



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Giornata Mondiale Ictus

“Vedo, riconosco, chiamo”

Il riconoscimento precoce e tempestivo dei sintomi dell'ictus cerebrale

Campagna regionale di informazione e sensibilizzazione

29 Ottobre 2018 ore 14-17.30

Sala Polivalente – viale Aldo Moro, 50 – Bologna

La rete dell'emergenza – urgenza

Dott. Nicola Binetti

PS ed Emerg. Territoriale Area Spoke AUSL Bologna

Ictus: patologia «tempo_dipendente»

IL TEMPO è CERVELLO



L'importanza dell'intervento precoce!!

forward 20
1997/2017



SPREAD
Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

Ictus cerebrale
linee guida italiane di prevenzione e trattamento
Raccomandazioni e Sintesi
Stesura del 21 luglio 2016

Raccomandazione 5.2.c Forte a favore

Nei pazienti eleggibili alla terapia trombolitica per via endovenosa con r-tPA o al trattamento endovascolare è raccomandato completare l'imaging cerebrale con uno studio di imaging vascolare non invasivo prima dell'inizio del trattamento. L'esame dovrebbe essere effettuato piu rapidamente possibile senza, comunque, ritardare l'inizio della terapia.

***Rapida centralizzazione all'hub
TAC in hub***

Pianificazione approvata dalle Direzioni AUSL e AOU: “..progetto Centralizzazione Ictus”

Hub Ospedale Maggiore

dal 6 Novembre 2017 al 4 Febbraio 2018:

centralizzazione in OM solo di pz con indicazione a strategie di riperfusione su evento databile (e trattabile entro le 4,5 ore dall'esordio)

dal 5 febbraio 2018:

centralizzazione in OM anche per pz con indicazione a strategie di riperfusione estesa (trombectomia): casi di stroke al risveglio o esordio non determinabile (paziente visto normale non più di 8 ore prima),

- Se età \geq 18 aa (se minorenni chiama comunque neurologo)
- Se autonomia pre_ictus

....novembre 2017

Cosa cambia dal 6 novembre 2017

- Tutti i pazienti eleggibili a «**Giallo Ictus**» devono essere centralizzati all'Ospedale Maggiore in tutte le fasce orarie.
- Anche pazienti con GCS < 8

- Il giudizio di eleggibilità a «Giallo Ictus» viene stabilito attraverso consulto telefonico con **il Neurologo OM**, condividendo su:

età (> 18 anni)

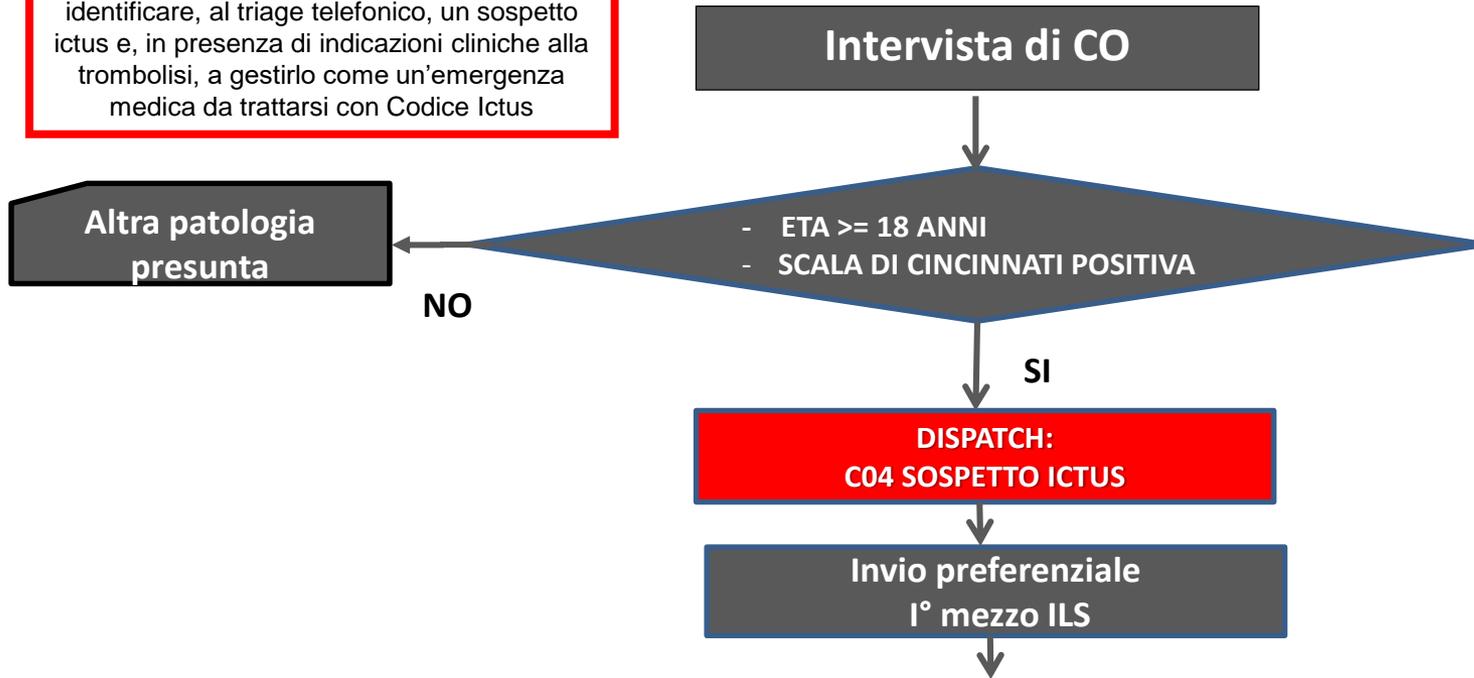
autonomia pre-ictus

tempo di insorgenza dei sintomi (esordio >>> prima valutazione; o non databile)

Centrale Operativa 118

**Raccomandazione 8.6 Forte a favore
Grado B**

E raccomandato che il personale della Centrale Operativa del 118 sia addestrato ad identificare, al triage telefonico, un sospetto ictus e, in presenza di indicazioni cliniche alla trombolisi, a gestirlo come un'emergenza medica da trattarsi con Codice Ictus



Gli strumenti di valutazione sul territorio:

LEVELS OF CONSCIOUSNESS

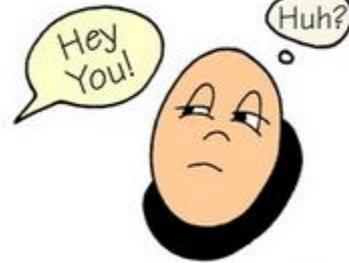
A

Alert



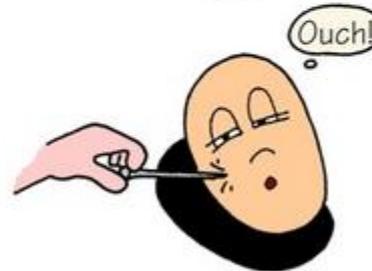
V

Verbal
Stimuli



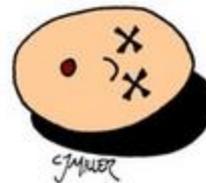
P

Painful
Stimuli



U

Unresponsive



Glasgow Coma Scale

EYE OPENING		VERBAL RESPONSE		MOTOR RESPONSE	
					
Spontaneous	> 4	Orientated	> 5	Obey commands	> 6
To sound	> 3	Confused	> 4	Localising	> 5
To pressure	> 2	Words	> 3	Normal flexion	> 4
None	> 1	Sounds	> 2	Abnormal flexion	> 3
		None	> 1	Extension	> 2
				None	> 1
GLASGOW COMA SCALE SCORE					
Mild 13-15		Moderate 9-12		Severe 3-8	

ACT F.A.S.T



FACE



ARMS



SPEECH



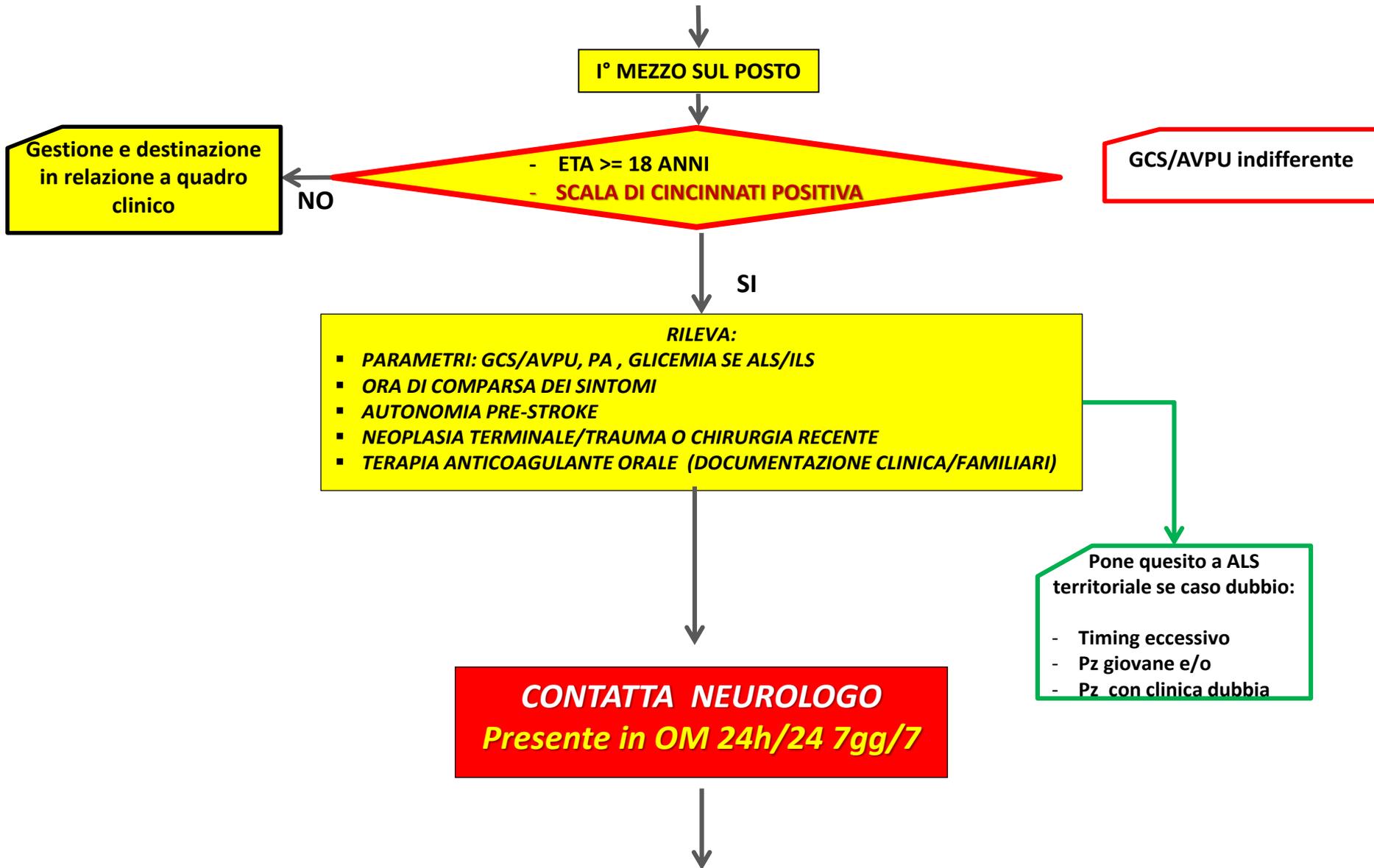
TIME

Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale

Probabilità di ictus ischemico:

- 1 segno: 72%
- 2 segni: 85%
- 3 segni: >85%

Mezzi territoriali



Mezzi territoriali

NEUROLOGO

**ELEGGIBILE
A GIALLO ICTUS**

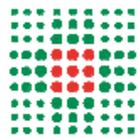
**Gestione e destinazione in
relazione a quadro clinico**

NO

SI

- Attiva ALS se indicato
- Stabilizza secondo ABCDE
- Centralizza a PS OM preallertando attraverso CO 118
- Porta o fa portare documentazione clinica e terapia
- Protegge estremità paretiche in itinere
- Via venosa con otturatore se ALS/ILS
- ECG 12 se ALS/ILS
- Glicemia se ALS/ILS

In Pronto Soccorso Ospedale Maggiore
Stroke team



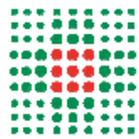
PAZIENTE ELEGGIBILE ALLA RIPERFUSIONE E/O TROMBECTOMIA.



Centralizzazione PS Ospedale Maggiore
Allerta triage: “giallo ictus”



- Lo **STROKE TEAM** (figure centrali **NEUROLOGO** ed **Infermiere della Stroke Unit**, più team di PS), confermata la diagnosi, PROCEDE già in PS alla trombolisi venosa.
- IN CASO DI “TROMBOLISI ESTENSIVA” LO STROKE TEAM VIENE AFFIANCATO DA ALTRE FIGURE PROFESSIONALI, NEURORADIOLOGO Interventista, Infermiere emergenzista e Medico RIA.



PAZIENTE NON ELEGGIBILE ALLA RIPERFUSIONE E/O TROMBECTOMIA

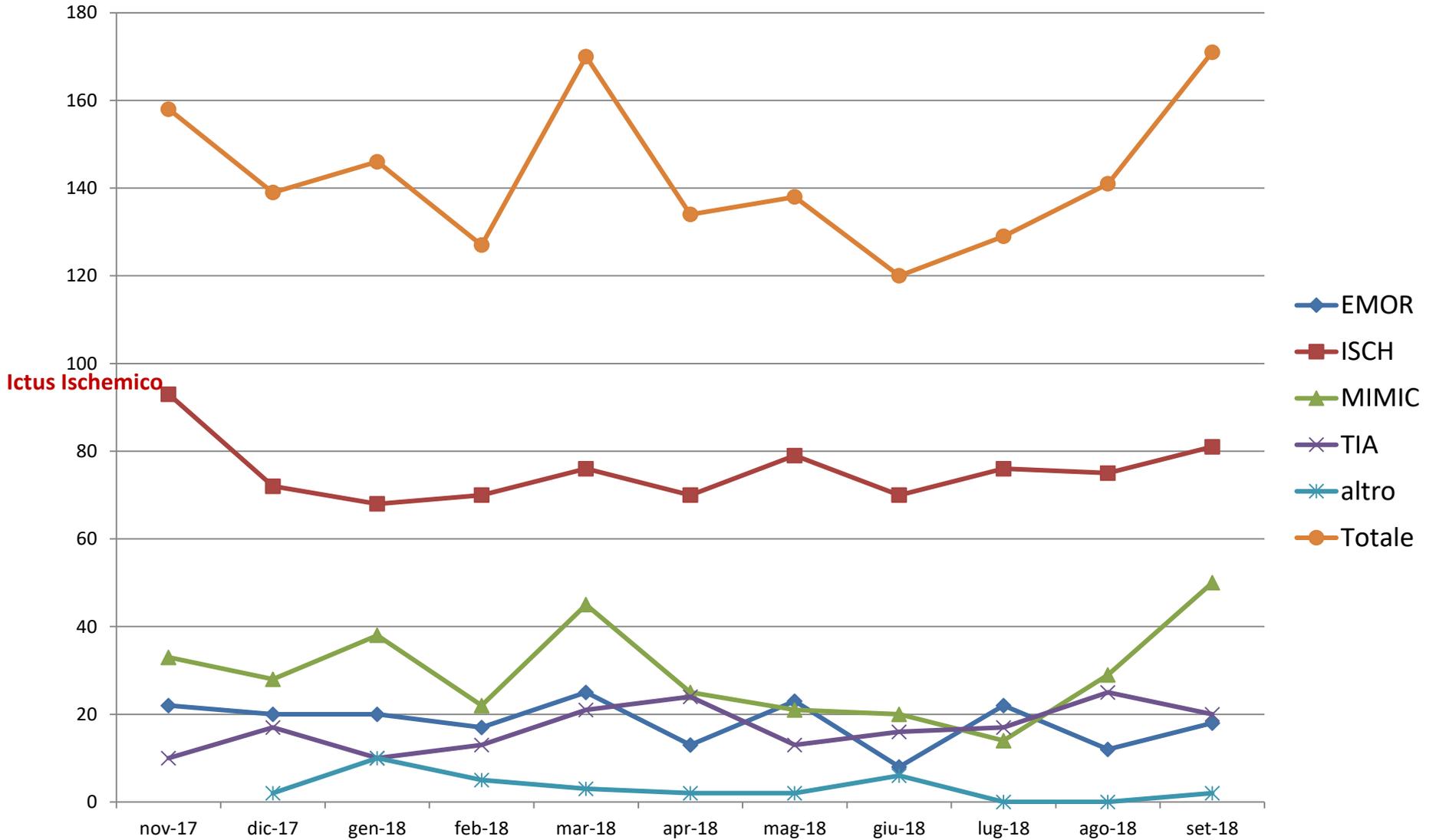
- VIENE RIAFFIDATO AL TEAM DEL PS PER SUCCESSIVE VALUTAZIONI, TRASFERIMENTO (Ospedale di competenza territoriale), RICOVERO, DIMISSIONE.

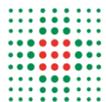
...i nostri dati

06/11/17 - 07/10/18	EMOR	Ictus Ischemico	MIMIC	TIA	altro	Totale
TOTALE	202	832	325	188	33	1580
%	12,8%	52,7%	20,6%	11,9%	2,1%	
media/week	4,2	17,3	6,8	3,9	0,7	32,9
proiezione annuale	218,8	901,3	352,1	203,7	35,8	1711,7

Costruzione della coorte:

- **Flussi PS** con campo “Problema Principale” di **Sospetto Ictus definito al triage**
- **Flussi PS** con **Diagnosi di Uscita** compatibile con **stroke** (ischemico/emorragico) o **TIA**
- **SDO** dimessi nel periodo





06/11/17 - 20/10/18

Pazienti TRATTATI

- **Trombolisi:** 288 su 832 «stroke ischemico», 34%*
- **Trombectomie:** 111 (59 primarie e 52 con ev) su 832 «stroke ischemico», 13%

*

Regione Emilia-Romagna dati 2017 % Trombolisi	Nr trombolisi 946	Nr pz Stroke 6.793	13,9%
--	-------------------------	-----------------------	-------

Dati **preliminari** per i tempi di «processo»

dal 6/11/2017 al 01/07/ 2018

Mediana Tempi

- Accesso Pronto Soccorso-presenza in carico: **00:07:28**
- **Presa in carico dal team_richiesta TAC: 00:13:00**

- Accesso PS _ Trombolisi: **01:11:00**
- Accesso PS _ trombectomia (a circa 5 min dalla puntura dell'arteria): **01:47:23**

06/11/17 - 07/10/18

ESITO FASE PS

Esito	Ictus ISCH
Deceduto in Pronto Soccorso	2
Dimissioni a domicilio	8
Ricovero in reparto di degenza	712
Rifiuta ricovero	1
Trasferito ad altro stabilimento ospedaliero della RER	109
Totale complessivo	832

BELLARIA	1
SPOKE AUSL	50
Stroke Unit Neuro OM	379
Stroke Geriatria OM	243
NEUROLOGIA OM	7
MED/GER/CARD/POST-I/MEU OM	15
RIA OM	14
CHIR VASC	3

AOU (S. Orsola)	105
ALTRE AZ RER	3
PRIV. ACCR	1

NUMERO EPISODI STROKE ISCHEMICO 2017

Fase Emergenza-Urgenza

Provincia di ricovero	N. totale pazienti	N. pazienti arrivati con 118		Centralizzazione primaria		Non centralizzati	Centralizzazio ne secondaria	Centralizzazione totale	
		N.	%	N.	%	N.	N.	N.	%
Piacenza	483	313	67,9	272	86,9	41	7	279	89,1
Parma	681	484	74,2	473	97,7	11	1	474	97,9
Reggio Emilia	730	442	66,3	298	67,4	144	9	307	69,5
Modena	1.195	772	68,0	502	65,0	270	21	523	67,8
 Bologna	1.511	1.057	72,5	898	85,0	159	10	908	85,9
Ferrara	715	494	70,8	439	88,9	55	1	440	89,1
Romagna	1.478	986	69,7	782	79,3	204	1	783	79,4
Totale	6.793	4.548	70,1	3.664	80,6	884	50	3.714	81,7

Modalità di arrivo: Mezzi Propri= 30%; 118 = 70%

Centralizzazione primaria = 81%

Codici ICD9-CM: 433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91, 434.01, 434.11, 434.91.



Dal 06/11/17

Modalità Accesso al PS OM (hub)
dati preliminari

	EMOR	ISCH	
118	128	532	
ELISOCORSO	2	5	
AUTOPRES	10	102	
ALTRO	0	3	
tot	140	642	Tot isch. + emorr. 782

CENTRALIZZAZIONE primaria (totali): 86%

CENTRALIZZAZIONE primaria (ischemici): 85%

CENTRALIZZAZIONE primaria (emorragici): 93%

...GRAZIE.

E grazie a tutti gli operatori che ogni giorno si adoperano contro il tempo per l'emergenza ICTUS.