

CENTRALE OPERATIVA PROVINCIALE PER L'EMERGENZA SANITARIA DI ALESSANDRIA

PROTOCOLLO DI GESTIONE DELLO STROKE ISCHEMICO

ALL.1A

A seguito di comunicazione della Direzione Sanitaria ASL-AL Prot 7006 del 21.01.2008 , trasmessa via Fax dalla Direzione Sanitaria ospedaliera dell'Ospedale di Tortona in data 4.8.2008 e mai precedentemente pervenuta a questa Centrale Operativa , relativa alla delle Stroke Units dell'ospedale di Tortona e di Novi Ligure , con effetto immediato viene modificato il protocollo di gestione dello stroke ischemico come di seguito descritto.

Percorso clinico preospedaliero e identificazione del paziente da sottoporre a trombolisi.

Presupposti normativi:

- D.G.R. n° 30 – 12461 del 10-5-2004 : Individuazione dei Centri autorizzati all'utilizzo del farmaco "Actilyse" nel trattamento fibrinolitico dell'ictus ischemico acuto.
- D.G.R. n° 44-2861 del 15-5-2006: Indicazioni in merito al percorso preospedaliero e intraospedaliero per i pazienti con ictus cerebrale.

Strutture ospedaliere autorizzate alla trombolisi nella provincia di Alessandria :

- Centri di 2° livello : ASO di Alessandria – Attiva h24
- Centri di 1° livello :
 - Ospedale di Novi Ligure – Attivo H24
 - Ospedale di Tortona – Attivo H24

In attuazione alle disposizioni indicate vengono rese operative nella CO 118 di Alessandria, dall'1.1.2008, su tutto il territorio della provincia di Alessandria, le procedure per la gestione del percorso preospedaliero per la trombolisi nell'ictus ischemico.

In considerazione della operatività dei tre centri di trombolisi autorizzati , la destinazione dei pazienti suscettibili di trombolisi avverrà in base al criterio della Stroke Unit raggiungibile nel tempo minore.

Compiti della Centrale Operativa :

- Individuazione all'atto dell'intervista telefonica dei pazienti potenzialmente suscettibili di trombolisi così come indicato nell'allegato A e relativa Flow Chart che fanno parte integrante del presente protocollo , secondo i criteri di inclusione/esclusione previsti.
- Invio del mezzo di soccorso territoriale più idoneo/più vicino secondo i protocolli di invio in uso. Agli eventi gestiti da tali mezzi viene attribuito il codice dedicato : " codice S.T."
- Alla conferma del codice neurologico da parte dell'equipaggio presente sul target , la Centrale Operativa allerta il DEA di destinazione sull'invio di un " codice S.T." per il preallertamento dei medici e delle strutture per l'eventuale trombolisi , indicando anche i tempi stimati di arrivo.

Compiti del Mezzo di Soccorso Avanzato:

- Oltre alla normale gestione sanitaria , il medico compilerà la Check List Stroke con i criteri di inclusione esclusione che consegnerà assieme al paziente al DEA di destinazione , ovvero , qualora il paziente venga trasportato da Mezzo di Soccorso di Base al DEA di destinazione , lo consegnerà , unitamente alla scheda sanitaria , all'equipaggio dell'MSB che effettua il trasporto.
- Quando disponibile il sistema di trasmissione dati/cartella clinica elettronica Ortivus sarà presente una specifica pagina con funzione di Check List Stroke , che potrà essere trasferita informaticamente al DEA.

Destinazione dei Mezzi di Soccorso :

- DEA sede di Stroke Unit (sede di centro trombolisi attivo h 24) per MSA (tutti i codici) e MSB (codici Bianco-Verde).
- Pronto Soccorso più vicino per Codici Giallo/Rosso gestiti da MSB per indisponibilità operativa di MSA .

Allegati:

- "Allegato A" DGR 44-2861
- Flow chart stroke DGR 44-2861
- Check List Stroke DGR 44-2862

Lista di distribuzione :

- Direttore DEA ASO Alessandria
- Direttori DEA ASL-AL
- Direttore SOC Neurologia ASO di Alessandria
- Direttori SOC Neurologia Ospedali ASL-AL
- Coordinatore Infermieristico CO 118 Alessandria
- Operatori infermieristici CO 118 di Alessandria
- Referenti medici di Centrale 118 e MSA
- Medici SEST 118 Provincia di Alessandria
- Infermieri SEST 118 Provincia di Alessandria
- Medici base elisoccorso di Alessandria
- Infermieri base elisoccorso di Alessandria

Alessandria 5.8.2008

Il Responsabile Medico
Centrale Operativa 118 di Alessandria
(Dr. Giovanni Lombardi)



ALL.1B

ASSISTENZA INFERMIERISTICA A PAZIENTE CON ICTUS NELLE PRIME 72 ORE

Il ricovero in neurologia inizia con l'accettazione del paziente presso la stroke unit o in camere di degenza con letti dedicati. I pazienti destinati alla stroke unit vengono monitorizzati per mezzo di monitor multiparametrici su cui vengono impostati i range dei parametri rilevati oltre i quali è necessario il segnale d'allarme in modo personalizzato per ciascun paziente. Le impostazioni vengono programmate al momento ricovero e valutate ad ogni inizio turno dal personale infermieristico

All'accettazione del paziente in reparto viene effettuata tempestivamente una valutazione delle funzioni vitali e dello stato neurologico.

La valutazione neurologica viene eseguita utilizzando la scala del coma di glasgow (vedi allegato) da parte di tutto il personale infermieristico e della NIHSS (National institute of health stroke care) da parte del team infermieristico precedentemente accreditato e comprende inoltre:

- ? Livello di coscienza;
- ? Orientamento;
- ? Motricità (forza, tendenza alla pronazione, equilibrio e coordinazione);
- ? Pupille;
- ? Parola/linguaggio;
- ? Segni vitali

FUNZIONI VITALI

Il monitoraggio ECG continuo viene eseguito durante tutto l'arco delle prime 72 ore per rilevare aritmie potenzialmente pericolose; il paziente viene monitorizzato con rilevazione a tre derivazioni per mezzo di monitor multiparametrici che consentono inoltre una valutazione della FC, della PA, della % St O₂.

Se l'infermiere rileva modifiche della FC (bradic, tachic, o aritmie) si esegue un ecg a 12 derivazioni, si allerta il medico e si assicura una rapida valutazione dello stesso da parte di cardiologo (richiesta urgente di referto ecg).

La PA viene rilevata tre volte al giorno o, in caso di trombolisi, si rileva ogni 15 minuti durante l'infusione e nelle prime 2h, ogni 30 minuti per 6 ore e ogni 60 minuti per 16 ore.

Nei casi in cui i valori della PAS sono > 180 mmHg della PAM > 130 mmHg e della PAD > 105 mmHg si allerta il medico per eventuale terapia farmacologica.

Il monitoraggio dello stato di ossigenazione ematica pulsiossimetria e/o emogasanalisi viene effettuato almeno 3 volte nelle prime 24 ore e proseguito fino alla normalizzazione e/o stabilizzazione del quadro respiratorio. I monitor vengono programmati per segnalare con allarme livelli di sat.O₂ < 90%. In caso di ipossiemia si avverte il medico e si somministra ossigeno terapia. Si valutano inoltre segni di ostruzione delle vie aeree; in caso positivo viene inserita una canula di guedel ed effettuata una rimozione delle secrezioni per mezzo di aspirazione endotracheale.

Si mantiene inoltre una posizione sollevata del tronco del paziente per favorire la saturazione di ossigeno e ridurre la pressione intracranica per mezzo di letti articolati.

Si esegue un monitoraggio della temperatura corporea: la tc risulta $< 37^{\circ}$ si procede alla rilevazione quotidiana della stessa.

Se la tc risulta compresa tra $37,5^{\circ}$ e 38° si posiziona ghiaccio e si effettuano rilevazioni ripetute durante la giornata (monitoraggio per tre).

Se la tc rilevata è $> 38^{\circ}$ si posiziona ghiaccio, si avverte il medico, si inizia immediatamente la ricerca della sede e della natura dell'infezione finalizzata ad un trattamento antibiotico adeguato. Il monitoraggio avviene tre volte al giorno, o secondo necessità, e si somministrano farmaci antipiretici su prescrizione medica.

Viene rilevato all'ingresso il valore della glicemia tramite prelievo capillare e si inizia un profilo glicemico con rilevazioni alle ore 6, alle ore 15 e alle ore 21.

Se il valore glicemico è compreso tra 70 e 150 mg/dl si continua profilo, se il valore è >130 mg/dl si contatta il medico, se il valore risulta essere > 200 mg/dl si contatta il medico e si inizia una terapia ipoglicemizzante adeguata. La rilevazione della glicemia in questo caso viene eseguita secondo un profilo completo (ore 6, 12, 15, 18, 21, 24, 1, 3)

LIVELLO DI VIGILANZA E DISFAGIA

Ad ogni ingresso si valuta lo stato di coscienza e la funzione respiratoria, se in presenza di coma o difficoltà respiratoria, non si effettuano prove di deglutizione. Prima di effettuare prove di deglutizione viene acquisito un quadro della situazione valutando l'aspetto del volto, chiedendo al paziente di compiere movimenti, di ripetere le vocali e di eseguire colpi di tosse. La valutazione della disfagia viene eseguita all'ingresso con il "test dell'acqua" come metodo di screening e si utilizza la scala bedside per una valutazione più mirata.

La prima fase prevede che il paziente tenti di deglutire 10 mL di acqua in tre tempi diversi. Se il paziente riesce a deglutire i 10 ml, vengono somministrati 50 mL di acqua in un bicchiere. La difficoltà nel bere da 10 a 50 mL di acqua o la comparsa di colpi di tosse (più di una volta) in due circostanze diverse permette di valutare l'eventuale disfagia. Se c'è dunque qualche segno di disfagia al test della deglutizione dell'acqua non si inizia l'alimentazione per os ma si procede alla prova somministrando H₂O gel o addensanti. Se il paziente risulta disfagico si procede con l'inserimento del sondino naso-gastrico valutando la presenza di reflusso gastroesofageo. La somministrazione della nutrizione enterale si effettua con la posizione del tronco inclinata di 30° , valutando periodicamente (e ad ogni inizio somministrazione) la presenza e l'entità del ristagno gastrico che non deve superare 150-200 ml.

Se il test dell'acqua risulta negativo si iniziano tentativi di deglutizione con lo scopo di valutare la funzione; si prova con l'introduzione di piccola quantità di alimento con consistenza semisolida o semiliquida; si osservano i movimenti preparatori e l'atto deglutitorio ed il tempo impiegato; si osserva l'eventuale presenza di tosse spontanea l'asimmetria della rima orale, l'incapacità/difficoltà nell'apertura della bocca, la perdita di saliva, l'incapacità/difficoltà nei movimenti della lingua, la voce rauca o presenza di difetto articolatorio nella produzione delle parole, la scarsa igiene orale.

Se è possibile la comunicazione si invita il paziente a tossire e si valuta.

Ogni rilevazione eseguita viene trascritta nella cartella infermieristica.

Il trattamento viene effettuato per prevenire l'aspirazione, evitare la disidratazione e la malnutrizione da inadeguata assunzione di liquidi e alimenti.

Adottiamo inoltre trattamenti compensatori che prevedono alterazioni della postura e della posizione assunta per deglutire, modificare la consistenza degli alimenti (liquidi più densi, puree o alimenti semisolidi), diminuire le dimensioni dei bocconi, somministrare liquido con una siringa .

Tab7.5 Bedside Swallowing assessment

FATTORI	BASSO RISCHIO	ALTO RISCHIO
Livello di coscienza	Vigile	Sonnolenza, stupor, coma
Secrezioni bronchiali	No	Si
Disfonia	No	Si
Grave disartia	No	Si
Gag reflex diminuito o abolito	No	Si
Movimenti palato	Simmetrici	Asimmetria, paralisi
Tosse volontaria	Normale	Assente per una settimana
Funzioni deglutitorie	Normale o lieve disfagia	Disfagia franca
Sbavamento di acqua	No/minimo	Franco
Movimenti laringei	Si	No
Tosse all'atto di deglutire	No/qualche volta	2 o più
Voce gorgogliante	No	Si

Se il paziente risulta disfagico ai liquidi ma supera con successo la prova dell'acqua gel si inizia una dieta semi solida. Si monitorizza l'alimentazione quotidiana per mezzo di schemi a torte

DEFICIT MOTORIE MOBILIZZAZIONE PRECOCE

Si valuta all'ingresso l'estensione del danno motorio agli arti superiori e inferiori (spasticità e flaccidità), la deviazione labiale, la capacità di compiere movimenti la capacità di compensazione con l'emisoma colpito per mantenere l'equilibrio e per compiere movimenti. Si valuta la presenza di dolore, la sua localizzazione e modalità d'insorgenza :se il paziente si presenta vigile, lucido e orientato si valuta il dolore attraverso l'utilizzo della scala VAS (e si monitorizzerà il dolore quotidianamente)entro 24 ore dal ricovero. Per evitare la sindrome da allettamento si sottopone il paziente ad una valutazione sul grado del rischio di lesioni da pressione con l'utilizzo della scala di Braden. La richiesta del materasso antidecubito idoneo al paziente viene subito inviata per una tempestiva prevenzione; qualora il paziente presentasse un elevato rischio o fosse in stato di incoscienza si posiziona immediatamente il materasso antidecubito a rilascio lento d'aria silenziosa con pulsoterapia presente in reparto in modalità stand-by. In ogni caso si cambia la posizione del paziente nel letto ogni 2-3 ore, ricorrendo all'uso di cuscini e archetto alzacoperte; gli spostamenti vengono eseguiti da 2 operatori, utilizzando una traversa per evitare stiramenti di spalla e arrossamenti della cute. Se vengono fornite, invece, indicazioni alla mobilizzazione in ortostatismo da parte del neurologo, si rivaluta la necessità del materasso (scala Braden) e si inizia il programma di mobilizzazione: dapprima seduto con le gambe fuori dal letto (almeno per 15-30 minuti 2 volte/dì), dopo 2 giorni trasferimento letto-carrozzina (almeno per 15-30 minuti 2 volte/dì), dalla 5ª giornata assunzione della posizione eretta con cammino assistito. Nei primi 2 giorni si rileva prima/dopo il movimento i parametri vitali, per individuare eventuali segni/sintomi di embolia polmonare o affaticamento cardiaco (dolore toracico,

respiro breve, cianosi, tachicardia). Il trattamento riabilitativo comprenderà anche l'intervento specifico del fisioterapista.

MOBILIZZAZIONE. Viene valutato sempre il grado di dipendenza prima di effettuare qualsiasi tipo di mobilizzazione. Si assicura una corretta posizione nel letto (supina, in decubito laterale sul lato sano e su quello plegico) e si evita durante il cambio di posture a letto la presa distale degli arti, guidando delicatamente gli spostamenti con una presa prossimale e distale; si adottano accorgimenti che facilitano il decubito laterale e il raggiungimento della posizione. La mobilizzazione viene effettuata con l'arto superiore in scarico, avendo cura della mano aperta appoggiata sul cuscino, evitando sia l'extrarotazione della spalla sia che il braccio penzoli; viene posto un cuscino sotto l'anca ed esternamente per evitare l'extrarotazione; viene posizionato un archetto sollevacoperte e cuscini sotto la pianta del piede per evitare l'equinismo dello stesso. Questa procedura viene effettuata dall'infermiere e dal personale oss (tutto il personale di supporto risulta correttamente addestrato ad eseguire la procedura di mobilizzazione e prevenzione LdP). Il tipo di mobilizzazione, la durata, il livello di collaborazione (paziente cosciente), i parametri durante l'esecuzione della stessa, miglioramenti/peggioramenti della stessa ed eventuali segnalazioni vengono registrati nella cartella infermieristica.

ELIMINAZIONE INTESTINALE Se al paziente è stato precedentemente posizionato in pronto soccorso un catetere vescicale a permanenza si monitorizza la diuresi e successivamente si valuterà l'eventuale rimozione dello stesso a seconda delle condizioni cliniche. Se il paziente al momento del ricovero non risulta portatore di CV si valuta la continenza degli sfinteri e lo stato della cute perineale. Se presenta anuria documentata a sei ore dal ricovero e presenta segni e sintomi di ritenzione (globo vescicale) si eseguono cateterismi a intermittenza in accordo con il medico e si rivaluta. Qualora persistesse la ritenzione si posiziona un CV. Il paziente che presenta incontinenza all'ingresso e risulta essere portatore di pannolone viene valutato (segni e sintomi di eventuale ristagno) nelle prime 24 ore; se l'incontinenza persiste e il paziente non presenta condizioni cliniche stabili o se il livello di coscienza del malato è basso o risulta essere ad alto rischio di LdP si valuta per il posizionamento del Cv. In ogni caso il CV inserito in fase acuta viene rimosso il prima possibile. La data di posizionamento, il luogo (pronto soccorso o reparto), il tipo, il materiale e il calibro del catetere vescicale vengono registrati in cartella infermieristica.

ELIMINAZIONE INTESTINALE. Si monitorizza l'alvo (le registrazioni vengono riportate in una scheda adottata dal reparto che riporta il monitoraggio dell'alvo oltre ad altre rilevazioni); se l'evacuazione avviene entro le 24 ore si continua con il monitoraggio. Se il paziente presenta stipsi dopo 48 ore si esegue un'esplorazione rettale e si valuta per la somministrazione di lassativi per os (se non vi sono controindicazioni) o l'esecuzione di clistere evacuativo.

TROMBOLISI

In seguito all'allerta da parte del neurologo di una probabile trombosi da eseguire in reparto, viene immediatamente preparata l'unità del paziente in stroke unit con pompa infusionale, reggiflebo, monitor e relativi elettrodi, erogatore di ossigeno e dispositivo di aspirazione.

All'arrivo in reparto il paziente viene monitorizzato, si valuta la pervietà dell'accesso venoso periferico posizionato in pronto soccorso (in caso non fosse presente si posiziona), si prepara il farmaco trombolitico secondo prescrizione medica e si inizia l'infusione per mezzo della pompa con durata di 60

minuti.

Durante l'infusione deve essere valutato costantemente lo stato neurologico ogni 15 minuti, nelle seguenti 6 ore ogni 30 minuti e infine, nelle seguenti 16 ore ogni 60 minuti.

In caso di peggioramento neurologico, grave cefalea, ipertensione acuta, nausea e vomito si interrompe l'infusione (se ancora in corso) e si avverte il neurologo.

La pressione arteriosa (PA) viene monitorizzata per le prime 2 ore ogni 15 minuti, per le seguenti 6 ore ogni 30 minuti e per 16 ore ogni 60 minuti. È necessario che la pressione arteriosa sistolica (PAS) non superi i 180 mm/Hg e la pressione arteriosa diastolica (PAD) i 100 mm/Hg, nel caso si somministra, su prescrizione medica, farmaci antipertensivi.

Si presta attenzione affinché per 24 ore non vengano somministrati né anticoagulanti né antiaggreganti.

Dopo il trattamento fibrinolitico se il quadro clinico rimane invariato il paziente candidato a fibrinolisi segue lo stesso percorso del paziente ischemico non trattato con fibrinolisi: totalmente dipendente per il

quale viene attivato immediatamente il programma riabilitativo

che comprende sia gli interventi assistenziali che gli interventi fisioterapici.

Nell'arco dell'anno 2009 lo stroke team si è riunito periodicamente per:

- riunioni organizzative a cadenza trimestrale
- riunioni bisettimanali per discussione di casi clinici (con presenza alterna delle varie figure professionali a seconda dei casi discussi).

Alle varie riunioni organizzative e cliniche erano alternativamente presenti: il direttore della SOC dr. Emilio Ursino, i medici del Reparto (dr.ssa Barletta, dr. Bonanni, dr. Bottaro, dr.ssa Ferrandi, dr. Melato, dr.ssa Prevost, dr. Palermo, dr. Ruiz), i medici del DEA (dr.ssa Gargiulo, dr. Guido), i chirurghi vascolari (dr. Guagliano, dr.ssa Muncinelli, Dr.ssa Minerba), i cardiologi (dr.ssa Costante, dr. Reale, dr.ssa Provera), il coordinatore infermieristico dr.ssa Tatiana Bolgeo, l'infermiera R. Arecco, il fisiatra (dr.ssa Bruni o dr. Perrero), la logopedista (A. Migliaccio), le fisioterapiste (Sig.ra S. Baudi, N. Lodi, C. Oliva, , A. Rinaldi), il nutrizionista (dr. Leonardi, dr. Pagetto), le dietiste (C. Barbato, L. Bennati) l'assistente sociale (C. Pitisano)

Ordine del giorno delle riunioni organizzative:

- discussione di un protocollo operativo condiviso con il DEA per la gestione dei pazienti con TIA: viene prodotto un documento riassuntivo con flow chart relativo al percorso del paziente con TIA. Vengono evidenziate le criticità del percorso e le proposte per migliorarle (utilizzo di score clinici per la valutazione del rischio di ictus es. ABCD2 score, criteri per selezionare i pazienti da ricoverare, utilizzo al meglio delle risorse disponibili per lo studio dei vasi epiaortici in urgenza).
- programma di formazione degli operatori: viene stabilito un calendario per la partecipazione a corsi di aggiornamento e congressi sulla patologia cerebrovascolare.
- programma di diffusione all'esterno dell'operato dell'Azienda in merito all'ictus e in particolare in merito alla trombolisi. Viene organizzato un corso per medici di base e ospedalieri dal titolo "Ictus cerebrale tra realtà e futuro". Il corso si terrà il giorno 13 giugno 2009 presso la Camera di Commercio di Alessandria.

Ordine del giorno delle riunioni cliniche:

- decisioni terapeutiche in merito a casi clinici di particolare complessità clinica (es. valutazione posizionamento stent carotideo rispetto a intervento di TEA in pazienti con stenosi carotidea sintomatica con problematiche internistiche concomitanti, indicazione ad intervento di chiusura di PFO in pazienti con ictus criptogenetico, indicazioni e controindicazioni terapia con anticoagulanti orali in pazienti anziani con FA cronica se a rischio di caduta ecc)
- discussione di casi di pazienti sottoposti a trombolisi fuori protocollo rispetto alle indicazioni del SITS MOST (età superiore a 80 anni, esordio compreso fra 3 e 4.5 ore)
- valutazione esiti della casistica dei pazienti sottoposti a trombolisi intravenosa
- avvio di procedure per la continuità assistenziale nei casi indicati
- indicazione a posizionamento di PEG in pazienti con ictus che non presentino miglioramento delle disfagia
- avvio delle procedure per la prescrizione di nutrizione entrale al domicilio

Il Direttore della SC Neurologia
Dott. Emilio Ursino
(Firmato in originale)

PREVENZIONE PRIMARIA: non pertinente all'ASO

PREVENZIONE SECONDARIA:

attacco ischemico transitorio (TIA): deve essere garantita la possibilità di eseguire gli accertamenti ed iniziare le terapie adeguate nelle prime 24-36 ore, riservando un iter diagnostico preferenziale, secondo le modalità più adeguate al caso clinico ed al suo profilo di rischio ictale.

Come è organizzata l'Azienda rispetto a tale iter diagnostico? (in particolare rispetto alla possibilità di eseguire idoneo imaging dei vasi del collo entro 24-36 ore?):

“ Uno degli esami essenziali nella diagnosi di TIA è l'ecodoppler da eseguire in urgenza per documentare la presenza di stenosi chirurgicamente aggredibile. L'Azienda non dà un servizio di ecodoppler 24 ore su 24 e in numerosi momenti né il Pronto Soccorso né la Radiologia né la Chirurgia Vascolare sono in grado di coprire questa necessità, pur disponendo dell'attrezzatura. E' disponibile un servizio di angio TAC ma spesso questo esame è poco proponibile poiché richiede l'utilizzo di mezzo di contrasto che non tutti i pazienti sono in grado di tollerare.”

(dalla relazione del Direttore SC Neurologia – firmato in originale –)

UNITA' DI CURA PER L'ICTUS (STROKE UNIT)

Trattasi di aree geograficamente definite e delimitate.. ove insiste un numero specificato di letti esclusivamente dedicati al ricovero di soggetti con ictus acuto.

- ***Quale area è stata individuata in ambito aziendale? Come è stata connotata?***

“ Al momento la SC Neurologia dispone di 31 letti in totale con solo 4 monitor che non sono sufficienti a coprire tutte le necessità.”

(dalla relazione del Direttore SC Neurologia – firmato in originale)

- ***Il numero di letti dedicati corrisponde al criterio previsti dalla DGR 27/10/08 (10/100.000 – 20/200.000)?***

“Già in passato nel piano di riordino aziendale era stata individuata la necessità di n. 6 letti monitorati”

(dalla relazione del Direttore SC Neurologia – firmato in originale)

- ***L'area dedicata è dotata di monitors multiparametrici le indicazioni della DGR (3/10 letti o 6/20 letti)?***

Vedi sopra

La presa in carico dei pazienti in tali aree è affidata a personale medico e infermieristico specificamente individuato, con comprovata esperienza e formazione in ambito cerebrovascolare.

E' stato individuato tale personale?

“La SC Neurologia si occupa di ictus da sempre, cioè oltre 40 anni. Da almeno 10 anni viene (anche in epoca preufficializzazione della terapia trombolitica) la trombolisi. Tutto il personale medico ed infermieristico è cresciuto nel tempo effettuando un totale di oltre 100 trombolisi (circa 40 nell'ultimo anno). Tutti i Neurologi della Struttura sono esperti nel trattamento di qualsiasi tipo di ictus e delle sue complicanze. Alcuni hanno efferato il corso regionale sull'ictus che si tiene a molinette. Altri il Convegno annuale della SISS (Società italiana per lo studio dello stroke), altri il corso annuale dello stroke che si tiene a Firenze ove vengono presentate le nuove edizioni delle linee guida SPREAD. Il personale infermieristico ha effettuato alcuni corsi di formazione intraaziendali.”

(dalla relazione del Direttore SC Neurologia – firmato in originale)

Ai letti dedicati deve essere attribuito personale infermieristico adeguato alle funzioni previste fino ad arrivare ad un turno dedicato di infermieri per le 24 ore.

E' soddisfatto tale requisito?

“Al momento attuale non esiste per svariati motivi (malattie, trasferimenti, inidoneità) personale dedicato alla stroke-unit”

(dalla relazione del Direttore SC Neurologia – firmato in originale)

STROKE TEAM

In ogni Azienda deve essere individuato un team multidisciplinare che operi in modo coordinato per garantire una gestione efficace dei soggetti con ictus..La composizione del team ed il suo responsabile devono essere formalizzati dall'Azienda e deve essere la sussistenza nel tempo di tutti i profili professionali previsti..All'interno del team alcuni professionisti devono essere individuati quali figure dedicate. Devono essere previste riunioni periodiche documentate da verbale agli atti dell'Azienda.

Il team aziendale risponde a tutti questi requisiti?

Riepilogo attività dello stroke team

Nell'arco dell'anno 2009 lo stroke team si è riunito periodicamente per:

- riunioni organizzative a cadenza trimestrale
- riunioni bisettimanali per discussione di casi clinici (con presenza alterna delle varie figure professionali a seconda dei casi discussi).

Alle varie riunioni organizzative e cliniche erano alternativamente presenti: il direttore della SOC dr. Emilio Ursino, i medici del Reparto (dr.ssa Barletta, dr. Bonanni, dr. Bottaro, dr.ssa Ferrandi, dr. Melato, dr.ssa Prevost, dr. Palermo, dr. Ruiz), i medici del DEA (dr.ssa Gargiulo, dr. Guido), i chirurghi vascolari (dr. Guagliano, dr.ssa Muncinelli, Dr.ssa Minerba), i cardiologi (dr.ssa Costante, dr. Reale, dr.ssa Provera), il coordinatore infermieristico dr.ssa Tatiana Bolgeo, l'infermiera R. Arecco, il fisiatra (dr.ssa Bruni o dr. Perrero), la logopedista (A. Migliaccio), le fisioterapiste (Sig.ra S. Baudi, N. Lodi, C. Oliva, , A. Rinaldi), il nutrizionista (dr. Leonardi, dr. Pagetto), le dietiste (C. Barbato, L. Bennati) l'assistente sociale (C. Pitisano)

Ordine del giorno delle riunioni organizzative:

- discussione di un protocollo operativo condiviso con il DEA per la gestione dei pazienti con TIA: viene prodotto un documento riassuntivo con flow chart relativo al percorso del paziente con TIA. Vengono evidenziate le criticità del percorso e le proposte per migliorarle (utilizzo di score clinici per la valutazione del rischio di ictus es. ABCD2 score, criteri per selezionare i pazienti da ricoverare, utilizzo al meglio delle risorse disponibili per lo studio dei vasi epiaortici in urgenza).
- programma di formazione degli operatori: viene stabilito un calendario per la partecipazione a corsi di aggiornamento e congressi sulla patologia cerebrovascolare.
- programma di diffusione all'esterno dell'operato dell'Azienda in merito all'ictus e in particolare in merito alla trombolisi. Viene organizzato un corso per medici di base e ospedalieri dal titolo "Ictus cerebrale tra realtà e futuro". Il corso si terrà il giorno 13 giugno 2009 presso la Camera di Commercio di Alessandria.

Ordine del giorno delle riunioni cliniche:

- decisioni terapeutiche in merito a casi clinici di particolare complessità clinica (es. valutazione posizionamento stent carotideo rispetto a intervento di TEA in pazienti con stenosi carotidea sintomatica con problematiche internistiche concomitanti, indicazione ad intervento di chiusura di PFO in pazienti con ictus criptogenetico, indicazioni e controindicazioni a terapia con anticoagulanti orali pazienti anziani con FA cronica se a rischio di caduta ecc)
- discussione di casi di pazienti sottoposti a trombolisi fuori protocollo rispetto alle indicazioni del SITS MOST (età superiore a 80 anni, esordio compreso fra 3 e 4.5 ore)
- valutazione esiti della casistica dei pazienti sottoposti a trombolisi intravenosa
- avvio di procedure per la continuità assistenziale nei casi indicati
- indicazione a posizionamento di PEG in pazienti con ictus che non presentino miglioramento delle disfagia
- avvio delle procedure per la prescrizione di nutrizione entrale al domicilio

Il Direttore della SC Neurologia
Dott. Emilio Ursino
(Firmato in originale)

