

Registro ictus acuto – gestione territoriale: proposta di un progetto italiano della SIS118

A. Caminiti, A. De Luca

VIII congresso Nazionale
Roma 10-11- 12 Giugno 2010
Il Sistema 118 in una sanità in evoluzione
Modelli organizzativi ed operativi da condividere ed attuare



Indice

1. **Razionale**
2. **Obiettivo del progetto**
3. **Metodologia**
4. **Risultati attesi**
5. **Descrizione attività**
6. **Conclusioni**

RAZIONALE

In Italia l'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10%-12% di tutti i decessi per anno, e rappresenta la principale causa d'invalidità.

Il tasso di prevalenza di ictus nella popolazione anziana (età 65-84 anni) italiana è del 6,5%, più alto negli uomini (7,4%) rispetto alle donne (5,9%).

L'incidenza dell'ictus aumenta progressivamente con l'età raggiungendo il valore massimo negli ultra ottantacinquenni. Il 75% degli ictus si riscontra in soggetti di oltre 65 anni.

RAZIONALE

L'ictus ischemico rappresenta la forma più frequente di ictus (80% circa), mentre le emorragie intraparenchimali riguardano il 15%-20% e le emorragie subaracnoidee circa il 3%.

Ogni anno si verificano in Italia (dati estrapolati dalla popolazione del 2001) circa 196.000 ictus, di cui l'80% sono nuovi episodi (157.000) e il 20% recidive, che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (39.000).

Nel mondo il numero di decessi per ictus è destinato a raddoppiare entro il 2020.

Ad 1 anno dall'evento acuto, un terzo circa dei soggetti sopravvissuti ad un ictus – indipendentemente dal fatto che sia ischemico o emorragico – presenta un grado di disabilità elevato, che li rende totalmente dipendenti.

RAZIONALE

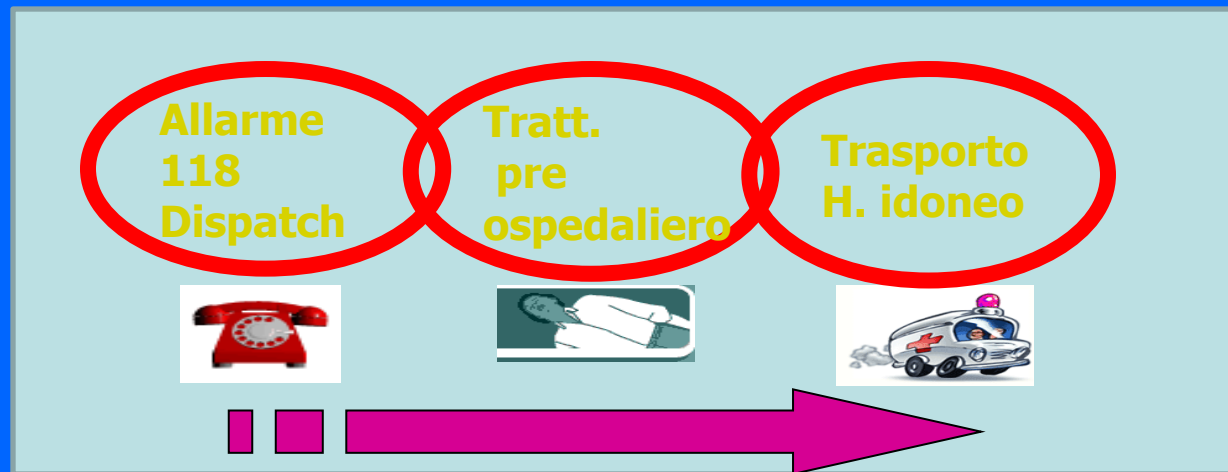
- L'ictus cerebrale è un'emergenza medica, e come tale va considerata nella fase iperacuta e acuta.
- Esistono possibilità di intervento nella fase acuta dell'ictus cerebrale, tali da migliorare la probabilità di sopravvivenza e le probabilità di ridurre il danno conseguente all'evento.
- Ancora maggiori possibilità si prevedono nell'immediato futuro.
- Tali interventi includono **misure farmacologiche e non farmacologiche**.
- Attualmente, le più ampiamente applicabili – ovvero quelle che potrebbero beneficiare il maggior numero di malati – sono le procedure assistenziali non farmacologiche presso strutture dedicate (stroke unit).

RAZIONALE

- La pianificazione sanitaria nazionale da tempo evidenzia la necessità di promuovere interventi mirati a fronteggiare le problematiche relative all'ictus cerebrale, attraverso la **sorveglianza degli eventi acuti** e la **realizzazione di una rete di presidi territoriali di assistenza con il coinvolgimento attivo dell'assistenza pre-ospedaliera**.
- La molteplicità dei bisogni assistenziali dei pazienti con ictus, sia in fase acuta che post acuta, richiede **multidisciplinarietà di interventi e integrazione tra diversi comparti assistenziali**.
- In letteratura sono disponibili **Prove di Efficacia** relativamente ad interventi sia clinici che organizzativi che permettono d'identificare un percorso completo ed appropriato per l'assistenza al paziente con ictus.

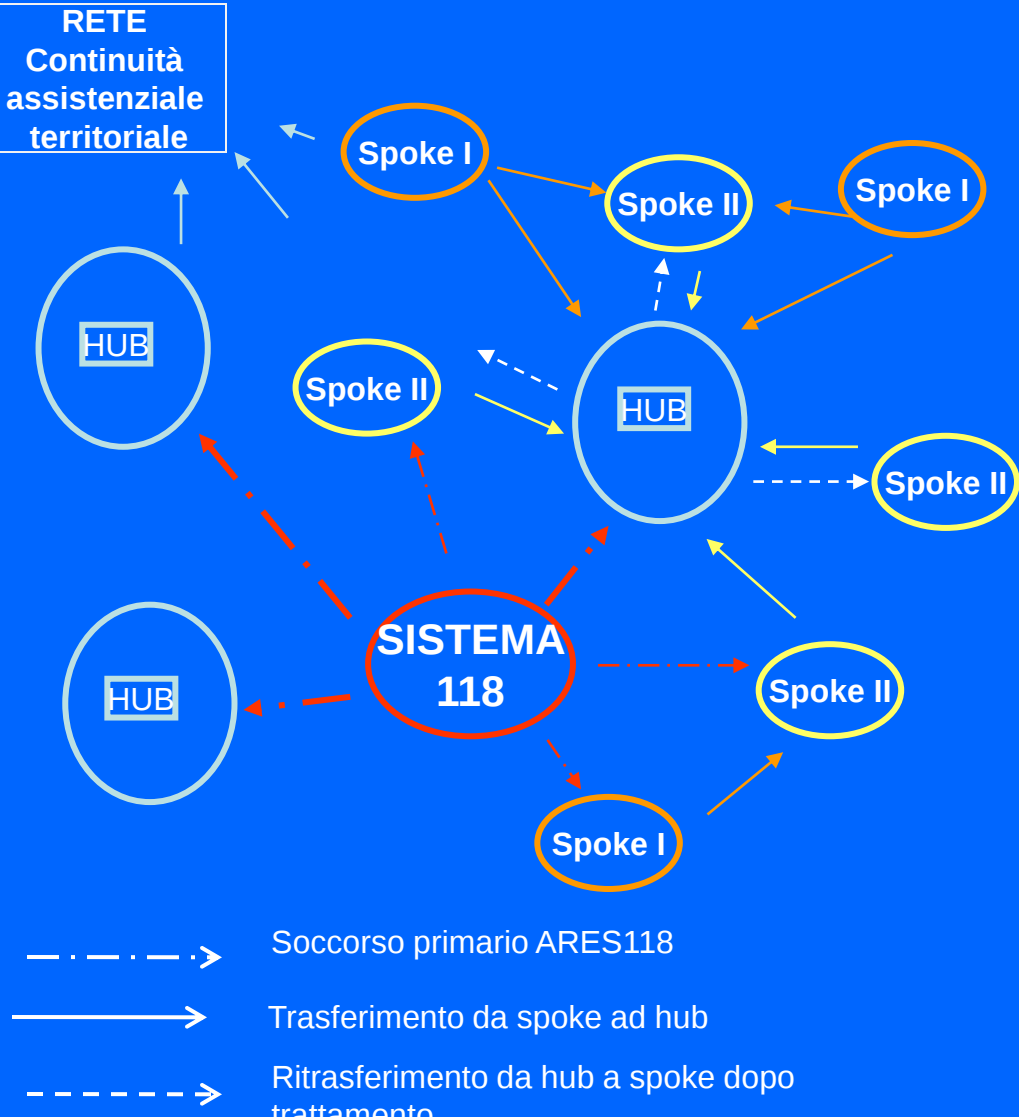
Il servizio di emergenza sanitaria territoriale - SET - (118) è il primo elemento della catena assistenziale da cui il paziente con deficit neurologico acuto può trarre beneficio in termini di esiti di salute.

L'Ictus è una patologia delle First Hour Quintet (FHQ*)!



Il SET deve però essere integrato con la rete ospedaliera (PS e Stroke Unit)

SET come snodo delle reti hub & spoke



Interconnessione funzionale tra le strutture delle reti per garantire:

- Supporto operativo al trasferimento rapido ed efficiente del paziente critico in continuità di soccorso
- Acquisizione in tempo reale della disponibilità dei centri specialistici ad accettare i pazienti critici intra ed inter area.
- Operabilità interregionale per offrire al paziente le cure adeguate nel minor tempo possibile laddove non fossero presenti nella regione di appartenenza le specialità richieste dal caso

I concetti fondamentali da tener presente nella gestione del paziente critico con insufficienza cerebrale acuta nel SET sono:

Nella fase della chiamata per richiesta di soccorso:

- riconoscimento precoce dei sintomi e segni mediante scale standardizzate,
- Definizione dell'ora dell'insorgenza dei sintomi.



Nella fase di scelta ed invio del mezzo (Dispatch):

- attribuzione del codice di priorità (triage telefonico) adeguato alla sintomatologia rilevata
- scelta ed invio del mezzo idoneo sulla base del codice di priorità assegnato.

Nel paziente grave si predilige l'invio di un mezzo con medico a bordo.



Nella fase di soccorso sul posto

- Valutazione dei parametri vitali (ABCDE) e della sintomatologia
- Stabilizzazione e terapia
- Identificazione della struttura ospedaliera idonea al trattamento (**Stroke Unit, Neurochirurgia**)



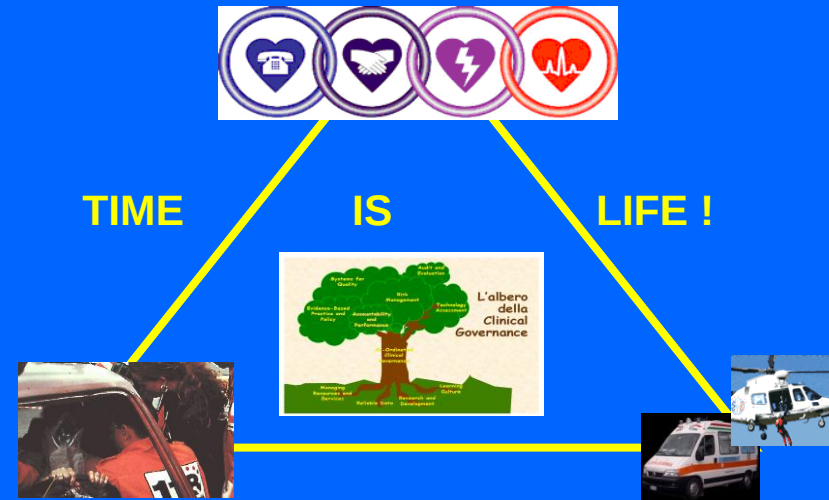
Nella fase di trasporto

- Trasporto rapido presso la struttura idonea
- Pre- allertamento dell'arrivo del paziente con comunicazione della sintomatologia e del trattamento avviato.



La buona ed efficiente organizzazione del sistema 118 in questi casi è fondamentale. Il sistema deve quindi provvedere a:

1. Formazione del personale
2. Introduzione di protocolli operativi
3. Integrazione con gli ospedali in rete mediante incontri periodici su i casi gestiti
4. Valutazione degli esiti dei pazienti trattati



LA RACCOLTA SISTEMATICA ED UNIFORME DELLE INFORMAZIONI CONSENTE IL :

- GOVERNO DELLA RETE TERRITORIO – OSPEDALE REGIONALE

- CONFRONTO DEI MODELLI GESTIONALI ITALIANI

- CONFRONTO DEI MODELLI INTERNAZIONALI (Es: European Emergency Data Project -EMS Data-based Health Surveillance System)

...ma mancano alcune informazioni preziose

- “... La domanda assistenziale è difficilmente quantificabile se non come assorbimento di risorse. In fase acuta , questa, si ha una stima per difetto e si basa sui dati epidemiologici relativi alle schede di dimissione ospedaliera (SDO), con i limiti dovuti alla corretta compilazione, raccolta e trasmissione dei dati.
- Non sono compresi i pazienti che non giungono in ospedale perché troppo lievi o troppo gravi ed evidentemente i deceduti al domicilio.
- Non sono comprese le diagnosi di ictus (DRG 14) inserite nella scheda SDO come seconda o terza diagnosi....”



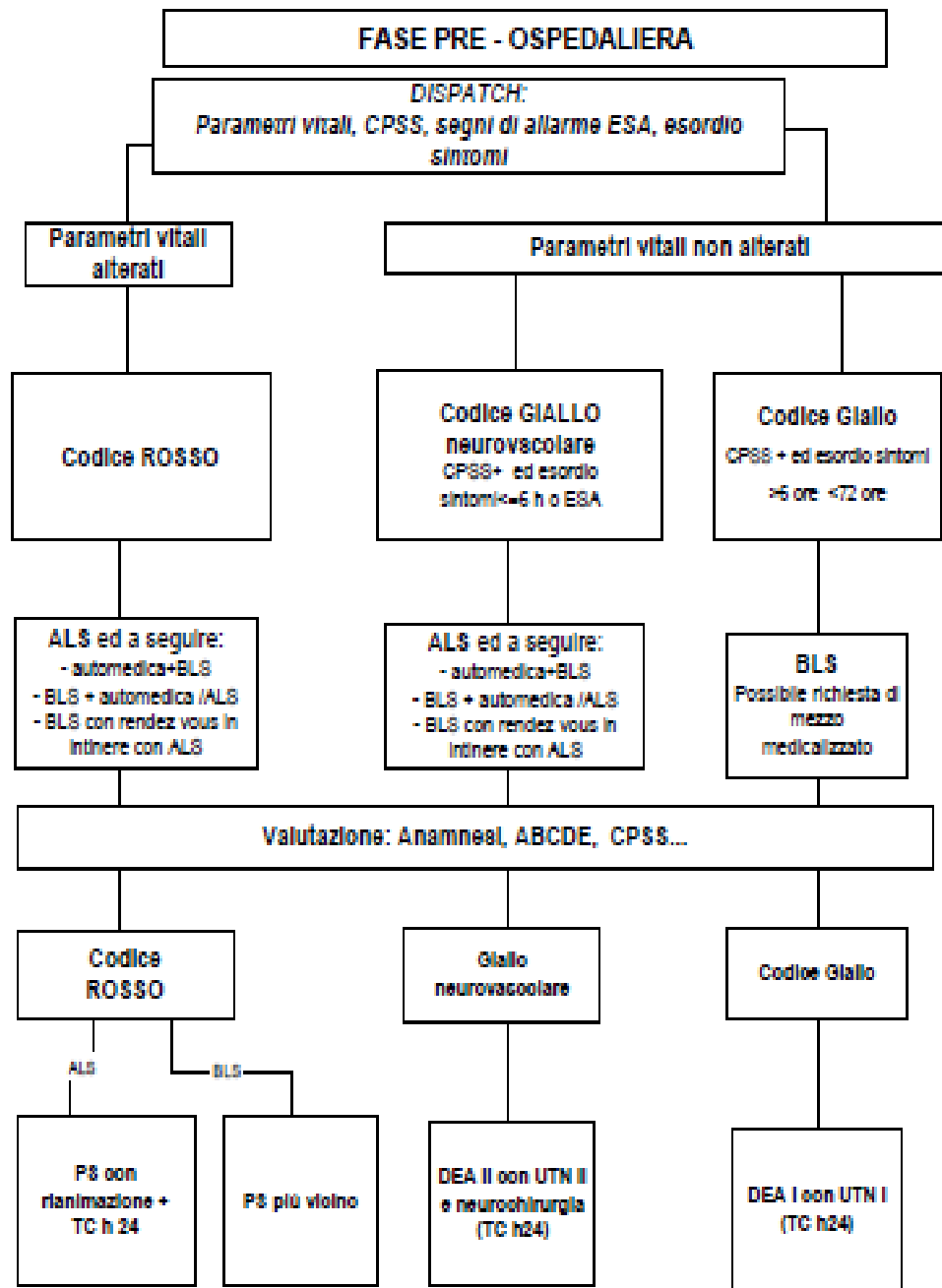
Presentato 18 maggio 2010 dal
Ministro della Salute

In sintesi.....

Il percorso clinico-assistenziale ed organizzativo nella fase pre-ospedaliera del paziente con ictus cerebrale (ischemico, emorragico) e TIA

Le raccomandazioni sono tratte da:

- Linee guida internazionali e nazionali
- Advanced Cardiac Life Support - ACLS



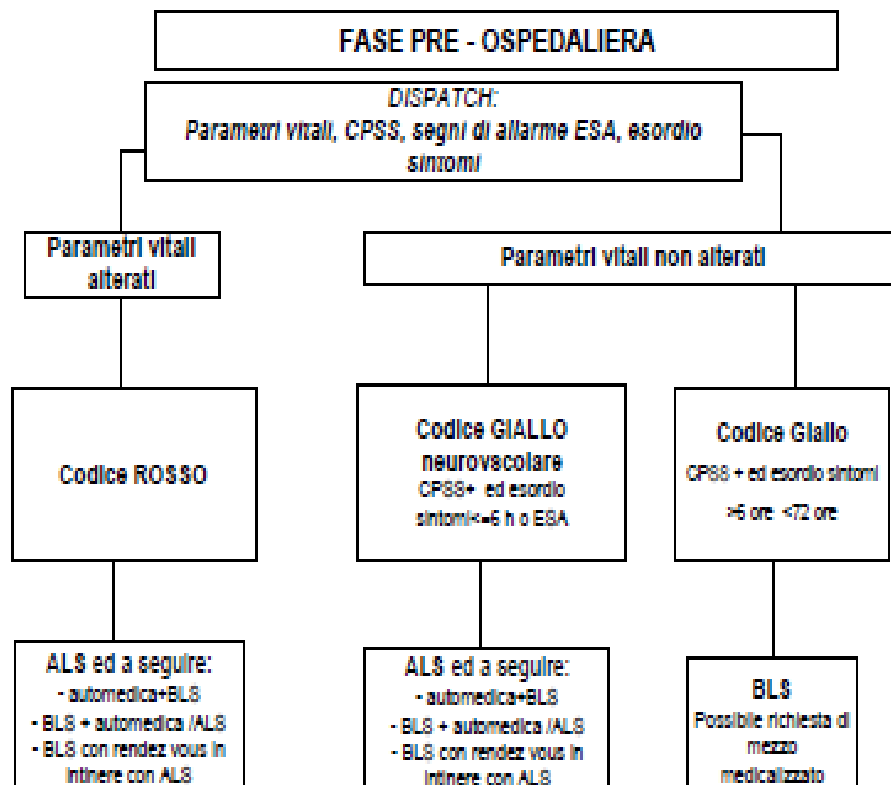
Obiettivo del progetto

Realizzazione di un registro sulla gestione dell'ictus cerebrale acuto in fase pre-ospedaliera su base nazionale.

Metodologia

- *Quali informazioni ?*
- *Quali le fonti?*
- *Quali le modalità di raccolta del dato?*

TRIAGE TELEFONICO e DISPATCH



Fonte dati:
scheda di centrale

Informazioni:
Età, Sesso

Parametri vitali
(cosciente, respira)

CPSS; cefalea

Tempo Esordio sintomi

Tempi (arrivo chiamata,
invio mezzo)

Tipo mezzo inviato

ICTUS

Individuazione del quadro sindromico da lesione cerebrovascolare acuta (Cincinnati)

Prehospital Stroke Scale - CPSS -positiva):

- ☐ I due lati della faccia del paziente si muovono ugualmente?
si/no
- ☐ Gli arti superiori del paziente si muovono nella stessa maniera?
si/no
- ☐ Il paziente parla normalmente? si/no

ESA

Se il richiedente il soccorso riporta che il paziente ha un forte mal di testa

Riconoscimento dei sintomi/segni di allarme della cefalea acuta (E.S.A.)

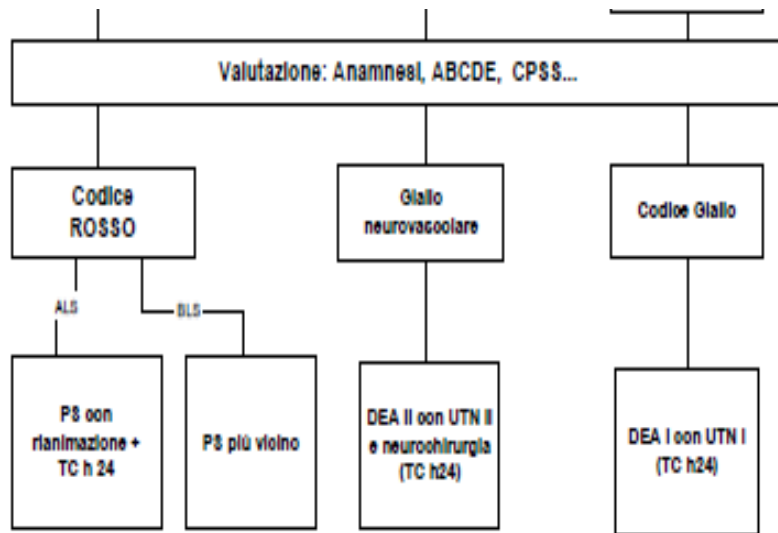
FASE PRE - OSPEDALIERA

CODICE ROSSO: *Parametri ABC (airway, breathing, circulation) alterati.*

CODICE GIALLO NEUROVASCOLARE:
Parametri ABC non alterati, Presenza di almeno uno

dei sintomi e/o segni (CPSS positiva, con sintomi/segni da meno o uguale 6 ore, segni di allarme di ESA, indipendentemente dal tempo di insorgenza).

CODICE GIALLO: Parametri ABC non alterati, Presenza di almeno uno dei sintomi e/o segni (CPSS positiva) da più di 6 ore.



ARRIVO SUL POSTO E VALUTAZIONE

Fonte dati:

scheda di soccorso

Informazioni:

Parametri vitali (ABCDE)

CPSS; cefalea

Tempi (arrivo sul posto, partenza dal posto, arrivo in H)

O2 terapia se Sat 92%;

soluzione fisiologica cristalloide per
fluidoterapia se segni di disidratazione e/o
ipotensione

correzione ipoglicemia (se <50mg/dl);

Correzione iperglicemia (se >200mg/dl):
Se presente medico: farmaco insulina;

trattamento ipertensione se diastolica >140,
sistolica >220, se presente medico

Non somministrare: antiaggreganti, soluzioni
glucosate, sedativi se non strettamente
necessario, ipotensivi, soprattutto quelli ad
azione rapida

TRATTAMENTO SUL POSTO

Fonte dati:
scheda di soccorso

Informazioni:

Terapia somministrata

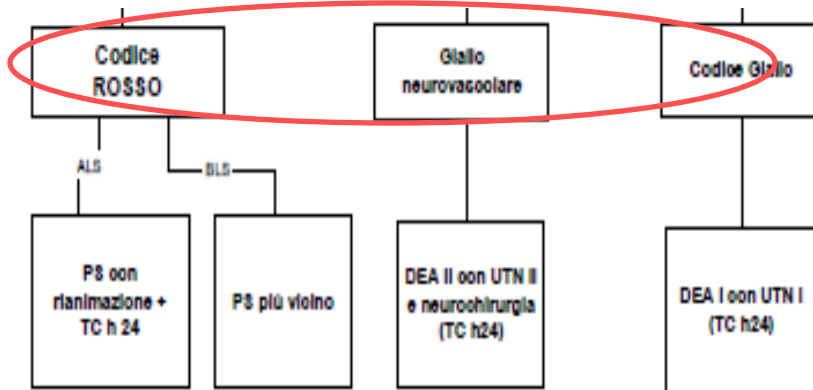
Pre - allertamento H

Trasporto in Stroke Unit

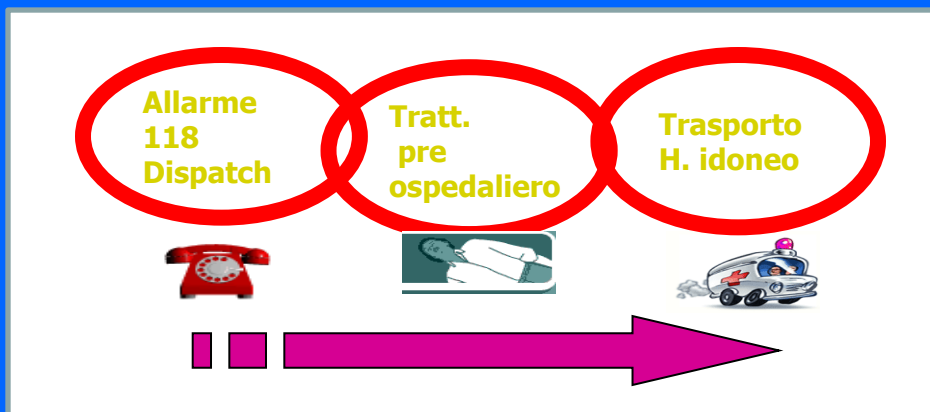
Fonte dati: ospedale

Trattamento in H

Esito alla dimissione da H



Come raccogliere il dato?



Raccolta dati del singolo evento su schede di centrale e sul luogo

Two screenshots of data collection forms are shown. The left one is a central dispatch system interface with various fields and buttons. The right one is a detailed ARES 118 form, titled 'ARES 118 - AZIENDA REGIONALE PER L'EMERGENZA SANITARIA', which includes sections for patient information, medical history, and treatment.



*Sito web SIS118:
scheda raccolta dati*

Raccolta data set d'informazioni - fasi triage, dispatch, luogo evento, esito H

Risultati attesi

Identificare gli ictus acuti gestiti sul territorio provinciale, regionale e nazionale ed effettuare confronti su una base uniforme di dati per valutare:

- l'impatto epidemiologico della patologia,
- le caratteristiche della popolazione che ricorre al sistema di emergenza territoriale,
- l'efficacia dell'approccio terapeutico all'interno o meno di reti di alta specialità

Il progetto vedrà
il coinvolgimento
di altre Società
Scientifiche che
si occupano
delle malattie
cerebrovascolari
e di associazione
dei pazienti con
ictus

sezioni nazionali e regionali di società scientifiche coinvolte

AAROI: Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani

ALICE: Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale

ANMDO: Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera

GSMCV: Gruppo di Studio Malattie Cerebrovascolari

SIAARTI: Società Italiane Anestesia Analgesia Rianimazione Terapia Intensiva

SIAPAV: Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare

SICVE: Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare

SIMEU: Società Italiana di Medicina d'Emergenza-Urgenza

SIN: Società Italiana Neurologia

SINCH: Società Italiana di Neurochirurgia

SIS 118: Società Italiana Sistema 118

SNO: Società Neurologi, Neurochirurghi e Neuroradiologi Ospedalieri

SIRN: Società Italiana di Riabilitazione Neurologica

Descrizione attività

Avvio del progetto

1. *Costituire il gruppo di coordinamento (SIS118, altre società scientifiche del settore)*
2. *Eseguire indagine conoscitiva presso CCOO118 italiane – (tipo dati a disposizione, tipo d'integrazione con ospedali)*
3. *Predisporre la scheda di raccolta dati sul sito della SIS118*
4. *Definire gli indicatori di processo e di esito da monitorare*

Luglio 2010

Sperimentazione del registro

1. *Selezione di un campione di centrali operative italiane*
2. *Avvio della raccolta dei dati*
3. *Analisi dei dati*
4. *Presentazione dei dati della sperimentazione*

Dicembre 2011



Descrizione attività

Il gruppo di coordinamento nazionale individuato nell'ambito della SIS118 è così costituito:

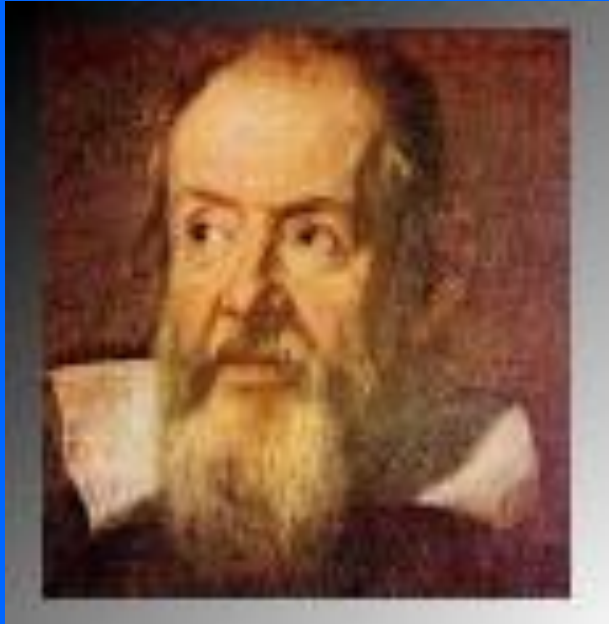
Andreoli, F. Bermano, A. Caminiti , Campisi, A. De Luca, G. Villa, Sestili.

Primo step:

***Indagine conoscitiva alle CCOO118 italiane
(tipo dati a disposizione, tipo d'integrazione
con ospedali)***

CONCLUSIONE

La Qualità è misura !



MISURA CIO' CHE E'
MISURABILE.
CIO' CHE NON E' MISURABILE
RENDILO TALE.
(Galileo Galilei, 1564-1642)



SI MIGLIORA SOLO
CIO' CHE SI MISURA !

Per la gestione dell'ictus il CERVELLO E' TEMPO, la
disponibilità dei dati giusti e completi e la loro
interpretazione aiuta a ridurre il tempo
drammaticamente!

Registro ictus acuto – gestione territoriale: proposta di un progetto italiano della SIS118

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

VIII congresso Nazionale
Roma 10-11- 12 Giugno 2010
Il Sistema 118 in una sanità in evoluzione
Modelli organizzativi ed operativi da condividere ed attuare

