

Riunione annuale SIN Umbro-Marchigiana

Modelli assistenziali per l' ictus in Umbria

Stefano Ricci
UO Neurologia
USL Umbria 1

Perugia 7-12-2016

Conflitti di interesse

- Ho ricevuto contributi per partecipazione a Congressi da
 - Bayer
 - Boehringer
 - Medtronic

Filosofia? O pratica?

- WSO 2014: ogni paziente con ictus ha diritto di ricevere un trattamento adeguato da una equipe specializzata durante tutta la degenza sia ospedaliera che riabilitativa, indipendentemente dalle condizioni economiche, dal sesso, dal livello culturale e dal Paese.

Una domanda legittima...

- Stiamo facendo tutto ciò che è di provata efficacia per i pazienti che giungono nei nostri Ospedali colpiti da un ictus cerebrale?

Spread 2016

Raccomandazione 8.5 Forte a favore

- Nel sospetto clinico di ictus è **raccomandato**, indipendentemente dalla gravità del quadro clinico, il trasporto immediato al Pronto Soccorso dell'Ospedale dotato di Unità Neurovascolare (Stroke Unit) più vicino.

SPREAD 2016

Raccomandazione 8.13 Forte a favore

- **E' raccomandato** che i pazienti con ictus acuto siano ricoverati presso una struttura di degenza rappresentata dall' Unità Neurovascolare (Stroke Unit)

Sintesi 8.4

- L'Unita Neurovascolare (Stroke Unit) costituisce l'elemento centrale della catena assistenziale all'ictus cerebrale acuto, rappresentando la struttura dedicata all'interno della quale:
 - a) si sviluppano operativamente le competenze sulla patologia vascolare cerebrale in fase acuta;
 - b) si intraprendono quelle piu propriamente riabilitative il piu precocemente possibile;
 - c) si stabiliscono le basi per l'inizio di quel fondamentale processo che va sotto la comune definizione di prevenzione secondaria, la quale rappresenta lo strumento piu idoneo attualmente conosciuto per la riduzione delle recidive.

Sintesi 8.4 (segue)

- Essa interagisce, relativamente all'accesso dei pazienti, con l'organizzazione sanitaria del territorio sulla base di modelli operativi condivisi con:
 - a) il Pronto Soccorso dell'Ospedale nel quale è collocato e degli Ospedali della stessa area che non ne siano provvisti;
 - b) il Servizio di emergenza/urgenza 118, al quale è demandata la responsabilità dell'arrivo il più precoce possibile dalla sede dell'evento acuto all'Ospedale dotato di Pronto Soccorso e di Unità Neurovascolare (Stroke Unit).

Revisione Cochrane 2013

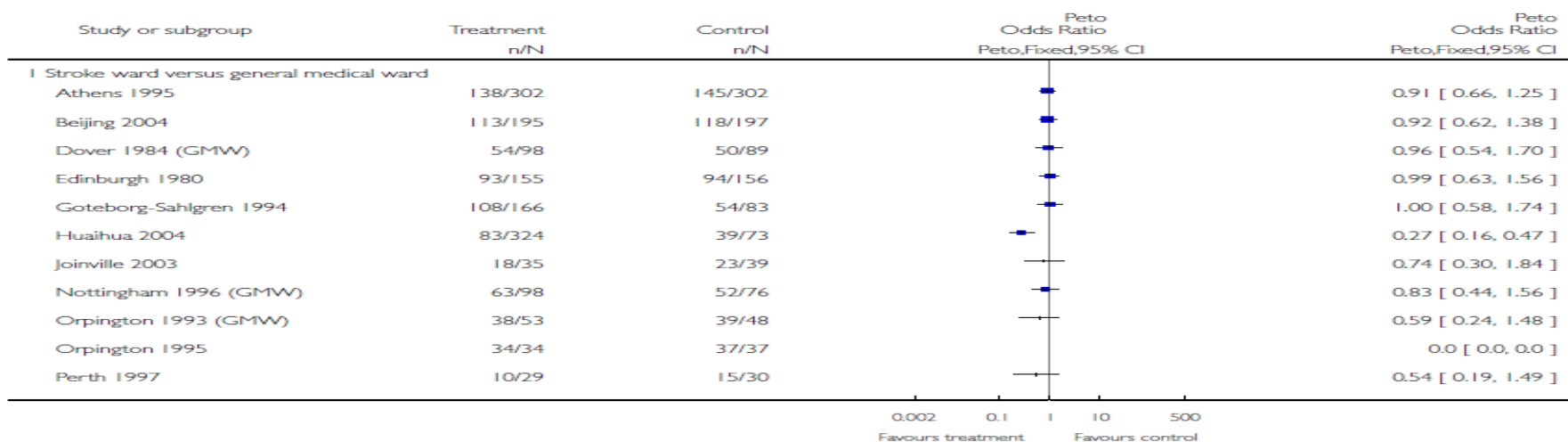
SU: morte o dipendenza al follow up

Analysis 1.3. Comparison 1 Organised stroke unit care versus alternative service, Outcome 3 Death or dependency by the end of scheduled follow-up.

Review: Organised inpatient (stroke unit) care for stroke

Comparison: 1 Organised stroke unit care versus alternative service

Outcome: 3 Death or dependency by the end of scheduled follow-up



(Continued ...)

(... Continued)

Study or subgroup	Treatment n/N	Control n/N	Peto Odds Ratio Peto,Fixed,95% CI	Peto Odds Ratio Peto,Fixed,95% CI
Trondheim 1991	54/110	81/110		0.36 [0.21, 0.61]
Subtotal (95% CI)	1599	1240		0.75 [0.64, 0.88]

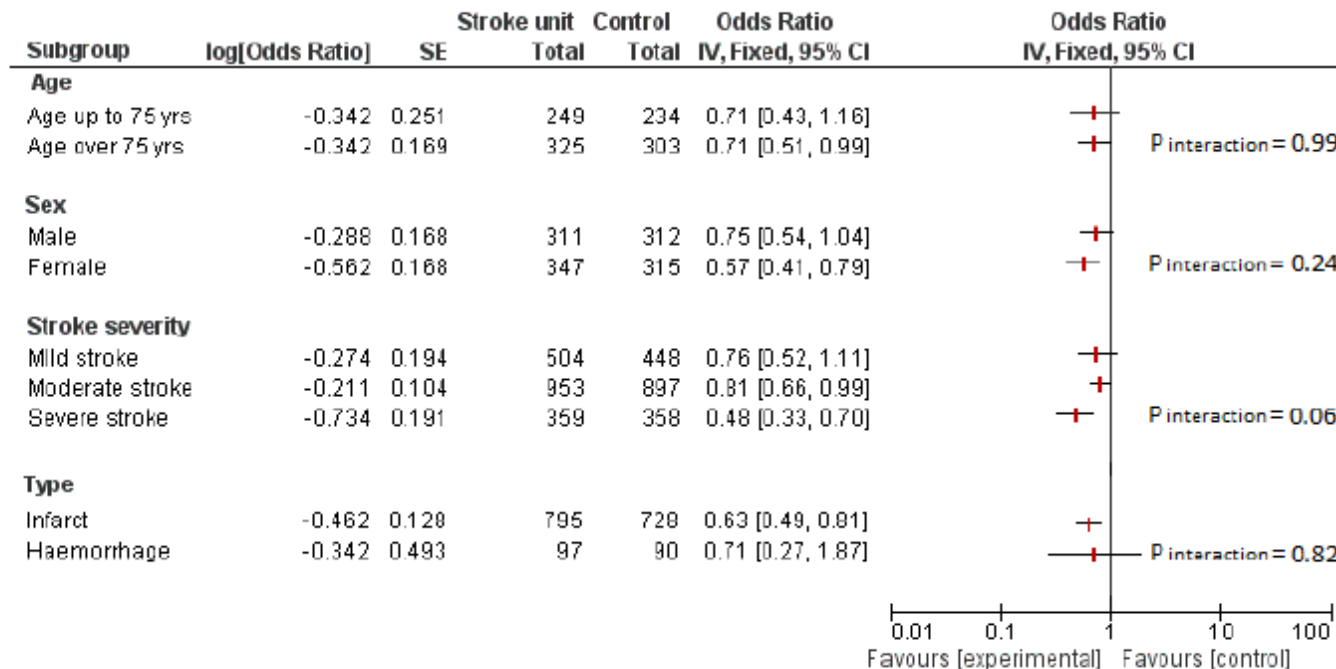
Total events: 806 (Treatment), 747 (Control)

Heterogeneity: Chi² = 26.73, df = 10 (P = 0.003); I² = 63%

Test for overall effect: Z = 3.56 (P = 0.00037)

Revisione Cochrane 2013

Figure 5. Analysis of patient characteristics on effectiveness of organised stroke unit care versus alternative service for the outcome of death or institutionalisation by the end of scheduled follow-up.





Stroke unit care revisited: who benefits the most? A cohort study of 105 043 patients in Riks-Stroke, the Swedish Stroke Register

A Terént,¹ K Asplund,² B Farahmand,³ K M Henriksson,⁴ B Norrving,⁵ B Stegmayr,² P-O Wester,² K H Åsberg,⁶ S Åsberg,¹ for the Riks-Stroke Collaboration

living after 3 months.

Conclusions: Stroke unit care was associated with better long-term survival in all subgroups, but younger patients, patients with intracerebral haemorrhage and patients who were unconscious had the best relative effect and may be given the highest priority to this form of care.

Conclusioni

- I pazienti con ictus acuto, se ricoverati in una struttura dedicata, hanno maggiori probabilità di:
 - Sopravvivere
 - Tornare a domicilio
 - Mantenere l' indipendenza nella vita quotidiana
- L' assistenza dedicata è offerta da un team multidisciplinare che opera all' interno di un reparto specifico e ben delimitato e che è in grado di praticare la riabilitazione per il periodo necessario.
- Non ci sono motivi per limitare l' accesso alla SU sulla base di criteri quali età, sesso, gravità dell' evento o tipo patologico.

Un primo messaggio...

- Tutti i pazienti con ictus devono essere ricoverati presso una SU
- Ogni ospedale che ricovera più di 100 ictus all' anno deve dotarsi di una SU

E in Umbria che succede?

Situazione epidemiologica

- Abitanti 902.475
- Tasso di incidenza di ictus (da studi di popolazione) da 2 a 2,5 * 1000 abitanti
- 2 Aziende Ospedaliere con sede Università (Terni e Perugia)
- 2 USL con 4 Ospedali della rete dell'emergenza (Città di Castello, Gubbio-Gualdo, Foligno, Orvieto)

Organizzazione

- Previsioni dei piani sanitari precedenti:
 - **Incidenza: 2000 ricoveri/anno**
 - **Degenza media stimata: 12 gg (tupl 80%)**
 - **Letti di degenza necessari: 82**
- **Situazione attuale**
 - **5 SU riconosciute dalla Regione (+ 1?)**
 - **Letti 12+6+6+6+6 (+4?): totale 36 (+4?) (la metà del necessario?)**

Dati da “Indicatore C5”

- Denominatore: ricoveri con ICD9CM 433 o 434
 - 1854
- Numeratore: ICD9CM 99.10
 - 115
 - Tasso: 6%
- NB: i dati sono chiaramente sottostimati, sia perché molti pazienti non sono inclusi (i lacunari?), sia perché alcune procedure non sono registrate
- E' quindi opportuno utilizzare i registri locali dei singoli Reparti

Trattamenti (2015)

- Trombolisi
 - Perugia 42 su 337 (12%)
 - Terni 23 su 349 (7%)
 - Città di Castello 27 su 208 (13%)
 - Gubbio-Gualdo 27 su 147 (18%)
 - Foligno 11 su 180 (6%)
 - TOTALE: 130 su 1221 (11%)
- Trombectomie: 11 Perugia, 1 Terni

Criticità in Umbria

- Solo una parte dei pazienti con ictus è ricoverato in SU (la metà?)
 - “Politica” diversa nei diversi Ospedali
- Un Ospedale dell’ emergenza non ha ancora SU e non fa trombolisi (almeno 120 ictus ischemici nel 2015)
 - In corso le procedure per la terapia in telemedicina e l’ apertura di letti dedicati
- Discrepanza tra indicazioni approvate e indicazioni scientificamente validate
 - Solo nella USL 1 è approvato un documento che estende i criteri della trombolisi in accordo con le linee guida
- Vi è comunque una percentuale di pazienti che viene ricoverata negli Ospedali di territorio
- Il percorso per una eventuale trombectomia al di fuori delle Aziende Ospedaliere non è ancora definito

Prospettive in Umbria

- PDTA in corso di approvazione
 - Riconoscimento del diritto di ogni paziente con ictus ad essere ricoverato in SU
 - Estensione delle indicazioni alla trombolisi secondo linee guida
- Implementazione del registro Ictus/Umbria

PDTA: Esami diagnostici da eseguire in urgenza nei pazienti con ictus ischemico

- In tutti i pazienti
 - Neuroimaging: TC o RM
 - ECG
 - Esami di laboratorio:
 - Emocromo e quadro emostatico
 - Funzionalità epatica e renale, elettroliti
 - PCR o VES
- Quando Indicati:
 - Ecodoppler dei vasi epiaortici e intracranici
 - Angio-TC o Angio-RM
 - RM con diffusione e perfusione o TC perfusionale
 - RX torace
 - Emogasanalisi
 - Rachicentesi
 - EEG
 - Esame tossicologico

Tab 2 Indicatori di qualità

Misura di Performance	Livello I*	Livello II**
Demografica Caratteristiche dei pz	Età Sesso Tipo di stroke (ischemico, emorragia cerebrale primitiva, indeterminato) Destinazione alla dimissione Gravità dell'ictus: livello di coscienza all'ingresso	Gravità dell'ictus: NIHSS all'ingresso
Coordinamento delle cure Unità Ictus care	Percentuale di pz con ictus trattati in Unità Ictus	Numero dei giorni di ricovero in Unità Ictus oppure percentuale dei giorni di ricovero in Unità Ictus
Diagnosi Neuroimaging Imaging Vascolare	Percentuale di pz con ictus che hanno effettuato TC o RM Encefalo Percentuale di pz con ictus che hanno effettuato Ecodoppler dei vasi epiaortici	Tempo trascorso dall'ingresso in Ospedale all'effettuazione della TC/RM Percentuale di pz con TIA che hanno effettuato TC o RM Encefalo Percentuale di pz con TIA che hanno effettuato Ecodoppler dei vasi epiaortici
Limitazione del danno neuronale Terapia trombolitica <i>Door-to-needle time</i> per la terapia trombolitica	Percentuale di pz con ictus ischemico trattati con terapia trombolitica Tempo trascorso tra l'ingresso del pz in ospedale e l'inizio del trattamento trombolitico	non specificati non specificati
Prevenzione della complicate	Percentuale di pz che hanno ricevuto uno screening della disfagia	non specificati
Ripristino della funzione Valutazione da parte del fisioterapista	Percentuale di pz che hanno ricevuto una valutazione da parte di un fisioterapista	non specificati

<p>Inizio della terapia di prevenzione secondaria Ricerca di aritmie cardiache Terapia antiaggregante Terapia anticoagulante nei pz con fibrillazione atriale (FA) Terapia ipolipemizzante Terapia antipertensiva Abolizione del fumo di sigaretta Chirurgia carotidea Tempo trascorso dall'ecodoppler carotideo alla chirurgia carotide</p>	<p>Percentuale di pz con ictus ischemico nei quali è stata ricercata una aritmia cardiaca Percentuale di pz con ictus ischemico a cui è stata prescritta terapia antiaggregante Percentuale di pz con ictus ischemico e FA a cui è stata prescritta terapia anticoagulante alla dimissione Percentuale di pz con ictus ischemico a cui è stata prescritta terapia con statine alla dimissione Percentuale di pz a cui è stata prescritta terapia antipertensiva alla dimissione Percentuale di pz con ictus ischemico a cui è stato consigliato di smettere di fumare Percentuale di pz con ictus ischemico sottoposti a chirurgia carotidea Tempo trascorso dall'ecodoppler carotideo alla chirurgia carotidea nei pz con ictus ischemico</p>	<p>Percentuale di pz con TIA nei quali è stata ricercata una aritmia cardiaca Percentuale di pz con ictus ischemico a cui è stata prescritta terapia antiaggregante Percentuale di pz con ictus ischemico e FA a cui la terapia anticoagulante è stata pianificata dopo la dimissione Percentuale di pz con ictus ischemico e FA, senza controindicazioni, a cui è stata prescritta terapia anticoagulante alla dimissione Percentuale di pz con TIA e FA a cui è stata prescritta terapia anticoagulante Percentuale di pz con TIA a cui è stata prescritta terapia con statine alla dimissione Non specificati Percentuale di pz con TIA a cui è stato consigliato di smettere di fumare Non specificati Tempo trascorso dall'ecodoppler carotideo alla chirurgia carotidea nei pz con TIA</p>
<p>Outcome Mortalità per stroke</p>	<p>Percentuale di pz con ictus deceduti a 90 giorni dall'ictus</p>	<p>Percentuale di pz con ictus deceduti o gravemente disabili (mRS 3-5) a 90 giorni dall'ictus Percentuale di pz con ictus deceduti o gravemente disabili (mRS 3-5) a 90 giorni dall'ictus con distinzione fra ictus ischemico ed emorragico</p>

*Livello 1: dati essenziali che dovrebbero essere presenti in tutti i registri

**Livello 2: dati che sarebbe auspicabili avere ma necessitano di maggiori risorse per essere raccolti



Regione Umbria

Giunta Regionale

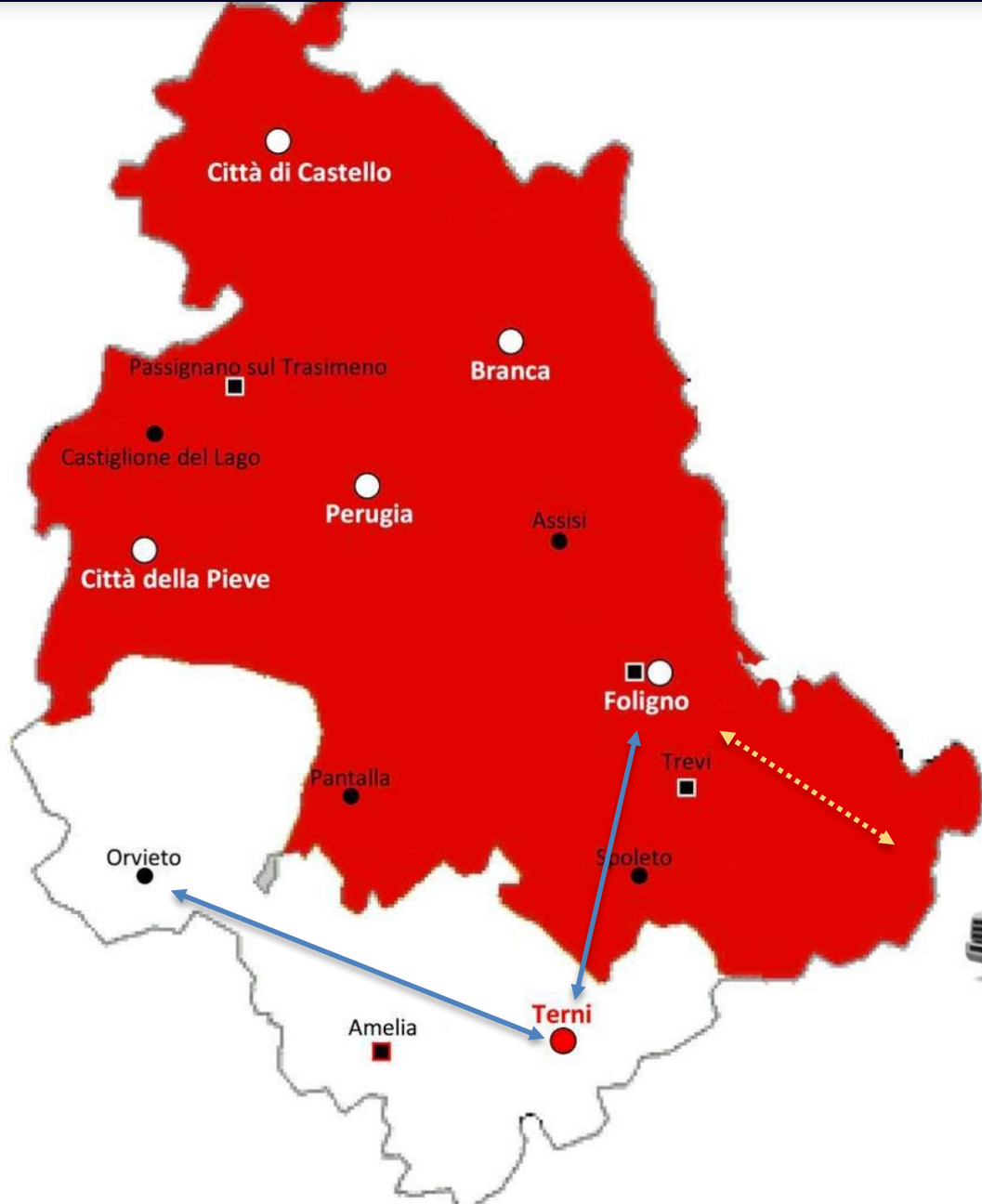
DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

N. 158 DEL 24/02/2014

OGGETTO: PERCORSO CLINICO-ORGANIZZATIVO INTEGRATO DEL PAZIENTE
CON ICTUS. APPROVAZIONE.

Teleconsulenza

Per ottimizzare la catena del soccorso nei pazienti con ictus acuto ischemico o emorragico, è necessario che si attivi in tempi brevi un collegamento informatico tra i punti di pronto soccorso e la rete, con una connessione che consenta il trasferimento di immagini digitali TC, RM, ecografiche e RX finalizzato a teleconsulenze neuroradiologiche, neurochirurgiche od altro per ridurre i tempi decisionali e migliorare i percorsi ed i trasferimenti con il conforto di uno scambio di informazioni diagnostiche che permetterà pareri, consulenze, *second opinion*, eccetera.



○ ● : Centro Ictus
 ● : Ospedali non Centro Ictus
 ■ ■ : Centri di riabilitazione intensiva



Conclusioni

- Nella nostra Regione è possibile implementare misure assistenziali per l'ictus che consentano di offrire i migliori trattamenti disponibili a TUTTI i pazienti, anche perché.....
- ...Offrire 100 a pochi e 0 a molti non è una soluzione che regge nel tempo.

GRAZIE !

