tra team ospedaliero e territoriale.

Gestione delle principali complicanze

Ascite

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 26 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

L'ascite viene classificata in tre gradi:

- **Grado 1:** minima, rilevabile solo ecograficamente;
- **Grado 2:** moderata, con distensione addominale evidente;
- **Grado 3:** tesa, con marcata distensione addominale.

Nei pazienti con ascite è raccomandata una valutazione strumentale mediante ecografia ed eco-doppler con analisi della pervietà della vena porta, ricerca di circoli collaterali, presenza e quantificazione dell'ascite, diametro della vena porta, dimensioni della milza e valutazione della velocità di flusso portale.

La gestione segue un approccio graduale:

- **Ascite di grado 1-2**
 Nei pazienti con ascite lieve o moderata il trattamento di prima linea prevede restrizione sodica (<2 g/die), terapia diuretica con spironolattone (100 mg/die, titolabile fino a 400 mg) in associazione a furosemide (40 mg/die, fino a 160 mg), monitoraggio del peso e della diuresi e controlli periodici degli elettroliti. Il follow-up è prevalentemente ambulatoriale, gestito in integrazione tra specialista e MMG, con controlli ravvicinati nelle fasi di aggiustamento terapeutico.
- **Ascite di grado 3 o refrattaria**
 Nei casi di ascite tesa o refrattaria, non controllata dalla terapia diuretica massimale, si ricorre a paracentesi evacuativa associata ad infusione di albumina (circa 8 g/L di liquido rimosso in caso di prelievi >5 litri), ripetuta in base alla necessità clinica. In questa fase, il paziente deve essere valutato per eventuale posizionamento di TIPS e per candidabilità a trapianto di fegato, nell'ambito della discussione multidisciplinare con il centro ISMETT.

Encefalopatia epatica

L'encefalopatia epatica viene stadia secondo la classificazione di West-Haven:

- Grado 0: forma subclinica;
- Grado 1: alterazioni minime del comportamento e del sonno;
- Grado 2: letargia, disorientamento lieve, modifiche della personalità;
- Grado 3: stupor, confusione severa, disorientamento marcato;
- Grado 4: coma.

La valutazione specialistica comprende l'analisi degli esami di laboratorio (con particolare attenzione all'ammoniemia), la somministrazione di test neuropsichiatrici (ad esempio animal naming test), la



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

definizione del grading clinico secondo West-Haven e l'identificazione dei fattori precipitanti (infezioni, disidratazione, sanguinamento, farmaci sedativi, squilibri elettrolitici, stipsi).

La gestione si differenzia in fase acuta e cronica.

- **Gestione acuta**

In caso di episodio acuto o peggioramento dell'encefalopatia, la priorità è l'identificazione e la correzione dei fattori scatenanti. La terapia di base prevede l'impiego di lattulosio (15–30 ml 2–4 volte/die, con target di 2–3 evacuazioni al giorno) e rifaximina 550 mg due volte al giorno, associati a una correzione mirata della disidratazione e degli squilibri elettrolitici. I casi moderati-gravi richiedono valutazione in ambiente ospedaliero, con eventuale ricovero.

- **Gestione cronica e prevenzione delle recidive**

Nei pazienti con encefalopatia ricorrente è indicato il mantenimento di terapia cronica con lattulosio e rifaximina, una dieta iperproteica (1,2–1,5 g/kg/die, privilegiando le proteine di origine vegetale quando meglio tollerate) e un forte coinvolgimento del caregiver per garantire aderenza e monitoraggio dei segni di peggioramento. Il supporto familiare e dell'IFeC è essenziale per l'educazione all'autogestione.

Varici esofagee

Lo screening per varici esofagee nei pazienti con cirrosi deve essere eseguito alla diagnosi e successivamente secondo i criteri di Baveno VII, che consentono in alcuni casi di evitare endoscopie non necessarie sulla base di parametri non invasivi.

La profilassi primaria del sanguinamento da varici prevede l'uso di beta-bloccanti non selettivi (carvedilolo, propranololo), che nel paziente con cirrosi compensata hanno dimostrato efficacia anche nella prevenzione dello scompenso (dati PREDESCI trial). In caso di intolleranza o controindicazioni alla terapia farmacologica, è indicata la legatura elastica endoscopica. Il target terapeutico è una riduzione della frequenza cardiaca di circa il 25% rispetto al basale o fino a circa 55 battiti/min, in assenza di ipotensione sintomatica.

Valutazione Nutrizionale:

Corretto piano nutrizionale: proteine 1.2-1.5g/kg/die, ENERGIA: 30-35 kcal/kg, Pasti frequenti (5-6/die, consigliare spuntino serale).

Profilo 4 – Scompenso avanzato o fase terminale non candidabile a trapianto

Quando la malattia epatica giunge a uno stadio in cui il trapianto non è più praticabile, il percorso assistenziale cambia obiettivo: non è più orientato alla correzione della malattia, ma al controllo dei sintomi, alla qualità di vita, alla domiciliarità e al supporto della famiglia.

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 28 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

In questa fase il MMG assume nuovamente un ruolo centrale, coordinando gli interventi domiciliari, prescrivendo gli esami essenziali e interfacciandosi con epatologi e palliativisti. Gli specialisti ospedalieri supportano il percorso, gestiscono eventuali acuzie e mantengono un canale di comunicazione costante con il territorio. Le cure palliative entrano progressivamente in campo, soprattutto in presenza di dolore, dispnea, ascite refrattaria, encefalopatia, insonnia o distress psicologico.

Il case manager ospedaliero funge da riferimento per il caregiver e facilita i contatti con i reparti, evitando accessi impropri al Pronto Soccorso e garantendo continuità nella gestione del fine vita.

Presa in carico nelle Case della Comunità e ruolo dell'IFeC

Le Case della Comunità costituiscono un nodo centrale della rete territoriale per la gestione della cirrosi, in particolare nelle fasi compensata e nello scompenso stabilizzato. L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è il professionista di riferimento per la presa in carico infermieristica, con funzioni di prevenzione, educazione e continuità assistenziale.

Le funzioni principali dell'IFeC includono: la valutazione periodica del paziente, il monitoraggio dell'aderenza terapeutica, l'educazione del paziente e del caregiver, il coordinamento operativo con il MMG e con lo specialista epatologo, nonché la gestione domiciliare di alcune terapie.

Nell'ambito ambulatoriale della Casa della Comunità, l'IFeC effettua controlli programmati di peso, pressione arteriosa e parametri vitali, organizza prelievi per il monitoraggio laboratoristico, fornisce counseling nutrizionale, verifica l'aderenza ai farmaci e intercetta precocemente i segni di peggioramento clinico.

A domicilio, l'IFeC si occupa dei pazienti con difficoltà di movimento o disabilità funzionale, supportando la somministrazione di terapie (comprese infusioni ev di albumina quando previste dal percorso e in collaborazione con l'équipe medica), l'addestramento del caregiver, la valutazione del contesto abitativo e il supporto psicologico di base, con eventuale coinvolgimento dello psicologo.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'**ADI** rappresenta il livello superiore di presa in carico territoriale per i pazienti con cirrosi avanzata, in particolare in presenza di scompenso e/o fragilità.

I criteri di attivazione comprendono: cirrosi Child-Pugh B o C con compromissione funzionale, ascite refrattaria, encefalopatia persistente, sarcopenia severa, supporto sociale carente o inadeguato. L'attivazione avviene su proposta del medico ospedaliero o del MMG, in accordo con il team territoriale.

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 29 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

L'équipe ADI è multiprofessionale e generalmente include: MMG, infermiere professionale, fisioterapista quando indicato, assistente sociale e, se necessario, psicologo.

Le prestazioni sono articolate su più livelli di intensità:

- **Livello base:** visite mediche domiciliari, assistenza infermieristica, prelievi e medicazioni, supporto e formazione ai familiari.
- **Livello integrato:** terapie endovenose (albumina, diuretici o altre infusioni previste dal percorso), gestione di PEG o altri accessi, fisioterapia domiciliare, supporto nutrizionale avanzato.
- **Livello specialistico:** consulenze specialistiche domiciliari, esecuzione di procedure come paracentesi diagnostica/evacuativa in setting domiciliare dove organizzativamente possibile, utilizzo di strumenti di telemedicina e coordinamento stretto con l'ospedale per decidere eventuali ricoveri protetti

10. INDICATORI

Gli indicatori che si proporranno di seguito, sono mirati a valutare, in primis, il *processo assistenziale*, legato, cioè, alla capacità degli attori coinvolti di individuare e di prendere in carico pro-attivamente e in modo integrato i diversi target di pazienti individuati come prioritari. Saranno anche presi in considerazione alcuni indicatori di *outcome*, seppur limitati alla *diagnosi precoce per il case finding* (obiettivo primario per far emergere tali assistiti da un sommerso in atto non adeguatamente esplorato dal sistema assistenziale) ed al *follow up attivo integrato e pro-attivo*, quest'ultimo correlato all'obiettivo di rallentare (e valutarne l'efficacia) l'evoluzione della storia naturale di malattia, prevenendo e gestendo precocemente l'insorgere di complicanze.

In altri termini, oltre ai risultati sui target specifici con ACLD, questo *PDTA-tracciante* permetterà di valutare i presupposti organizzativi ed operativi per la sua successiva estensione a tutti gli attori assistenziali operanti nella provincia.

10.1 INDICATORI CUMULATIVI:

10.1.1 Profilo 1

1. N° di pazienti-target con “Dimissione
Facilitata” dai Reparti di degenza $\geq 90\%$

N° totale di pazienti-target dimessi dai Reparti di Degenza

2. N° di pazienti-target con invio dagli Ambulatori Specialistici al Territorio $\geq 90\%$

N° totale di pazienti-target visitati presso gli Ambulatori Specialistici Ospedalieri.



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

3. N° di pazienti-target ai quali viene effettuata

MMG coinvolti nel PDTA operanti nel distretto di Palermo

1. N° di **pazienti-target** selezionati dal MMG e

inviati allo Specialista Gastroenterologo per la
 valutazione e l'inserimento nel PDTA Integrato

_____ = %

N° totale di assistiti del MMG

2. N° di **pazienti-target** inviati dal MMG allo Specialista Gastroenterologo con diagnosi confermata dallo Specialista e inseriti nel PDTA Integrato

_____ = %

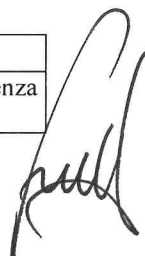
N° totale di pazienti-target inviati dal MMG allo Specialista Epatologo

10.1.2 Profilo 2

1. N° di pazienti con IPERTENSIONE PORTALE CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA(CSPH)/N° TOT. di pazienti appartenenti a PROFILO 1-BIS E PROFILO 2
2. N° di PAZIENTI CON ALMENO UNA COMPLICANZA INSORTA durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti a PROFILO 1-BIS E PROFILO 2
3. N° di pazienti nei quali insorgono COMORBIDITÀ METABOLICHE, RENALI E CARDIOVASCOLARI durante il Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti a PROFILO 1-BIS E PROFILO 2
4. N° di pazienti nei quali viene garantito, da parte degli attori del Team, un *FOLLOW UP ATTIVO* PIENAMENTE ADERENTE ALLE SCADENZE PREVISTE/N° TOT. di appartenenti a PROFILO 1-BIS E PROFILO 2
5. N° di pazienti dei Profili 1 e 2 in *DROP OUT* RISPETTO ALLE SCADENZE DEL FOLLOW UP ATTIVO /N° TOT. di pazienti appartenenti a PROFILO 1-BIS E PROFILO 2

10.1.3 Profilo 3

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 31 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
---	---	-------------------------

1. N° di PAZIENTI CON PIU' DI UNA COMPLICANZA INSORTA durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
2. N° di pazienti nei quali viene effettuata la VALUTAZIONE POSITIVA PER TRAPIANTO/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
3. N° di pazienti con UN EPISODIO DI RICOVERO DURANTE IL FOLLOW UP/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
4. N° di pazienti con PIÙ DI UN EPISODIO DI RICOVERO DURANTE IL FOLLOW UP/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
5. n° di pazienti del Profilo 3 in *DROP OUT* RISPETTO ALLE SCADENZE DEL FOLLOW UP ATTIVO /N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
6. N° di pazienti con ASCITE insorta e trattata durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
7. N° di pazienti con EPS-ENCEFALOPATIA PORTO-SISTEMICA insorta e trattata durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
8. N° di pazienti con SANGUINAMENTO DA VARICI ESOFAGEE O GASTRICHE e GASTROPATIE insorto e trattato durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
9. N° di pazienti con SDR. EPATORENALE insorta e trattata durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3
10. N° di pazienti con HCC insorto e trattato durante il periodo di Follow up/N° TOT. di pazienti presi appartenenti al PROFILO 3
11. N° di pazienti inviati a TRAPIANTO/ N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 3

10.1.4 Profilo n.4

1. N° di pazienti che accedono al PROFILO 4 /N° TOT. di pazienti inseriti nel PDTA
2. N° di pazienti nei quali viene attivata ADI o piano di supporto domiciliare IFEC/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 4
3. N° di pazienti nei quali viene attivato il SERVIZIO SOCIALE E/O SUPPORTO PSICOLOGICO /N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 4
4. N° di pazienti nei quali viene attivata RICOVERO IN STRUTTURE DI ASSISTENZA INTERMEDIA/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 4
5. N° di pazienti del Profilo 4 con PIÙ DI UN EPISODIO DI RICOVERO OSPEDALIERO DURANTE IL FOLLOW UP/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 4
6. N° di pazienti del Profilo 4 in *DROP OUT* DAL PDTA/N° TOT. di pazienti appartenenti al PROFILO 4

10.2 Indicatori di Processo:

- numero di pazienti che accedono per trauma sottoposti ad intervento chirurgico in regime ordinario;

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 32 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		



 Direzione Generale Risk Management e Qualità	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA MALATTIA CRONICA DI FEGATO AVANZATA (ACLD)	PDTA N.18
--	---	------------------

- numero di pazienti che accedono per trauma sottoposti ad intervento chirurgico in regime Day Surgery;
- numero di pazienti che accedono per trauma sottoposti ad intervento chirurgico in regime DSA

10.3 Indicatori di Esito

- numero di interventi chirurgici eseguiti entro i tempi di trattamento “ottimale”;
- numero di interventi chirurgici eseguiti entro i tempi di trattamento “accettabile”;
- numero di interventi chirurgici eseguiti oltre il tempo accettabile;
- numero di ricoveri sopra soglia per i DRG selezionati;
- numero di conversioni da DSAO ad altro regime (es: per complicanze o necessità di osservazione prolungata)

11. CONSERVAZIONE E DIFFUSIONE

Il PDTA dopo essere stata approvata viene codificata, archiviata presso la Direzione Sanitaria di Presidio e ritrasmessa all’Unità Operativa proponente.

L’U.O. proponente provvederà alla conservazione della Procedura nei luoghi indicati e alla sua diffusione a tutti i soggetti facenti parte della “lista di distribuzione” che praticamente ha lo scopo di far pervenire il documento agli operatori e alle UU.OO che devono utilizzarla.

Completata la diffusione, la Procedura si considera operativa.

Il Responsabile dell’U.O. di Risk Management e Qualità provvede alla rimozione dal sito aziendale della documentazione obsoleta. Inoltre conserverà in format elettronico la documentazione rimossa dal sito aziendale per un tempo illimitato

I Referenti per la Qualità e Rischio Clinico delle UU.OO. provvedono a ritirare le copie cartacee dei documenti obsoleti utilizzando il modulo Mod_RM/ 1 n.2, segregando la documentazione obsoleta in un raccoglitore opportunamente identificato

12. DOCUMENTI INSERITI E RICHIAMATI

-Documento richiamato PDTA n°9 Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Epatocarcinoma

Mod_All PDTA 18 n. 1 Documento di Sintesi del PDTA

Data 12 gennaio 2026	Rev.0	Pagina 33 di 33
Questo documento è di proprietà della A.O.U.P. di Palermo e non può essere usato, riprodotto o reso noto a terzi senza autorizzazione della Direzione Generale.		

