

APPLICAZIONI E VERIFICHE DI SPREAD NELLA PRATICA CLINICA†

1 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2007, FIRENZE, 15-16 FEBBRAIO

1.1 Linee guida computerizzate: come ottenere un feedback per le revisioni SPREAD e per una migliore raccolta dei dati

Presso la Stroke Unit dell'IRCCS Mondino è stato implementato un sistema informatico di gestione dei processi di cura, la cui logica è basata sulle raccomandazioni SPREAD. Esso è stato completamente integrato nella cartella clinica computerizzata (CCC) preesistente, ed è così percepito dagli utenti come una nuova funzionalità della cartella stessa: in base ai dati inseriti, il sistema reagisce suggerendo quali ulteriori dati raccogliere e quali azioni intraprendere.

In questo lavoro si descrive il modulo RoMA (Reasoning on Medical Actions), da poco integrato nel sistema, che può agire sia sul singolo paziente, al momento della dimissione, sia su un insieme di pazienti dimessi in un periodo di tempo definibile.

RoMA permette di raccogliere:

1. le motivazioni delle non-compliance alla linea guida,
2. le motivazioni della (eventuale) scarsità di dati nella CCC, e
3. commenti sulle raccomandazioni SPREAD.

Questi possono riguardare ad esempio un disaccordo con le raccomandazioni stesse, oppure con le loro formalizzazioni logiche necessarie per renderle computabili (spesso il testo, apparentemente chiaro, si rivela ambiguo ad un'analisi approfondita).

Un obiettivo dello studio è l'individuazione di eventuali ostacoli all'implementazione delle linee guida. Ma l'obiettivo principale è quello di fornire un feedback utile alle revisioni future delle linee guida. Questi scopi possono essere perseguiti in modo più efficace e razionale se si adotta una tassonomia ben strutturata delle motivazioni delle non-compliance.

È stata pertanto strutturata una tassonomia in cui i livelli gerarchici principali corrispondono ai ruoli, siano essi medici, organizzativi, o tecnici, a cui il feedback va diretto, ovvero quei ruoli che vanno allertati sui problemi evidenziati da RoMA.

Si sono analizzati circa 400 casi di ictus ischemico, raccolti da gennaio 2005. Sono state identificate e motivate 40 non-compliance, oltre a numerose mancanze nella compilazione dei dati codificati della CCC.

Il lavoro illustra alcuni esempi paradigmatici e mostra come utilizzarli per migliorare sia il flusso di lavoro nella Stroke Unit sia la futura versione delle linee guida. Si ritiene che con questo approccio sia possibile estendere l'accezione comune del termine "evidence-based", introducendo, oltre all'evidenza derivante da studi scientifici, anche l'evidenza fornita dal feedback degli utenti, ben documentato e oggettivato dalla registrazione della modalità d'uso delle linee guida stesse.

2 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2006, FIRENZE, 9-11 MARZO

2.1 Ictus come emergenza medica in DEA di II livello. Percorso dedicato o ottimizzazione dei percorsi esistenti?

L'ictus cerebri è "emergenza" medica e come tale va gestito anche al fine di selezionare i pazienti candidati a terapia trombolitica il cui successo è correlato alla precocità dell'intervento. Ciò, come in molte altre patologie dell'emergenza, pone l'accento sul fattore tempo che va distinto in due fasi: preospedaliere ed ospedaliere. In attesa della attuazione estensiva dei Percorsi Continuità Assistenziale Emergenza realizzati dall'ASP Lazio ed in considerazione della attuale indisponibilità nel nostro Ospedale di una Stroke Unit attiva (per cui il paziente affetto da ictus cerebrale è gestito nella fase iperacuta pressoché totalmente nell'ambito della

Panzarasa S, Quaglini S, Cavallini A, Marcheselli S, Stefanelli M, Micieli G
CBIM, Pavia; Dipartimento di Informatica e Sistemistica, Università di Pavia; IRCCS Fondazione "C. Mondino", Pavia; IRCCS Istituto Clinico Humanitas, Rozzano (MI)

Lavoro presentato nel contesto del programma ufficiale

Moriconi L, Fiore MS, Fabi F, Maida R, Patrizi C, Cerqua G;
Azienda Complesso Ospedaliero S. Giovanni Addolorata Roma-S.C. Medicina Interna per l'Urgenza
Lavoro presentato nella sessione "Percorsi assistenziali, Predittori di esito e Riabilitazione"

† i contributi presentati in questa appendice sono abstract di comunicazioni o di poster presentati al Congresso STROKE a partire dall'anno 2000, relativi alle verifiche e alle applicazioni di SPREAD effettuate spontaneamente nella pratica clinica

Medicina Interna per l'Urgenza), abbiamo rianalizzato congiuntamente i dati sull'analisi del parametro tempo nelle sue due fasi nella gestione della stessa popolazione di pazienti: 488 casi (214 F, 274 M, età media 74,5) giunti al P.S. Polifunzionale negli anni 2001/2 e ricoverati con diagnosi di ictus ischemico nella S.S di Degenza Breve. Al triage: 71% codice Giallo, 25% Verde, 4% Rosso. L'accesso tramite 118 è risultato del 44% (46% per i soli gialli). Nei codici gialli giunti tramite 118 si è rilevata una percentuale di negatività delle indagini neuroradiologiche in urgenza superiore rispetto quanto rilevato negli accessi autonomi (57% vs 48% $p=0.066$). Non vi sono dati relativi all'epoca di esordio dei sintomi non essendo allora obbligatoria la compilazione dell'apposita "scheda ictus" del GIPSE (Sistema informatizzato di gestione dell'emergenza). Di certo è vantaggioso per il paziente utilizzare il 118 e ricevere al Triage un codice Giallo. Il successivo iter diagnostico-terapeutico in DEA è avvenuto per tali pazienti secondo le modalità abituali per il codice giallo rispetto a: accesso a visita medica, esami ematici, ECG, indagini radiologiche, consulenze specialistiche ed ammissione alle unità di trattamento. Dai dati ottenuti (in particolare door to needle pari a 81 min per i codici gialli) possiamo concludere che, pur in assenza di percorsi specificamente dedicati come nel nostro P.S. Polifunzionale, l'ottimizzazione dei percorsi già esistenti (anche sulla base delle indicazioni fornite dalle Linee Guida SPREAD) consente all'internista una corretta ed efficace gestione della patologia ictale.

2.2 Il Medico di famiglia e gli indicatori di qualità nella gestione ambulatoriale del post-stroke

Obiettivo dello studio è la individuazione, sperimentazione e validazione di indicatori di qualità applicabili al percorso di assistenza del paziente post-stroke degli ambulatori della Medicina di base.

Sono stati individuati gli indicatori di qualità di 2° livello prodotti dalle società governative americane ed inglesi riguardanti lo stroke.

Selezionati 49 Medici di Medicina Generale che avevano in comune lo stesso software di archiviazione dati ambulatoriale Millewin e che rappresentavano complessivamente 65.000 pazienti ambulatoriali di tre aziende ospedaliere della Regione Marche. Individuati i pazienti con diagnosi alla dimissione ospedaliera di stroke ischemico ed emorragico secondo la classificazione ICD-IX-CM e composte le stringhe di estrazione dati con il linguaggio informatico SQL relative agli indicatori di qualità per lo stroke. Due Medici di Medicina Generale del gruppo di sperimentazione si sono recati semestralmente per due anni consecutivi presso gli ambulatori dei colleghi ed hanno estratto i dati dai loro archivi con le stringhe preconfigurate.

Gli indicatori riguardavano l'utilizzo di antitrombotici, di anticoagulanti, di farmaci per il trattamento dei fattori di rischio, la tipologia degli accessi ADI (Assistenza Domiciliare Intergrata), gli accessi ambulatoriali ed i rientri in ospedale.

Le informazioni ottenute dalla banca dati del gruppo di sperimentazione riguardano l'attività routinaria di gestione ambulatoriale dei pazienti post-stroke e forniscono lo spaccato del Medico di famiglia, prima esperienza nella Regione Marche. Il monitoraggio semestrale dei dati ha anche determinato un miglioramento progressivo della registrazione delle informazioni da parte dei medici aderenti allo studio.

Sono stati estratti anche i dati dell'applicazione di sette indicatori di qualità per la prevenzione secondaria dell'ictus proposti dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale) ed inseriti nelle linee guida SPREAD (raccomandazione 12.1 a grado B) per l'audit nell'ambito delle cure primarie. I risultati ottenuti da questa ulteriore rilevazione si scostano dagli standard stabiliti dalla SIMG, ma interessante rimane comunque avere a disposizione i riferimenti da cui partire e migliorare.

2.3 Proposta di un Percorso Clinico Diagnostico ed Assistenziale del TIA in un DEA 2° livello

L'ischemia cerebrale transitoria (TIA) è una condizione ad elevato rischio di ictus maggiore, soprattutto nelle 48 ore successive. Recentemente la classica definizione di TIA (deficit focale di durata inferiore alle 24 ore) è stata oggetto di rivisitazione, in quanto nella maggior parte dei casi la sintomatologia regredisce prontamente; inoltre, l'assenza di lesione infartuale alla MRI-diffusion è quasi sempre correlata ai casi in cui la sintomatologia è regredita nelle primarie due ore, mentre è frequente in tutti gli altri casi. Le linee guida Spread indicano la necessità del

Landro V, Blasi N, Misericordia P, Olimpi G, Simoni P
ASUR Marche-Zona Territoriale
11 Fermo e Società Italiana di
Medicina Generale Sezione
Provinciale Ascoli Piceno Fermo
(AP)
*Lavoro presentato nella sessione
"Percorsi assistenziali, Predittori
di esito e Riabilitazione"*

Anticoli S, Scifoni G,
Pozzessere C
U.O. STROKE UNIT Az. Osp. San
Camillo - Forlanini Roma
Lavoro presentato come poster

ricovero quando la durata sia superiore ad un ora, nei TIA in crescendo ed in caso di sospetta genesi embolica. Abbiamo perciò elaborato anche per il TIA, come già per lo Stroke, un Percorso Clinico Assistenziale (PCA) intraospedaliero multidisciplinare condiviso e validato, con l'obiettivo specifico di identificare precocemente quali pazienti possano presentare maggiori rischi di recidiva e debbano perciò essere trattati intensivamente.

Nel percorso è stata inclusa quale metodica di neuroimmagine dopo la Tc convenzionale, la MRI in Diffusione e Perfusion, in grado di identificare i pazienti con lesioni ischemiche precoci (minor stroke). Nel caso in cui sia impossibile eseguire la MRI (in pazienti portatori di protesi, PMK, sofferenti di claustrofobia, altre difficoltà tecniche), si procede alternativamente alla TC perfusionale.

Obiettivi secondari sono:

1. migliorare i tempi per le valutazioni diagnostiche dei pazienti con attacchi ischemici transitori.
2. avviare entro otto ore l'esecuzione di procedure di neuroradiologia interventistica o di chirurgia vascolare (TEA) nei casi in cui sia diagnosticata una stenosi carotidea significativa;
3. offrire migliori opportunità di informazione al paziente ed ai suoi familiari per ciò che riguarda l'approccio educativo sulla prevenzione secondaria ed i fattori di rischio, le terapie farmacologiche e le loro indicazioni terapeutiche.

La corretta attuazione delle fasi operative descritte nell'ambito di un percorso condiviso e consapevole, consentirà il raggiungimento di apprezzabili risultati in termini di prevenzione dell'ictus e di patologie cardiovascolari.

2.4 Organizzazione dell'area di degenza dedicata all'ictus cerebrale. Dati preliminari.

Nella nostra Azienda non vi sono Stroke Units o Unità di Neurologia ed i pazienti con ictus vengono ricoverati nelle UU.OO di Medicina d'Urgenza e Medicina Interna. Negli anni precedenti sono stati stabiliti percorsi diagnostico-terapeutici per migliorare l'assistenza ed organizzati corsi aziendali ECM sull'ictus per medici ed infermieri. Dal mese di ottobre 2005 sono stati attivati 2 posti letto dedicati ai pazienti con ictus presso la nostra Divisione. **METODI** : I due posti letto dedicati sono situati in stanze singole. I pazienti provengono dal P.S. o trasferiti da altre UU.OO. Al ricovero e nei giorni successivi, vengono somministrate, da un medico dedicato, le scale: NIHSS, SSS, Rankin mod., Glasgow. Gli ictus vengono classificati secondo i criteri dell'OCSP del TOAST e sono applicate le raccomandazioni dello SPREAD. Il personale infermieristico valuta il rischio di lesioni da decubito con le scale di Norton e Braden e lo stato funzionale con l'indice di Katz. Ogni 3-6 ore vengono controllati i parametri vitali, lo stato di coscienza ed eseguita la variazione del decubito. Viene effettuato il test della deglutizione. Sono state attuate corsie preferenziali con l'U.O. di Radiologia (esecuzione degli esami entro 48 ore) e Fisiatria per consulenza fisiatriche e logopediche. La nostra U.O. è dotata di un ecografo multidisciplinare e di un monitor portatile per la valutazione dei parametri vitali. I casi stabilizzati possono essere trasferiti nelle sale di degenza ordinaria o dimessi a domicilio, RSA, strutture riabilitative.

Risultati preliminari

Dal 1 ottobre 2005 al 15 febbraio 2006 sono stati ricoverati 22 ictus (2TACI; 3PACI; 4POCI; 11 LACI), 1ESA, 1ICH, 3TIA e 4 vasculopatie croniche. Tra gli ictus ischemici 2 presentavano patologia dei grossi vasi, 8 cardioembolici, 9 patologia dei piccoli vasi. La degenza media degli ictus è stata di 9.7 giorni, l'inizio della riabilitazione è avvenuto dopo 3.0 giorni dal ricovero. Nelle altre sale della U.O., sono stati ricoverati 13 ictus ischemici, 1ESA ad 1 ICH. La degenza media è stata di 13.2 giorni e la riabilitazione è iniziata dopo 6.8 giorni.

Conclusioni

L'area di degenza dedicata all'ictus può migliorare l'assistenza e ridurre la degenza. Occorre un periodo di osservazione più lungo per confermare i vantaggi nell'outcome. Sarebbe auspicabile incrementare il numero dei posti dedicati per permettere una migliore assistenza a tutti i pazienti ricoverati con ictus.

Banna P, Timpanaro J, Sgroi C, Borzi V
I Divisione Medicina, Azienda Ospedaliera-Universitaria Vittorio Emanuele-Ferrarotto-S. Bambino, Catania
Lavoro presentato come poster

3 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2005, FIRENZE, 13-15 MARZO**3.1 Organizzazioni sanitarie, reti e registri.
Verso una banca dati italiana.**

Micieli G, Cavallini A, Fanucchi S, Quaglini S per il Gruppo STAGE
UC Malattie Cerebrovascolari/Stroke Unit, IRCCS C. Mondino, Pavia; Clinica Neurologica, Università di Pisa, Pisa; Dipartimento di Informatica e Sistemistica, Facoltà di Ingegneria, Università di Pavia, Pavia
Lavoro presentato nel contesto del programma ufficiale

Tra gli obiettivi prioritari dettati dalla Conferenza Paneuropea di Helsinborg per il consenso sulla gestione dell'ictus cerebrale in Europa vi è quello di migliorare la continuità assistenziale, garantendo una stretta concatenazione degli interventi nelle vari fasi della malattia al fine di evitare una loro separazione o frammentazione. D'altra parte, per quanto numerosi siano i tentativi di definire il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione primaria relativi all'ictus cerebrale, esistono a tutt'oggi evidenze solo preliminari a favore della validità delle Linee Guida elaborate da organismi scientifici nazionali o anche internazionali. Recentemente è stato pubblicato il primo studio, italiano (Micieli et al, Stroke 2002), il quale dimostra come una adeguata *compliance* alle Linee Guida elaborate nel 1994 dall'*American Heart Association* sia in grado di ridurre in modo significativo mortalità (del 15%) e disabilità (13%) del paziente con primo ictus ischemico anche a distanza di 6 mesi dall'evento acuto.

Le Linee Guida Italiane SPREAD, condivise da venti Società Scientifiche nazionali coinvolte nei processi di prevenzione, diagnosi e cura dell'ictus cerebrale sono state redatte nel 1999 successivamente revisionate e ampliate con una sezione dedicata alla diagnosi e al trattamento della fase acuta dell'ictus (SPREAD 2003). Queste Linee Guida sono state sviluppate con l'obiettivo di produrre uno strumento applicabile alla realtà clinica italiana seguendo rigorosi criteri metodologici (contributo multidisciplinare, controllo accurato delle fonti di evidenza, rappresentatività multiregionale) ed ispirate dalla necessità di una pianificazione e di una stretta concatenazione degli interventi stessi nelle varie fasi della gestione del paziente con ictus, dalla fase iperacuta a quella riabilitativa, dalla prevenzione primaria e a quella secondaria al fine di armonizzare e ottimizzare gli interventi dei differenti operatori sanitari (medico di medicina generale, personale sanitario dedicato alla gestione della fase acuta o di quella riabilitativa) via via coinvolti nelle varie fasi del percorso diagnostico-terapeutico del paziente. Rimane da verificare sul campo la loro efficacia, efficienza e l'impatto economico sul percorso di cura del paziente con ictus cerebrale.

Il progetto STAGE, progetto finalizzato del Ministero della Salute 2003, si pone come *end-point* primario la diffusione, implementazione e validazione delle Linee Guida Italiane SPREAD 2003 per l'ictus presso Centri Italiani di eccellenza per il trattamento dell'ictus sia nella sua fase acuta che in quella riabilitativa. Allo stato attuale vede il coinvolgimento di 16 *Stroke Unit* distribuite su tutto il territorio nazionale e di 4 Divisioni di Neuroriabilitazione. Si avvale, inoltre, del supporto metodologico del gruppo PROSIT e supporto informatico del Dipartimento di Informatica e Sistemistica della Facoltà di Ingegneria dell'Università di Pavia.

Il carattere nazionale del progetto ha reso necessario lo sviluppo di un'infrastruttura informatica non solo adeguata agli obiettivi ma anche ampiamente condivisa dai Centri partecipanti dovendo essere utilizzata nella pratica clinica quotidiana. Sono stati quindi realizzati degli incontri plenari per la revisione e condivisione non solo dei contenuti della cartella clinica computerizzata ma anche della struttura ed interfaccia della stessa. Questo ha portato alla realizzazione di uno strumento, la cartella clinica computerizzata SPREAD, ampiamente condiviso dai Centri partecipanti.

Dal gennaio 2005 è iniziato il reclutamento dei casi. Questo consentirà non solo la validazione delle Linee Guida SPREAD, ma anche quella della cartella clinica computerizzata SPREAD che quindi potrebbe proporsi come infrastruttura informatica per la banca dati italiana per l'ictus. A tale proposito va ricordata l'esperienza canadese relativamente al *Registry of Canadian Stroke Network* iniziato alla fine degli anni '90 e che attualmente rappresenta il più grosso registro prospettico per l'ictus sino ad ora realizzato. I suoi obiettivi primari sono la definizione delle caratteristiche (in termini di età, sesso, servità clinica, comorbidità, fattori di rischio) dei pazienti con stroke o TIA, il censimento del percorso di cura con particolare attenzione all'individuazione di indicatori di qualità delle strutture, la quantificazione dell'outcome a lungo termine nei diversi sottotipi di stroke e l'identificazioni dei fattori prognostici positivi di esito. I dati sino ad oggi raccolti, relativi a circa 10-000 soggetti, hanno consentito non solo il monitoraggio della realtà assistenziale esistente nelle diverse zone del paese ma anche l'identificazioni di eventuali criticità e la loro correzione.

L'esperienza del progetto STAGE potrebbe rappresentare anche per il nostro Paese il primo passo verso la realizzazione di una banca dati italiana per l'ictus.

3.2 Valutazione dell'appropriatezza dei servizi offerti in Pronto Soccorso per gli accessi di pazienti con TIA nella Regione Lazio

Obiettivo della Ricerca

Definire e validare un indicatore di appropriatezza per le prestazioni effettuate in PS per pazienti con diagnosi di TIA.

Descrivere le attività degli istituti di riferimento in base all'indicatore identificato.

Materiali e metodi

Lo studio utilizza tre basi di dati: l'archivio SIES che raccoglie dati sugli accessi in emergenza della Regione Lazio, l'archivio SIO è il sistema informativo ospedaliero. Per l'identificazione delle prestazioni effettuate è stato utilizzato un archivio aggiuntivo che raccoglie routinariamente informazioni su tutte le prestazioni svolte in emergenza. Lo studio ha utilizzato i dati del 2002.

Sono stati identificati tutti gli accessi di pazienti ricoverati con diagnosi di TIA nell'esito di pronto soccorso, confermata nella scheda di dimissione ospedaliera.

Le principali prestazioni appropriate da effettuare in PS in caso di TIA sono contenute nelle Linee Guida di riferimento (SPREAD).

Sulla base di tali prestazioni, è stato successivamente costruito un indicatore sintetico per misurare l'appropriatezza dell'intervento offerto nelle specifiche strutture. La misura dell'indicatore varia da 0-100 ed è suddiviso in 7 livelli.

La validazione è stata effettuata analizzando le prestazioni erogate per accessi "inappropriati" per ricercare eventuali miscodifiche da parte delle strutture.

Risultati

L'indicatore include come prestazioni appropriate per i pazienti giunti in PS con TIA la Tomografia assiale computerizzata, esami ematochimici, e la visita generale. Tutti i 61 istituti dotati di una struttura di emergenza presenti nel Lazio sono stati analizzati attraverso l'indicatore identificato.

Sul totale dei 2.130 accessi analizzati, sono risultati appropriati 1.137 (54,3%). Il punteggio medio fra tutti gli istituti è 47,9 con un valore minimo di 0 per 4 istituti (25 accessi) ed un valore massimo di 96,9 per un istituto (96 accessi).

Conclusioni

Il punteggio relativo all'indicatore di appropriatezza si distribuisce in maniera eterogenea fra i diversi istituti suggerendo la variabilità dell'offerta. I risultati appaiono insoddisfacenti poiché mediamente un accesso su due appare gestito impropriamente. È necessario indagare analiticamente i fattori che possono influenzare il risultato (la tipologia di struttura, il volume degli accessi, gli strumenti diagnostici). Lo studio evidenzia la possibile necessità di standardizzare le procedure diagnostiche per TIA.

3.3 La gestione dell'emorragia cerebrale in Medicina Interna: confronto con le principali raccomandazioni SPREAD

Dal 1° marzo 2003 al 31 maggio 2003, nell'ambito dello studio SETI (Studio Epidemiologico Toscano Ictus della FADOI Toscana) in 30 U.U.O.O. di Medicina Interna della Regione Toscana, sono stati osservati consecutivamente ed in modo prospettico 97 casi di emorragia intraparenchimale cerebrale (44 M, 53 F; età media 76,1 anni) che rappresentavano il 12,2% di tutti i casi di ictus ricoverati.

I casi di emorragia cerebrale sono stati ricoverati mediamente in tempi più precoci di quelli con infarto cerebrale: l'82,5% dei casi è giunto entro 6 ore dall'esordio dei sintomi (la metà entro 3 ore), il 91,7% entro 24 ore. Una TC o RMN dell'encefalo è stata effettuata entro 6 ore dall'esordio dei sintomi nel 70,1% dei casi (entro 24 ore nell'85,6%).

I casi di emorragia cerebrale avevano una maggior gravità clinica all'ingresso ed una prognosi quoad vitam peggiore rispetto agli infarti: il 44,3% aveva una GCS inferiore a 15 al momento del ricovero; il 26,8 % era in coma (GCS <8) ed il 40,2% è deceduto.

Di Gioacchino G, Lacalamita M, De Luca Assunta, Gabriele S, Ferri M, Guasticchi G
Valutazione dell'appropriatezza dei servizi offerti in Pronto Soccorso per gli accessi di pazienti con TIA nella Regione Lazio; Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio
Lavoro presentato nella sessione "Percorsi assistenziali e terapia acuta"

Spolveri S, Baruffi MC, Cappelletti C, Laureano R
U.O. Medicina N.O. S.Giovanni di Dio, Firenze; U.O. Medicina Ospedale di Pescia (PT)
Lavoro presentato come poster

Per quanto riguarda i provvedimenti di prevenzione delle complicanze adottate durante la degenza la mobilizzazione con verticalizzazione entro 48 ore ha riguardato il 23,7% dei casi; la valutazione della disfagia è stata effettuata nel 42,3% dei casi; l'alimentazione enterale è stata praticata con SNG nel 22,7% dei pazienti; il monitoraggio della PA (con rilevazione almeno di più misure al giorno) nel 52,6% dei casi; il controllo dell'ipertermia farmacologico con paracetamolo o con mezzi fisici nel 14,4% dei casi. La profilassi della TVP con calze anti-trombo agli arti inferiori è stata effettuata nel 24,7%. Materassi antidecubito sono stati utilizzati dal 34% dei pazienti. Infine il 54,6% dei pazienti non ha mai effettuato riabilitazione durante la degenza. In conclusione, i dati raccolti evidenziano che nei casi di ictus emorragico il sistema di emergenza territoriale è efficiente e tempestivo, data anche la rapidità di insorgenza dei sintomi e la relativa maggior gravità neurologica rispetto agli infarti cerebrali; la diagnostica per immagini è stata effettuata in un'alta percentuale dei casi entro 6 ore dall'insorgenza dei sintomi. Non è invece sufficiente durante la degenza l'attenzione rivolta alla prevenzione delle complicanze ed è grave la carenza di sedute di riabilitazione. È auspicabile che siano effettuati corsi di aggiornamento al fine di aumentare la conoscenza e l'applicazione delle linee guida.

3.3 Management medico ed infermieristico dell'ictus: risultati dei corsi aziendali ECM per l'implementazione dello SPREAD 2003

Banna P, Borzi V, Pignataro P, Spitaleri N, Raineri R, Grasso M, Gambera A, Russo C
U.O. I Medicina; Scuola per la Gestione dei Servizi Sanitari ed Ospedalieri. Azienda Ospedaliera-Universitaria Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S.Bambino - Catania
Lavoro presentato come poster

Introduzione

Nella nostra Azienda non vi sono Stroke Unit ed i pazienti con Ictus vengono ricoverati nelle UU.OO. di Medicina Interna e d'Urgenza.

Scopo del lavoro

Implementare le raccomandazioni dello SPREAD 2003 a medici ed infermieri dell'Azienda mediante corsi di aggiornamento ECM.

Metodi

Nella nostra Azienda (provider per l'ECM anche per la formazione a distanza) sono stati effettuati:

1. un corso in 4 edizioni per il management infermieristico dell'ictus per 109 infermieri professionali dell'area medica;
2. un corso in 2 edizioni per 25 medici dei Dipartimenti di Medicina ed Emergenza.

In ogni edizione, della durata di 8 ore, con docenti specialisti anche esterni all'Azienda, sono state implementate le fasi ospedalizzazione, monitoraggio, complicanze e riabilitazione del malato con ictus (Capitoli dal 6° al 15° dello SPREAD 2003). Sono stati effettuati: un test iniziale ed uno finale di verifica (15 domande per gli infermieri e 25 per i medici) con risposte multiple, un questionario anonimo di gradimento finale. L'80% delle risposte esatte ai questionari, riguardanti le principali raccomandazioni di grado A, B, C dello SPREAD, ha permesso di acquisire 7 crediti ECM agli infermieri e 6 ai medici.

Risultati

Corso infermieri

Nel test iniziale la media delle risposte esatte era di $7,1 \pm 2,1$ (47,3%; range 5-14); il 2,7% ha risposto correttamente all'80% delle domande. Dopo il corso la media delle risposte è stata di $13,3 \pm 1,5$ (88,7%, $p < 0,01$; range 8-15). Non hanno superato il test il 9,1% degli infermieri mentre il 22% ha dato tutte le risposte corrette.

Corso medici

Nel test iniziale la media delle risposte era di $16,9 \pm 2,2$ (67,8%; range 11-23); il 20% ha risposto correttamente all'80% delle domande. Dopo il corso la media delle risposte è stata di $21,3 \pm 1,0$ (85,3%, $p < 0,05$ range 19-25). Non hanno risposto a 20 domande l'8% dei medici mentre il 4% ha dato tutte le risposte esatte.

Riguardo le schede anonime di gradimento l'82,6% degli infermieri e l'84% dei medici hanno ritenuto rilevanti o molto rilevanti i corsi; la qualità è stata ritenuta buona o eccellente per il 91,7% degli infermieri e per l'88% dei medici; l'efficacia è stata rilevante o molto rilevante per l'84,3% degli infermieri e per l'84% dei medici. Riteniamo che i corsi ECM sull'ictus possano contribuire alla implementazione dello SPREAD ed essere utili specialmente nelle Aziende ancora prive di *Stroke Unit*.

4 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2004, FIRENZE, 7-9 MARZO

4.1 Profilassi dell'ictus cardio-embolico nella fibrillazione atriale: studio osservazionale nella popolazione domiciliare

Obiettivo della ricerca

La fibrillazione atriale (FA) è l'aritmia cronica più frequente nella popolazione generale con una prevalenza superiore al 7% nella popolazione ospedalizzata. La FA cronica è la causa più frequente di ictus cardio-embolico. Abbiamo voluto valutare la reale applicazione delle linee guida SPREAD per quanto riguarda la profilassi dell'ictus nei pazienti fibrillanti cronici trattati a domicilio.

Materiali e metodi

1-040 pazienti consecutivi (563 donne, 477 uomini; età media 69,5 anni) ricoverati presso la nostra Divisione di Medicina Interna nel periodo marzo-dicembre 2003 e provenienti dal domicilio, sono stati studiati in base alla storia clinica, all'esame obiettivo e all'ECG. Abbiamo valutato la terapia domiciliare precedente il ricovero, confrontandola con le indicazioni SPREAD 2003 per quanto riguarda la prevenzione dell'ictus cardio-embolico nei pazienti fibrillanti.

Risultati

Su 1-040 pazienti considerati, 98 sono risultati in FA (9,42%), di cui 76 (41 donne, 35 uomini) con FA cronica e 22 con FA di primo riscontro (questi ultimi esclusi dalla valutazione).

Nei 76 pazienti considerati, la profilassi antitrombotica domiciliare era la seguente: terapia anticoagulante orale 23 pazienti (30,26%), acido acetilsalicilico 24 (31,57%), altri antiaggreganti 3 (3,94%), nessun trattamento 26 (34,21%). Confrontando il trattamento assunto da ciascun paziente con quanto indicato dalle linee guida risultava che in 28 pazienti (36,84%) la profilassi risultava adeguata e in 48 pazienti (63,15%) la profilassi risultava non adeguata. Fra questi ultimi, in 5 casi abbiamo rilevato controindicazioni assolute al trattamento antitrombotico adeguato (in 2 casi emorragia digestiva recente, in 2 casi grave demenza senile, in 1 caso piastrinopenia in epatopatico).

Conclusioni

La profilassi dell'ictus cardio-embolico non è ancora attuata in modo ottimale verosimilmente per la difficoltà nel gestire la terapia antitrombotica a domicilio, in particolare la terapia anticoagulante orale che necessita di stretto controllo di laboratorio, e per una eccessiva diffidenza da parte di molti medici nella somministrazione domiciliare di terapie che comportano potenziali rischi emorragici. Una più ampia diffusione delle linee guida SPREAD potrebbe contribuire ad assicurare anche sul territorio una più adeguata prevenzione primaria dell'ictus cardio-embolico.

5 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2003, FIRENZE, 2-4 MARZO

5.1 Gestione del Paziente con Ictus Cerebrale in una U.O. di Medicina Interna

Nella nostra Azienda Ospedaliera i pazienti affetti da ictus cerebrale vengono ricoverati presso UU.OO. di Medicina Interna, non essendovi U.O. di Neurologia o *stroke units*.

Obiettivi

Abbiamo valutato: la tipologia dell'ictus, il deficit neurologico, la durata della degenza, le patologie associate, l'osservanza della U.O. allo SPREAD, la mortalità.

Pazienti e Metodi

Sono stati valutati 107 pazienti consecutivi ricoverati per ictus (gennaio2001-maggio2002) e classificati in: TACS, PACS, POCS, LACS. Scale neurologiche applicate:NIHSS, SSS, Rankin, Glasgow. Patologie associate ricercate:diabete, ipertensione, cardiopatie emboligene, dislipidemie, stenosi carotidee, IRC,T IA. Il personale infermieristico è stato istruito su:decubito dei pazienti, test di deglutizione, catetere vescicale.

Cattaneo R, Ciampani T, Zanotta D, Provisone M, Castiglioni GL, Caprioli S

U.O. Medicina II, Ospedale di Circolo di Busto Arsizio (VA), Italia.

Lavoro presentato come poster

Banna P, Sgroi C, Timpanaro J, Cacciola E, Campione A, Ogliaro E, Pagliazzo Bonanno A, Pignataro P, Russo I, Borzi V I Divisione di Medicina, Azienda Osped. Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino - Catania
Lavoro presentato come poster

Risultati

Dei 107 pazienti (59 uomini di età 69,7±10,8 anni e 48 donne di età 74,4±11,4 anni), 91 erano ictus ischemici (85%), 12 tromboembolici e 79 atero-trombotici, mentre 16 erano ictus emorragici (15%). TACS: 12,1%; PACS: 31,8%; POCS: 9,3%; LACS: 44,5%; ESA: 1,9%.

Scale neurologiche (implementate su 27 pazienti)

| scala | primo giorno | settimo giorno | P |
|--------|--------------|----------------|-------|
| NHSS | 15,7±8,1 | 11,9±6,1 | <0,05 |
| SSS | 26,9±10,3 | 30,6±7,2 | <0,05 |
| Rankin | 4,1±1,2 | 3,4±1,0 | |
| GCS | 8,7±2 | 11,2±3 | |

La degenza media è stata di 11,3±5,3 giorni (1-33). Complicanze: broncopulmonari 4,7%; urinarie 11,2%; cutanee 4,7%. Una patologia associata all'ictus presente nel 23,4%, due nel 37,4%, tre nel 20,6% (patologie frequenti: ipertensione arteriosa 43,2%, diabete 28,1%). Mortalità intraospedaliera: 13 pazienti (12,1%), a tre mesi 14,7%, a sei mesi 15,6%. Raccomandazioni SPREAD: TC encefalo 93,5%; TC controllo 72%, eco-Doppler TSA 56%, terapia in acuto con ASA 86,8% (ischemici), eparina e steroidi non usati nel 100% dei casi. Terapia in dimissione con ASA, ticlopidina, dipiridamolo: 88,6%; statine: 87,1%.

Conclusioni

Il riscontro di più patologie nei pazienti con ictus indica la possibile associazione delle stesse come causa di questo evento vascolare. L'osservazione delle raccomandazioni SPREAD con razionalizzazione delle risorse medico-infermieristiche, consente una migliore gestione del paziente con ictus cerebrale in una U.O. di Medicina Interna. Sono tuttavia possibili ulteriori miglioramenti futuri sia diagnostici che organizzativi.

5.2 Progetto ARPIMG (Applicabilità delle Raccomandazioni di Prevenzione secondaria dell'Ictus in Medicina Generale). Aspetti organizzativi e criteri del progetto riferito all'area della USL7 di Siena

Gruppo Riferimento Progetto:

- 1 MMG indicato dalla Scuola Toscana Formazione in M.G.
- 1 referente della Azienda Sponsor
- 1 esperto sull'ictus
- 1 referente ASL7 esperto in epidemiologia indicato dalla Dir. Aziendale

- compiti: i. disegna lo studio pilota
- ii. organizza la riunione di presentazione del Progetto e la riunione di presentazione finale dei dati dello studio;
- iii. coordina i medici sperimentatori: numero congruo stabilito sulla base di criteri epidemiologici;
- iv. attua i corsi di formazione necessari per l'intervento educativo
- v. elabora gli indicatori per il monitoraggio del progetto;
- vi. verifica l'avanzamento del progetto ogni 3 mesi;
- vii. cura la presentazione del Progetto al Congresso annuale STROKE Forum 2003;
- viii. cura la creazione di un Sito Internet di riferimento per pubblicizzare il progetto
- ix. stabilisce i criteri per il trattamento informatico dei dati e l'elaborazione statistica
- x. cura la pubblicazione dei dati

Caratteristiche del MMG che partecipa al progetto:

- a. Numero di assistiti sufficiente a garantire il numero di osservazioni minime richieste dal disegno dello studio
- b. Dotazione di PC per la raccolta dati e collegamento Internet (facoltativo)

Valutazione epidemiologica ed elaborazione statistica

- a. Elaborazione del data-base, trattamento dei dati informatici ed elaborazione statistica a cura dell'Azienda ASL7
- b. I dati dello studio saranno accessibili a soggetti diversi dalla Scuola a discrezione del Gruppo di Riferimento del Progetto.

Incentivi e motivazioni professionali per i MMG che partecipano al progetto

- a. Partecipazione ad un progetto pilota nazionale

Battistini N
Clinica Neurologica, Università di
Siena
Lavoro presentato nel contesto
del programma ufficiale

- b. Acquisizione di crediti ECM o comunque di ore di formazione obbligatoria riconosciute
- c. Punteggio e titolo di merito riconosciuto nel curriculum da presentare per accedere al registro di USL degli sperimentatori
- d. Citazione del nome del medico in ogni pubblicazione inerente lo studio ARPIMG

Fasi di realizzazione del progetto

Prima Fase

- a. Entro 31.12.2002: Costituzione Gruppo di Riferimento
- b. Entro febbraio 2003
 - i. Presentazione del Progetto
 - ii. Raccolta adesioni dei medici al Progetto
- c. Entro 15 marzo 2003
 - i. Raccolta pre-implementazione L.G. di almeno 5 schede per medico relative ai pazienti colpiti da ictus o TIA negli ultimi 12 mesi appartenenti alla popolazione degli assistiti

Seconda Fase

- d. Aprile 2003 Corsi formazione per implementazione L.G. SPREAD
- e. Entro 15 ottobre 2003 Raccolta post-implementazione L.G. di almeno 5 schede per medico relative ai pazienti colpiti da ictus o TIA negli ultimi 12 mesi appartenenti alla popolazione degli assistiti

Terza Fase

- f. Entro 31.12.2003 Raccolta dati complessiva ed elaborazione statistica
- g. Presentazione dei dati finali (STROKE2004)

Dati da raccogliere

| | |
|------------------------------|---|
| Demografia | <p> sesso, età, abitudine a l fumo, tipologia della patologia cerebrale, data dell'ultimo episodio, specifica se primo episodio o recidiva, patologie associate (ipertensione, diabete, ipercolesterolemia, ipertrigliceridemia, fibrillazione atriale, cardiopatia ischemica in forma di angina/infarto, insufficienza cardiaca, cardiomiopatia dilatativa)</p> |
| Terapia farmacologia in atto | <p> prescrittore (dimissione ospedaliera, specialista, MMG) antitrombotici (ASA con dosaggio, ticlopidina specificando se successiva ad ASA e dosaggio, indobufene, dipiridamolo, anti-coagulanti orali, eparine a basso peso molecolare, altro) ipolipemizzanti (dieta, statine, fibrati) anti-ipertensivi (diuretici, calcio-antagonisti, beta.bloccanti, ACE-inibitori, Angio-II antagonisti, alfa-bloccanti) anti-diabetici (dieta, ipoglicemizzanti orali, insulina) altre terapie (digitale, antiaritmici, neuroprotettori/farmaci neuroattivi, emoreologici/farmaci vasoattivi, acidi grassi omega-3, altre terapie).</p> |

Corso di formazione: Linee guida sull'ictus applicate alla pratica clinica: confronto di esperienze tra ospedale e territorio

Il Corso si propone di fornire ai medici che partecipano una conoscenza approfondita delle linee guida SPREAD sulla prevenzione secondaria dell'ictus ed un indirizzo sulla gestione complessiva del paziente colpito da ictus, che determini una modificazione dell'atteggiamento terapeutico ed assistenziale del medico attraverso l'implementazione delle linee guida ed una maggiore comunicazione tra le varie figure professionali che operano in settori diversi (ospedale e cure primarie).

5.3 Stroke Unit di Cagliari: Sintesi del primo anno di attività

La *Stroke Unit* di Cagliari è una struttura semintensiva con 12 posti letto, 4 dei quali dotati di strumentazione per il monitoraggio non invasivo delle funzioni vitali (elettrocardiogramma, attività respiratoria, stato d'ossigenazione, temperatura e pressione arteriosa). Il reparto è inserito nel Dipartimento di Neuropatologia dell'Azienda Ospedaliera "G.Brotzu", operano 4 medici, sono attivate le guardie interdivisionali con la Divisione Neurologia per i turni notturni e festivi. L'assistenza viene assicurata da un infermiere ogni 4 pazienti nelle ore diurne, uno ogni 6 pazienti nelle notturne. Il trattamento fisioterapico viene iniziato entro le prime 24 ore. Tutti i pazienti sono sottoposti all'ingresso ad esami ematochimici, TC cranio, ECG. All'interno della struttura è operativa una sezione di diagnosi ultrasonografica (ecocolor-

Melis M, Boero E, Pinna L, Senes A
 Stroke Unit, Dipartimento di Neuropatologia, Azienda Ospedaliera "G. Brotzu". Cagliari
 Lavoro presentato come poster

Doppler tronchi sovraortici e Doppler transcranico), con la collaborazione di un tecnico di neurofisiopatologia. Gli approfondimenti diagnostici e le scelte terapeutiche vengono attuati secondo protocolli basati su linee guida derivate fondamentalmente da SPREAD. Il personale è dedicato, sono previste due riunioni multidisciplinari al mese. Dopo circa sei mesi di sperimentazione è attualmente a regime un sistema di controllo della spesa farmaceutica (terapie personalizzate e dose unitaria).

Nel primo anno di attività sono stati ricoverati 555 pazienti, 296 uomini e 259 donne, l'età media è stata di 70,9 anni. La degenza media è stata di 6 giorni. La Rankin Scale è stata all'ingresso di 3,2 (mediana 4). Gli ictus di tipo ischemico sono stati il 53%, le emorragie il 13%, i TIA il 24%. Tra i 297 pazienti affetti da patologia ischemica, il 59% presentava un'ipertensione arteriosa, il 20,8% un diabete mellito, il 20,5% una fibrillazione atriale. L'accesso in reparto dei pazienti affetti da patologia ischemica è stato nel 42% entro le tre ore, nel 14% tra le tre e le sei ore. La mortalità totale è stata durante la degenza del 5,4%. All'atto della dimissione o del trasferimento verso struttura riabilitativa, il paziente viene nuovamente valutato dallo specialista fisiatra che imposta un piano riabilitativo. La prescrizione di eventuali ausili è ritenuta valida dalle ASL del territorio. L'analisi dei 5 mesi seguenti il primo anno di attività mostra una riduzione del numero dei pazienti ricoverati con ischemia cerebrale transitoria, ed un lieve aumento della degenza media. E' in corso il follow-up dopo dimissione.

5.4 Rete Ospedaliera dell'Azienda U.S.L. di Modena: Iniziative Multidisciplinari per Rendere Omogenea la Cura dell'Ictus

L'evidenza derivata dalla metanalisi dei dati della letteratura sui vari livelli assistenziali per l'ictus dimostra una mortalità, disabilità e tempi di istituzionalizzazione inferiori in strutture dedicate coordinate da un *team* multidisciplinare aggiornato. Nel territorio dell'Azienda Sanitaria Modenese sono presenti 8 stabilimenti ospedalieri nei quali sono attivi 7 Pronto Soccorso, 3 Astanterie, 9 Medicine Interne, 2 Geriatriche e una Neurologia ove è prossima l'attivazione di una *Stroke Unit* con 6 letti. Nel 2001 in Provincia di Modena sono stati ricoverati 3580 ictus nelle due diverse Aziende Sanitarie presenti: 2243 presso i diversi Ospedali dell'Azienda U.S.L. e i rimanenti 1337 presso l'Azienda Policlinico.

Per omogeneizzare l'assistenza all'ictus all'interno della stessa Azienda Sanitaria, nel 1998 è stato chiesto all'Unità Operativa di Neurologia di istituire un gruppo di lavoro nell'Ospedale di Carpi per la stesura di linee guida locali per l'ictus. Dopo la pubblicazione delle Linee Guida Nazionali SPREAD 1999 si è proseguito il lavoro interdipartimentale con specialisti interessati alla cura dell'ictus operanti nei diversi ospedali aziendali, con l'obiettivo di analizzare l'esistente ed adeguarlo in modo da rendere possibile un percorso omogeneo in ambito provinciale. Si è individuato un referente per ogni ospedale che, a sua volta, ha coinvolto i principali interessati all'interno della propria realtà. Allo scopo di valutare l'applicazione delle linee guida all'interno degli stabilimenti ospedalieri sono stati messi a punto proposte di indicatori con i quali possono essere valutati campioni di cartelle dei diversi ospedali.

La presenza di Linee Guida locali o la programmazione di una *Stroke Unit* non garantiscono un livello d'assistenza soddisfacente per il malato affetto da ictus, considerato anche che, almeno nella realtà emiliano-romagnola, i pazienti con ictus vengono ricoverati in larga parte nei reparti di Medicina. L'implementazione delle linee guida è già compito difficile all'interno di un reparto e ancor più in una organizzazione ospedaliera "a rete"; le difficoltà nel rendere noti e comprensibili i percorsi all'interno di 8 diversi ospedali della stessa Azienda Sanitaria rendono necessari ulteriori fasi di lavoro.

Pentore R, Santangelo M,
Baratti M, Greco G
Unità Operativa Neurologia;
Stabilimento Ospedaliero di Carpi
A.U.S.L. Modena, Italia
Lavoro presentato come poster

5.5 La Riabilitazione Nutrizionale in un Progetto di Implementazione di Linee Guida sull'Ictus in una Azienda Ospedaliera

Introduzione

Il medico dietologo e la dietista sono i responsabili del percorso di riabilitazione nutrizionale in un progetto di implementazione di Linee Guida (LG) sull'ictus ischemico all'interno di un'Azienda Ospedaliera. Il progetto, inserito nel Programma del Ministero della Salute "Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per l'implementazione di linee-guida nel SSN, TRiPSS II", coordinato dal CeVEAS di Modena, ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza dei pazienti con ictus ischemico, mediante promozione e implementazione di interventi di documentata efficacia.

Materiali e Metodi

È stato costituito un gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale con il compito di adattare alla realtà locale le LG nazionali (SPREAD) e internazionali (SIGN-RCP) selezionate. Sono stati previsti specifici interventi di implementazione e di monitoraggio della applicazione.

Risultati

Il ruolo della nutrizione clinica è risultato di primo piano in particolare nell'elaborazione di un percorso diagnostico-terapeutico mirato alla disfagia ed alla malnutrizione, mediante test rapido per la disfagia (mezzo bicchiere d'acqua a paziente seduto ed allineato) e mediante valutazione dello stato nutrizionale con il calcolo del Nutritional Risk Score (NRS: *Birmingham Heartlands Hospital*). L'intervento nutrizionale mirato è stato previsto nei confronti di pazienti con NRS >3. La nutrizione enterale può essere eseguita attraverso SNG, PEG, PEJ; eventualmente proseguendo a domicilio secondo la normativa vigente in Regione. Sono stati inoltre individuati i criteri per la Nutrizione Parenterale e per la N.E., permanente, attraverso PEG. Nella fase di implementazione è stato effettuato, per tutto il personale infermieristico e dietistico, un corso specifico di formazione sul miglioramento delle prestazioni assistenziali al paziente disfagico e la valutazione del NRS è stata inserita nell'opuscolo delle linee guida diffuso a tutto il personale ospedaliero. Dal progetto è nato un team multidisciplinare formalizzato per l'ictus che interviene sul paziente ricoverato nelle strutture dedicate, "Stroke Unit", rendendo operativa la collaborazione tra le varie figure professionali coinvolte. Per la valutazione degli introiti per os del paziente è stata elaborata una "scheda" appropriata di facile utilizzo anche da parte del personale del reparto di neurologia.

5.6 Profilo di Assistenza Integrata al Paziente con Ictus: Punti di Forza e Criticità (Risultati di Due Anni)

Obiettivo

Definire un profilo di assistenza del paziente con ictus applicabile alle varie fasi: prevenzione, fase acuta extra-intraospedaliera, riabilitazione, dimissione

Materiali e metodi

Attraverso la formazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare sono state elaborate delle procedure standard, basate su linee guida nazionali, riguardanti alcuni aspetti della prevenzione, della gestione del paziente con ictus, nella fase pre- ed intra-ospedaliera, dei programmi di riabilitazione e dimissione. Sono stati individuati degli indicatori di percorso per la revisione del processo ed indicatori di outcome.

Risultati

Dopo 2 anni di applicazione del profilo si è registrata una bassa adesione dei medici di medicina generale (MMG) (10%) con discreto incremento della appropriatezza degli esami eco-Doppler. C'è stata una alta percentuale di applicazione dei protocolli in pronto soccorso (90%) con arrivo precoce (<6 h) di circa il 70% dei pazienti. Permane un tempo di permanenza in pronto soccorso ancora lungo (media 105 min). I punti di forza della fase intraospedaliera sono stati la organizzazione di aree dedicate (*stroke unit*-riabilitazione intensiva), di uno *stroke team*, di riunioni settimanali, la appropriatezza di degenza riabilitativa intensiva con programmazione e continuità della assistenza riabilitativa. È migliorata la selezione per obiettivi dei pazienti inviati in RSA, con applicazione di linee guida interne e riduzione delle complicanze e giorni di degenza.

Vassallo D, Rovera L, Roma M, Rossino C, Canaletti F, Familiari M, Coata P, Cammarata P, Granato A, Labate C, per il Gruppo TRiPSS II
UONA Dietetica e Nutrizione Clinica; UOA Neurologia.
Ospedale Mauriziano "Umberto I" Torino
lavoro presentato come poster

Sconocchini C, Giaccaglioni E, Baroni M, Paoloni L, Trivella P, Racco F
U.O. Neurologia, U.O.
Neuroriabilitazione Ospedale Civile ASL n° 5 Jesi (AN)
lavoro presentato nella sessione "Assistenza e Riabilitazione"

Le criticità riguardano la difficoltà di applicazione del profilo in aree non dedicate, l'interfaccia con strutture sociali territoriali e il coinvolgimento dei MMG dopo la dimissione. Sono entrati nel profilo assistenziale 395 pazienti.

Conclusioni

L'applicazione del profilo assistenziale ha mostrato un ridotto coinvolgimento dei MMG, una buona efficienza nella applicazione delle procedure concordate con difficoltà di applicazione in reparti non dedicati. Buoni indicatori di processo ed outcome.

6 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2002, FIRENZE, 25-26 FEBBRAIO

6.1 Il "Progetto Ictus" nell'Azienda Ospedali Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S Bambino di Catania

Banna P, Borzi V, Di Fazio S, Giustolisi V, Condorelli B, per il gruppo di studio sull'ictus cerebrale

Azienda Ospedali Vittorio Emanuele, Ferrarotto, S. Bambino- Catania

Lavoro presentato come poster

Nella nostra Azienda i pazienti con Ictus o TIA vengono ricoverati nelle 6 Unità Operative di Medicina Interna od in Medicina d'Urgenza, non essendovi U.O. di Neurologia o "Stroke Unit". Nel 1999 si è istituito un gruppo di studio sull'ictus, il quale ha elaborato un progetto per razionalizzare e migliorare la gestione dei pazienti con ictus o TIA. È iniziata anche una collaborazione di studio con la sezione delle malattie cerebrovascolari del dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Catania.

Metodi

Sono state diffuse le raccomandazioni delle Linee Guida italiane sull'ictus (SPREAD) mediante seminari di aggiornamento per medici ed infermieri e realizzate Linee guida adeguate alle risorse aziendali su: diagnosi, terapia e gestione e prevenzione secondaria del paziente con ictus o TIA; linee guida per il personale infermieristico. Sono stati prodotti diagrammi di flusso su: 1) Diagnosi di ictus, gestione e supporto in emergenza; 2) Controllo e gestione della pressione arteriosa, glicemia, nutrizione e profilassi dell'edema cerebrale; 3) Algoritmi di terapia antiaggregante ed anticoagulante. È stato elaborato un programma comune di archiviazione dati (Ictus data base) e sono stati facilitate le dimissioni dei pazienti verso le strutture attrezzate per la neuroriabilitazione (ASL3 di Catania).

Risultati

Sono riportati i dati preliminari sull'applicazione delle raccomandazioni dello SPREAD in alcune U.O. nel 2001.

| Raccomandazioni | applicazione |
|--|-----------------|
| 5.10 grado A (indicazione TAC in fase acuta.) | 90,6% dei casi; |
| 5.11 grado C (ripetizione TAC) | 71,6% |
| 5.18 grado A (Ecodoppler TSA) | 46,9% |
| 5.8 grado C (ecocardiogramma transtoracico) | 66,7% |
| 8.6 grado A (terapia con ASA) | 85,4% |
| 8.7 e 8.9 grado A (non indicazione ad eparina, steroidi) | 100% |
| 9.1-2-3 grado A (terapia con ASA, dipiridamolo+ASA, ticlopidina) | 86,6% |
| 9.5 grado C (uso di statine in ipercolesterolemici) | 85,0% |

Conclusioni

Si ritiene complessivamente una buona osservazione delle raccomandazioni contenute nello SPREAD, con notevole miglioramento della gestione dei pazienti con ictus rispetto al passato. Sono auspicabili ulteriori miglioramenti, specialmente nella valutazione dell'outcome dei pazienti.

6.2 Risultati preliminari su di un progetto di utilizzo appropriato dell'eco-Doppler dei tronchi sovraortici

Berchio A, Valenzano C
DEA Osservazione Medicina. ASO
San Giovanni Battista - Torino
lavoro presentato come poster

La letteratura medica segnala che circa il 25% degli eco-Doppler dei tronchi sovraortici (TSA) risulta privo di una reale indicazione clinica.

Materiali e metodi

Alla fine del 2000 si è costituito un gruppo di lavoro tra i medici del DEA Osservazione e medici di famiglia (Mdf) allo scopo di formulare modalità condivise per l'accesso all'ecodoppler TSA. Tenendo conto delle raccomandazioni AMNCO, SPREAD, GIUV si è deciso di

suddividere le richieste in 4 gruppi a priorità decrescente. Poiché alcune delle raccomandazioni presenti nelle linee guida erano di grado C, l'esame è stato comunque eseguito anche per coloro nei quali l'indicazione appariva discutibile. Contemporaneamente all'attività concordata con il gruppo dei MdF, sono stati eseguiti gli esami dei pz che afferivano all'ambulatorio dal centro prenotazioni. A distanza di un anno sono stati confrontati:

- a. tempo medio di attesa del gruppo che accedeva con modalità concordata in rapporto al tempo medio di attesa del gruppo che utilizzava i normali canali amministrativi di prenotazione;
- b. numero degli esami appropriati nei 2 gruppi;
- c. numero di esami inappropriati nei 2 gruppi.

Risultati

Il tempo medio di attesa nei 2 gruppi non è risultato significativamente diverso (7 giorni nel gruppo con accesso concordato rispetto ai 12 giorni nel gruppo proveniente dal centro prenotazioni). Si è osservata una netta riduzione degli esami inappropriati (3% nel gruppo concordato contro il 35% nel gruppo di controllo).

Discussione

Nel piccolo gruppo campione preso in esame l'introduzione di modalità concordate tra MdF e medico erogatore per l'esecuzione di un eco-Doppler TSA, da un lato non ha ridotto di molto il tempo d'attesa, dall'altro ha permesso di:

1. graduare il tempo di attesa dell'esame in funzione della necessità clinica su criteri validati dalla letteratura medica
2. ridurre in notevole misura il numero di esami inappropriati.

Poiché il nostro tempo medio di attesa per l'eco-Doppler TSA non era elevato, l'aver raggiunto i due suddetti obiettivi ha permesso di migliorare la qualità del nostro servizio.

Uno dei problemi del nostro SSN è rappresentato dalla lievitazione dei costi. L'uso appropriato della metodica favorito da una maggiore diffusione dei suoi vantaggi e limiti si traduce non solo in un risparmio economico ma anche in una riduzione dei costi umani.

6.3 Prophylaxis of thromboembolism in patients with diagnosis of stroke or TIA and atrial fibrillation in general practice

Aims of the study

To verify how extensively Italian general practitioners prescribe the prophylactic therapy recommended by national guidelines¹ among patients with diagnosis of stroke or TIA and atrial fibrillation.

Patients and methods

We used the database of the Research Institute of the Italian College of General Practitioners (SIMG) and selected those GPs who delivered data after 1 December 2001 (318 GPs), overall including 465·061 subjects. Data about anti-aggregant and anti-coagulant therapy have been extracted for patients with diagnosis of stroke (ICD9: 434.9) and with diagnosis of TIA (ICD9: 435); the diagnosis of stroke was completed including the ICD9 codes: 438, 438.0, 342, 342.0, 342.1, 342.9, as well as uncodified medical problems classified as "stroke", "hemiparesis", "hemiplegia". It is technically possible - although very unlikely - that a few patients appear under both classifications. The data were updated up to 8 January 2002. 5·310 patients were identified, 2·679 women and 2·625 men (6 N/A).

Results

559 (10.5%) subjects had atrial fibrillation (AF). Among these, only 78 (14.0%) did not receive neither anti-coagulant nor anti-platelet agents; 241 (43.1%) were being prescribed anti-platelet agents, 149 (26.7%) anti-coagulant treatment, 91 (16.3%) both, anti-coagulant and anti-platelet treatments. For some among these last there must be specific reasons for the combined anti-coagulant and anti-platelet prescription, however, in most cases - given the data extraction procedure - it is likely that these constitute a transition, from previous anti-platelets to current anti-coagulant therapy, thus they should be counted among these latter (total: 43.0%).

Filippi A, Brignoli O, Samani F, Zaninelli A, Bignamini AA
 Italian College of General Practitioners (SIMG), Centre for Bioethics, Catholic University, Rome
lavoro presentato come poster

Comments

The patients with history of stroke or TIA and atrial fibrillation should be submitted to anti-coagulant therapy or at least anti-aggregant treatment, according to specific recommendations.¹ Overall, it must be stressed that the proportion of GP patients in whom the recommendation is applied is rather high, over 85%; however, the balance between anti-coagulant therapy (first choice but used in 43% of fibrillating patients) and anti-platelet therapy (second choice, but also used in 43% of patients) deserves further investigation. Indeed, it appears rather difficult to hypothesise that four out of ten patients with atrial fibrillation and history of stroke or TIA have absolute or relative contra-indications to the anti-coagulant therapy. It is also very unlikely that the 14% untreated patients had contraindications to both anti-platelets and anti-coagulants or refused both therapies. It is possible that some of these subjects were terminally ill, making prevention futile, but, again, it is unlikely that this can explain the majority of cases without prophylaxis.

Conclusions

Pharmacological prophylaxis is fairly used in these high risk patients, but too often anti-platelets are preferred to anti-coagulants. Furthermore, an additional educational effort should be made, to decrease the proportion of fibrillating patients not treated at all, down from the monitored 14%, to the minimum proportion compatible with the patients' choice.

References

1. Gensini GF, Ed. SPREAD 2001. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Milano 2001: Pubblicazioni Catel, p. 284. Recommendations 12.8 (grade A), 12.9 (grade A), 12.10 (grade B).

6.4 Use of anti-aggregant and anti-coagulant agents among patients with diagnosis of stroke or TIA in general practice

Aims of the study

To verify how extensively Italian general practitioners prescribe the prophylactic therapy recommended by national guidelines¹ among patients with diagnosis of stroke or TIA.

Patients and methods

We used the database of the Research Institute of the Italian College of General Practitioners (SIMG) and selected those GPs who delivered data after 1 December 2001 (318 GPs; 465·061 subjects). Data about anti-aggregant and anti-coagulant therapy have been extracted for patients with diagnosis of stroke (ICD9 434.9) or TIA (ICD9 435); the diagnosis of stroke was completed including the ICD9 codes: 438, 438.0, 342, 342.0, 342.1, 342.9, as well as uncoded medical problems classified as "stroke", "hemiparesis", "hemiplegia".

5·310 patients were identified, 2·679 women and 2·625 men (6 N/A). In order to find which factors may influence the prescriptions, we tested the various available factors with the logistic regression analysis. Variables stratified in multiple categories (age, time from event, number of other co-prescribed drugs) were progressively collapsed up to find the best-fitting model with the minimum needed number of categories.

Results

1·479 patients were not treated with anti-platelet nor with anti-coagulant agents (27.9%), 3·324 patients (62.6%) were being treated with anti-platelet agents; 309 (5.8%) with anti-coagulant agents, and 198 (3.7%) with both, anti-platelet and anti-coagulant agents. The final logistic model included as prognostic factors the diagnosis (stroke, TIA), the gender, the age (up to 64 years, 65 years or more), the time from event (up to 5 years, 5 years or more), the recognised total invalidity, diabetes, history of AMI, atrial fibrillation, number of other co-prescribed medications (none, 1 or more). The binomial logistic model fits the data quite well (Hosmer and Lemeshow test NS), and is statistically significant (Cox & Snell R square=0.123; Nagelkerke R square=0.178) but still it fails to explain a sizeable proportion of the variability in prescribing (percentage correctly attributed: 74%), probably because of some collinearity between variables.

The factors that make significantly more likely or unlikely the prescription, (odds-ratio with 95% CI), are:

Filippi A, Cricelli C, Nardi R, Zaninelli A, Bignamini AA
Italian College of General Practitioners (SIMG), Centre for Bioethics, Catholic University, Rome
lavoro presentato nella sessione di comunicazioni libere "Prevenzione"

| | more likely | | more unlikely |
|---|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| being a man | 1.39 (1.22 to 1.58; P<0.001) | having the diagnosis of TIA | 0.47 (0.41 to 0.54; P<0.001) |
| being 65 or more years old | 1.57 (1.34 to 1.84; P<0.001) | being recognised | 0.66 (0.56 to 0.78; P<0.001) |
| having diabetes | 1.47 (1.24 to 1.74; P<0.001) | totally invalid | |
| having history of AMI | 2.13 (1.47 to 3.07; P<0.001) | having had the event | 0.81 (0.70 to 0.94; P=0.006) |
| having history of atrial fibrillation | 2.54 (1.96 to 3.29; P<0.001) | since 5 years or more | |
| having prescribed at least another drug | 3.25 (2.84 to 3.71; P<0.001) | | |

Conclusions

All the patients should have been prescribed anti-aggregant or anti-coagulant agents, unless there were an extremely short life expectancy, a definite diagnosis of non-embolic TIA or substantial contra-indications.^[1] It is rather unlikely that these conditions were present in more than one fourth of patients. Additional efforts must be made to better understand why so many patients are denied an effective therapy and to help GPs to increase secondary prophylaxis.

References

1. Gensini GF, Ed. SPREAD 2001. Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. Milano 2001: Pubblicazioni Catel, p. 271-295.

6.5 Blood lipid control and statins use in secondary stroke/TIA prevention in general practice

Aim

To monitor the attention of Italian General Practitioners (GPs) to blood lipid control, and their compliance with SPREAD's Recommendation 12.6. on the use of statins, in the secondary stroke prevention.

Patients and methods

We used the database of the Research Institute of the Italian College of General Practitioners (SIMG) and selected those GPs who delivered data after 1 December 2001 (318 GPs; 465-061 subjects). Data have been extracted for patients with diagnosis of stroke (ICD9 434.9) or TIA (ICD9 435); the diagnosis of stroke was completed including the ICD9 codes: 438, 438.0, 342, 342.0, 342.1, 342.9, as well as uncodified medical problems classified as "stroke", "hemiparesis", "hemiplegia". 5-310 patients were identified, 2-679 women and 2-625 men (6 N/A); 2-555 stroke, 2-755 TIA. Blood lipids were classified as "controlled" (optimal if cholesterol <200 AND LDL <130 and acceptable if 200-239 AND 130-159), or "non-controlled" (uncontrolled if cholesterol 240-289 OR LDL 160-189; unacceptably uncontrolled if cholesterol ≥290 OR LDL ≥190).

Results

Overall, for 40% of the sample no cholesterol information is recorded on the database, increasing to 64% for LDL; more frequently for stroke (45% and 68) than for TIA (35% and 59%). In 30% of the evaluated 3191 patients (total cholesterol only) lipid levels were not controlled (in 6% with "unacceptably high" levels). The proportion of uncontrolled patients decreases slightly in diabetes (26%) but not in presence of previous AMI (29%).

Statins are prescribed in 898 patients (16.9% of the sample), but prescription of statins is not associated to a better control of blood lipids (uncontrolled: 27% without statins, 40% with statins; P<0.001).

Patients with history of stroke or TIA and of ischaemic heart disease should be treated with statins (SPREAD's recommendation 12.6). Among the 284 AMI patients monitored in this sample, only 116, or 40.8% (95% CI: 35% to 47%), were being prescribed statins, showing therefore a very limited compliance with the current recommendation.

Conclusion

Our data shows the blood lipid control in secondary stroke/TIA prevention is far from ideal standards. Furthermore, according to recent studies as well as the HPS, statins are largely under-prescribed, even if, in our Country, legal limitations severely restrict the chances to apply EBM recommendations in full.

Filippi A, Brignoli O, Samani F, Bignamini AA, Zaninelli A
Italian College of General Practitioners, Florence and Centre for Bioethics, Catholic University, Rome
lavoro presentato come poster

Labate C, Penna A, Cavaliere R, Franconi MA, Gionco G, Melossi L, Soragna A, Boraso F, Gruppo Aziendale del Progetto TRiPSS II Ospedale Mauriziano "Umberto I" Torino; Azienda Sanitaria Locale 12 Biella
lavoro presentato come poster

6.6 L'implementazione di Linee Guida sull'ictus ischemico in un'Azienda Ospedaliera: obiettivi, strategie, risultati preliminari

L'adozione di Linee Guida (LG) rappresenta uno degli strumenti fondamentali per il perseguimento dei criteri di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogabili dal SSN. Viene descritto un progetto di implementazione di LG per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione dell'ictus ischemico all'interno di un'Azienda Ospedaliera. Il progetto che è inserito nel Programma del Ministero della Salute "Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per l'implementazione di linee-guida nel SSN - T.Ri.P.S.S. 2", coordinato dal CeVEAS di Modena, ha l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza dei pazienti con Ictus Ischemico, mediante promozione e implementazione di interventi di documentata efficacia.

Il progetto, dopo una fase formativa su elementi di clinical governance, banche dati e linee guida, ha previsto la costituzione di un gruppo aziendale multidisciplinare e multiprofessionale (formato da neurologi, internisti, medici d'urgenza, chirurghi vascolari, fisiatri, cardiologi, anestesisti, radiologi, radiologi vascolari, ecodoppleristi, dietologi, laboratoristi, neuropsicologi, neurochirurghi, medici di direzione sanitaria, infermieri professionali, fisioterapisti, logopedisti, dietisti ed assistenti sociali), con il compito di adattamento locale di LG nazionali (SPREAD) e internazionali (SIGN – RCP), per le quali sono stati poi previsti specifici interventi di implementazione e di monitoraggio della applicazione.

Le strategie di implementazione previste comprendevano il coinvolgimento nel progetto operativo di un numero elevato di operatori coinvolti nella gestione dell'ictus, compresi i Responsabili delle UO interessate, la diffusione cartacea di un opuscolo tascabile, incontri in ogni singola UO tra gli operatori (medici, infermieri, tecnici) ed opinion leader locali, audit e feedback su specifici indicatori, uso di reminders. Sono inoltre stati previsti corsi di formazione specifici sulla disfagia e sulla nutrizione e sull'uso delle scale di valutazione neurologica (NIHSS).

Il programma di implementazione è attualmente completato ed il progetto è nella fase applicativa e di monitoraggio attraverso la revisione di un numero statisticamente significativo di cartelle cliniche del periodo precedente all'inizio dello studio da utilizzare come confronto. Successivamente si provvederà analogamente per il I semestre 2002, allo scopo di verificare l'impatto indotto dalla implementazione delle LG.

6.7 Ictus ischemico acuto e trattamento antipertensivo in pronto soccorso

Introduzione

Elevati valori pressori arteriosi sono riscontrati frequentemente in pazienti con ictus ischemico acuto. Molti autori non ritengono utile abbassare acutamente la pressione arteriosa per non accentuare il danno ischemico. Secondo lo SPREAD è indicato il trattamento antipertensivo precoce solo nei pazienti con pressione arteriosa sistolica >220 mm Hg o diastolica >120 mm Hg (Raccomandazione 11.8, grado C). Dai dati del Registro degli Accidenti Cerebrovascolari Acuti dell'Ospedale Fatebenefratelli di Milano abbiamo osservato la gestione in Pronto Soccorso di pazienti con ictus ischemico e ipertensione arteriosa.

Materiali e metodi

In 35 mesi sono stati registrati 1196 pazienti con ictus ischemico (584 maschi, 48,8%;età media 76±12 anni), riportando dati anamnestici (pregressa diagnosi di ipertensione arteriosa e terapia domiciliare), dati clinici all'arrivo in Pronto Soccorso e la eventuale terapia in Pronto Soccorso.

Risultati

111/1196 (9,3%) pazienti avevano pressione arteriosa >220/120 mm Hg; fra questi, 30 (27,0%) non sono stati trattati in Pronto Soccorso con permanenza mediana in Pronto Soccorso di 192 minuti (min. 96', max. 1432'). Fra i 1085 pazienti che non avevano valori pressori d'allarme, 111 (10,2%) sono stati trattati acutamente in Pronto Soccorso. I pazienti trattati in Pronto Soccorso in totale erano 192 ed i farmaci utilizzati erano: nifedipina (n. 154; 80,2%), furosemide (n. 22; 11,5%), clonidina (n. 15; 7,8%), nitroglicerina (n. 10; 5,2%), urapidil (n. 8; 4,2%), captopril (n. 6; 3,1%); 17 pazienti (8,9%) sono stati trattati con più farmaci.

Villa A, Bagnoli A, Francini P, Ramuscello S, Vicenzi A, Omboni E
Medicina d'Urgenza - Ospedale Fatebenefratelli, Milano
lavoro presentato come comunicazione libera nella sessione "Fase acuta"

Conclusioni

I nostri dati mostrano che il medico di Pronto Soccorso è talvolta troppo “aggressivo” nel trattare la pressione arteriosa di un paziente con ictus acuto: 111 pazienti sono stati trattati senza una reale indicazione ad una brusca riduzione della pressione arteriosa. Al contrario, più di 1/4 dei pazienti con pressione arteriosa >220/120 non hanno ricevuto un trattamento acuto. Un tempo mediano di permanenza in Pronto Soccorso di circa 3 ore può far ipotizzare che la decisione terapeutica sia stata demandata al medico del reparto di destinazione. Un discorso a parte merita la scelta del farmaco. È ormai riconosciuta l'inappropriatezza e la potenzialità negativa della nifedipina; l'80% dei nostri pazienti è invece stato trattato con questo farmaco. Attualmente vengono suggeriti farmaci (ACE-inibitori o beta-bloccanti) che riducono la pressione arteriosa senza influire sull'emodinamica cerebrale; questi farmaci sono poco rappresentati nella nostra casistica. L'ictus è una emergenza medica ed il medico di Pronto Soccorso deve riorganizzare le proprie conoscenze alla luce delle più recenti evidenze e linee-guida, evitando un uso precoce di farmaci antipertensivi e modificando la scelta del farmaco.

7 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2001, FIRENZE, 19-20 FEBBRAIO

7.1 SPREAD: implementazioni pilota Implementazione nella Toscana Sud

Da poco più di un anno è stato costituito nell'area vasta Toscana sud il Dipartimento Interaziendale di Scienze Neurologiche (DISN) che coinvolge le ASL7 (SI), ASL8 (AR), ASL9 (GR), l'Azienda Ospedaliera Senese, l'Università di Siena e l'Istituto Neurologico C. Besta di Milano.

Tra i fini del DISN vi sono la sperimentazione gestionale e la riorganizzazione dell'assistenza neurologica in una rete integrata che fa capo all'A.O. Senese, come centro di alta specialità, e che interessa una popolazione di circa 700.000 abitanti.

Tra i vantaggi di un Dipartimento Interaziendale vi è la possibilità di attuare progetti di ricerca in un'area sufficientemente vasta verso obiettivi comuni, coordinando le attività assistenziali a tutti i livelli, ospedaliero, territoriale, ecc.

Partendo dall'assunto, ormai generalmente condiviso, che la *Evidence Based Medicine* e le linee guida messe a punto correttamente secondo questo indirizzo siano non solo un approccio obbligato per assicurare l'alta qualità dell'assistenza sanitaria, ma anche uno strumento di razionalizzazione dell'assistenza, con possibili vantaggi anche economici, è stato deciso di intraprendere alcuni studi pilota sui temi di maggior impatto assistenziale ed economico dell'area vasta.

Tra questi il più complesso, e di difficile attuazione, è certamente quello che riguarda la riorganizzazione dell'assistenza all'ictus. Dalla primavera del 2000 è iniziata pertanto un'opera di illustrazione dello SPREAD non solo tra i neurologi, ma coinvolgendo i colleghi della medicina interna, i medici del 118 e dei DEU, e i Medici di Medicina Generale, che prestano la loro opera in rapporto alle malattie cerebrovascolari, attraverso convegni e riunioni interattive nelle varie sedi.

Tuttavia, come è noto dalla letteratura, mancano linee guida per implementare le linee guida, nel senso che non vi è una metodologia che abbia dato prova di efficacia. La raccomandazione che appare più comunemente riportata, ma senza prove sperimentali, indica la necessità di un coinvolgimento degli operatori per l'adeguamento delle linee guida alle situazioni locali concrete, in cerca di una condivisione più ampia possibile.

Con la collaborazione di un gruppo di esperti locali (già impegnati nel progetto nazionale per implementare le linee guida coordinato dal CaVeas di Modena) è stato messo a punto uno studio osservazionale che, cogliendo l'occasione della istituzione del registro dell'ictus di area vasta, si propone di monitorare l'adeguamento alle indicazioni di SPREAD per alcuni “punti caldi” dell'assistenza all'ictus, rapportandoli agli indicatori principali di efficacia, come mortalità, degenza media, grado di autonomia alle dimissioni, ecc.

In altre parole la scheda di rilevazione dell'ictus, inviata per via informatica al centro di raccolta, rileverà per periodi di tempo definiti dalla numerosità degli eventi, secondo un disegno sequenziale, anche alcuni aspetti chiave delle modalità assistenziali.

Battistini N
Clinica Neurologica, Università di
Siena
*lavoro presentato nell'ambito del
programma ufficiale*

Provinciali L, Simoni P,
Giaccagliani E
(Ancona, Fermo, Jesi);
Dipartimento di scienze
Neurologiche e Motorie - Azienda
Umberto I° - Ancona
*lavoro presentato nell'ambito del
programma ufficiale*

La elaborazione degli indicatori di cui si è detto sopra, riguardanti il 1999 (pre SPREAD), hanno mostrato discordanze molto significative tra le varie sedi che hanno indotto a considerare, in via prioritaria, lo svolgimento dei procedimenti diagnostico-terapeutici della fase acuta dello stroke ischemico. I risultati dello studio saranno presumibilmente disponibili entro l'estate 2001 per la pubblicazione e la discussione con tutti gli operatori coinvolti.

Una ricaduta dello studio che vorremmo verificare è anche la possibilità di innescare un circolo "virtuoso" verso la implementazione delle linee guida.

7.2 SPREAD: implementazioni pilota. Implementazione nella Regione Marche

Secondo i dati dell'Agenzia Sanitaria Nazionale le vasculopatie cerebrali acute sono al terzo posto per numero di giornate totali di degenza ospedaliera ed al primo per durata del singolo ricovero; per tali motivi in alcune sedi ospedaliere e territoriali marchigiane l'assistenza offerta a chi subisce un ictus è stata oggetto di un profilo di cura dedicato.

Una simile modalità prevede di definire i tempi ed i modi di intervento di ciascun operatore per tutta la durata dei bisogni di cura, prevedendo verifiche periodiche sulla efficacia degli interventi.

Sono stati realizzati due profili di cura nella Aziende territoriali di Fermo e di Jesi rivolti ad una popolazione di circa 260.000 abitanti, con successiva condivisione del progetto elaborato dall'Azienda di Fermo da parte di altre tre aziende territoriali, fino ad interessare globalmente circa 600.000 abitanti, pari ad oltre un terzo della popolazione regionale. Le professionalità coinvolte nei profili comprendono tutti gli operatori sanitari ed includono sia medici di medicina generale che specialisti (internisti, cardiologi, fisiatristi, radiologi, chirurghi vascolari, ecc.).

Le attività assistenziali sono avviate nell'ambito delle Unità ictus che ciascuna delle due aziende territoriali ha realizzato per soddisfare le esigenze della fase acuta. Il profilo di assistenza elaborato dall'Azienda di Fermo prevede un accurato foglio di lavoro relativo alla fase acuta (allegato) mentre il profilo adottato da Jesi ha previsto programmi di attività specifici per ogni intervento professionale, orientato su singoli problemi (cardiologi, fisiatristi, di assistenza continua sul territorio).

Ambedue i profili di cura hanno previsto verifiche periodiche sia degli strumenti di lavoro utilizzati (fogli di lavoro, protocolli d'esame, condotte terapeutiche concordate, ecc.), che del progetto assistenziale, attraverso l'uso di indicatori (di processo, di efficienza, di efficacia, di disabilità residua, di complicanze, di percezione dell'assistenza ricevuta, ecc.).

Il bilancio delle attività, a distanza di alcuni mesi dall'applicazione dei profili di cura, appaiono incoraggianti per quanto riguarda la fase assistenziale condotta nelle unità ictus (12-20 pz/mese) con tasso di mortalità, di complicanze, di disabilità residua e di recidiva dell'evento ischemico nettamente più favorevole rispetto ai dati ottenuti nel censimento condotto dall'Agenzia Sanitaria Regionale a riguardo delle cure rivolte ai soggetti con ictus.

7.3 SPREAD: implementazioni pilota. Implementazione nell'area fiorentina

L'area della Medicina Generale è fortemente interessata all'impiego di linee-guida: è opinione diffusa che attraverso il loro utilizzo sia possibile ridurre la eccessiva variabilità dei comportamenti clinici dei Medici di Famiglia, consentire un più rapido passaggio delle acquisizioni scientifiche alla pratica sul territorio, impiegare le risorse in modo ottimale e ridurre il rischio di contestazioni legali.

Lo SPREAD è stato per la prima volta oggetto di studio da parte del pool degli Animatori di Formazione nel maggio '99; in quella occasione la prevenzione dell'ictus fu indicata area prioritaria di intervento per la Medicina Generale. Furono progettati interventi di formazione che nel corso del 2000 hanno interessato 140 medici di Famiglia dell'Azienda Sanitaria Fiorentina.

Successivamente si è dato l'avvio ad un programma di prevenzione dell'ictus a Scandicci, un Comune dell'Area Fiorentina di circa 50.000 abitanti, con il contributo della Amministrazione Comunale, di una locale Associazione di Volontariato e dell'ASL. Ad essa partecipano 37 Medici di Medicina Generale su un totale di 45 che operano sul territorio del Comune. Il programma prevede il reclutamento di tutti i cittadini di età compresa fra i 50 e i 70 anni di cui verranno rilevati i seguenti fattori di rischio: fumo, ipertensione arteriosa, diabete, presenza di cardiopatia embolizzante, ricerca di stenosi carotidea mediante eco-Doppler (solo in soggetti

Zoli R
Medico di Medicina Generale,
ASL 10, Firenze
*lavoro presentato nell'ambito del
programma ufficiale*

a elevato scoring). Ogni fattore di rischio verrà trattato secondo le linee guida previste da SPREAD. Lo studio da parte dei Medici avrà una durata prevista di un anno, con una prima verifica a sei mesi da parte della U.O. di Epidemiologia della ASL, e sarà accompagnato da una campagna educativa di massa su tutto il territorio comunale.

7.4 Diagnosi e Terapia dell'Ictus – Linee Guida “SPREAD” 1999

Obiettivo

Verificare l'osservanza delle linee guida “SPREAD” 1999 presso i reparti medici della nostra Azienda Ospedaliera.

Materiale a metodi

Nelle cartelle cliniche di 28 pazienti ricoverati con diagnosi di “ictus cerebri” in ambito medico siamo andati a verificare

a. raccomandazione 5.10-grado A

La tomografia computerizzata è indicata in fase acuta in tutti i pazienti con ictus per la discriminazione di una eventuale emorragia cerebrale e relativo peso sulle scelte terapeutiche

b. raccomandazione 8.6-grado A

Nell'ictus ischemico è indicato il trattamento antiaggregante con ASA alla dose di 160-300 mg/die. Il trattamento va iniziato entro le 48 ore.

Risultati

La TC cerebrale è stata effettuata entro 48 ore in 9 pazienti. È stata somministrata ASA in 3 dei 28 pazienti ad un dosaggio di 100 mg/die.

È inutile sottolineare la scarsa osservanza ed applicazione di tali raccomandazioni.

Conclusioni

Questo vuole essere solo un contributo visto il campione modesto e casuale dei pazienti presi in considerazione.

Per validare i dati stiamo verificando le medesime raccomandazioni anche in ambito specialistico neurologico.

7.5 Profilassi con ASA nei Pazienti Diabetici ad Alto Rischio in Medicina Generale

Premessa

Le linee guida italiane sull'ictus cerebrale (SPREAD) raccomandano l'uso di ASA in prevenzione primaria per i soggetti diabetici di età superiore a 30 anni con almeno un fattore di rischio aggiuntivo (raccomandazione 7.10b; Grado A). Fattori di rischio sono, tra gli altri, fumo di sigaretta, colesterolo totale >200 mg/dl, ipertensione arteriosa. L'uso di aspirina è inoltre indicato nei soggetti con cardiopatia ischemica ed ictus o TIA non emorragico.

Obiettivo

Verificare l'applicazione di questa raccomandazione nei pazienti diabetici seguiti dai medici di medicina generale (MMG) italiani.

Materiali e metodi

Si è utilizzato il database di Health Search, che raccoglie i dati delle cartelle cliniche di oltre 440.000 pazienti, rappresentativi della popolazione assistita dai MMG in Italia. I dati estratti sono i seguenti: n° pazienti di età >30 anni; n° diabetici di età >30 anni. Nei diabetici di età >30 anni si sono identificati i soggetti con ipertensione arteriosa, colesterolo totale >200mg/dl, fumo di sigaretta, ictus, TIA e cardiopatia ischemica nota. Per ictus e TIA non è stato possibile determinarne l'eziologia e, in particolare, identificare i casi di emorragia. Si è verificato l'uso continuativo di ASA, di altri antiaggreganti piastrinici e di anticoagulanti orali.

Risultati

Nel database erano registrate le cartelle di 343.984 assistibili di età >30 anni; di questi 17.329 (5,04%) erano diabetici. In questa popolazione 13.793 soggetti presentavano almeno uno dei fattori di rischio sopra elencati. 2.649 (15,3%) pazienti non presentavano la registrazione del dato minimo della pressione arteriosa. Pur essendo possibile una dimenticanza della registra-

Fioretti M, Poggiani MO
Istituto di Patologia Medica (R),
Azienda Ospedaliera “S. Maria”,
Terni
lavoro presentato come poster

Filippi A, Samani F, Zaninelli A
S.I.M.G. Area Cardiovascolare
lavoro presentato come comunicazione libera nella sessione “Fisiopatologia”

zione, la assoluta non compliance del paziente o la negligenza da parte del MMG, è probabile che la maggior parte di questi soggetti rappresentino i pazienti seguiti esclusivamente dai centri antidiabetici. L'analisi riguarda quindi solo i 14-680 pazienti con registrazioni di dati in cartella clinica. Questi soggetti rappresentano verosimilmente i diabetici seguiti dai MMG, da soli o in collaborazione con i centri antidiabetici. Dei 13-793 soggetti ad alto rischio, 4-465 utilizzavano ASA, 932 altri antiaggreganti piastrinici e 168 erano in terapia anticoagulante orale; 8-228 (59,6%) non utilizzavano questi farmaci.

Conclusioni

La grande maggioranza (93,5%) dei soggetti diabetici di età superiore ai 30 anni seguiti anche dal MMG è da considerarsi ad alto rischio cardiovascolare. Nonostante ciò, il 59% di questi pazienti non utilizza antiaggreganti (o anticoagulanti). Anche considerando le possibili controindicazioni alla terapia, la percentuale rimarrebbe abbondantemente sopra il 50%. Nonostante i limiti dello studio, è possibile affermare che, in medicina generale, più della metà dei pazienti affetti da diabete mellito e meritevole di profilassi con ASA non utilizza questa terapia.

7.6 Strategia per la Implementazione della Linea Guida sull'Ictus: l'Esperienza di una USL Umbra

Numerosi studi di valutazione dell'efficacia degli interventi finalizzati a migliorare la pratica clinica hanno dimostrato che l'informazione scientifica, anche se organizzata e presentata sotto forma di linea guida, non modifica i comportamenti dei professionisti. Al contrario sembrano più efficaci le strategie di implementazione finalizzate ad intervenire su contesti locali, attraverso la identificazione delle resistenze al cambiamento e la valutazione sistematica della pratica clinica.

Nella primavera 1999 la USL 2 dell'Umbria ha avviato un processo di miglioramento della qualità dell'assistenza, promuovendo l'uso di interventi clinici, basati su prove di efficacia, attraverso la diffusione e la condivisione di linee guida accreditate. Per il trattamento dell'ictus un gruppo multidisciplinare ha evidenziato "gli aspetti critici" del processo di diagnosi e cura nella propria realtà, ha analizzato la linea guida elaborata dallo SPREAD ed ha raggiunto il consenso sulle singole raccomandazioni, rispetto a. criteri condivisi, arrivando alla stesura di una linea guida aziendale, adottata formalmente dalla Direzione aziendale.

Per promuoverne l'implementazione, dopo una prima fase di diffusione, è stato attivato un processo di audit clinico, con lo scopo di approfondire le ragioni della eventuale mancata applicazione della linea guida, mettendo in luce le "criticità" organizzative, quelle tecnico-procedurali, nonché le resistenze al cambiamento. Con il metodo della "valutazione tassonomica" sono stati selezionati gli elementi fondamentali della linea guida, dei quali andava verificata l'applicazione. Gli stessi elementi sono stati utilizzati per costruire un questionario, somministrato ai partecipanti agli incontri, con lo scopo di conoscere il comportamento clinico all'interno di ogni reparto, nonché come griglia per la discussione dei casi. Gli incontri di audit, che hanno coinvolto più del 50% del personale delle 4 U.O. di Medicina dell'Azienda, sono stati condotti metodologicamente dallo staff Qualità alla presenza dei neurologi dello Stroke Service nel ruolo di esperti.

L'analisi dei questionari, confermata dalla discussione dei casi, ha evidenziato una discreta conoscenza delle raccomandazioni contenute nella linea guida relativamente agli aspetti terapeutici e assistenziali, ma un atteggiamento non adeguato rispetto all'uso della TC. Solo il 24% degli intervistati riteneva che la TC andasse richiesta dal primo medico che in ospedale pone diagnosi di ictus e, solo il 27%, dichiarava che nell'ospedale in cui lavora è sempre possibile che la TC sia eseguita entro 24 ore dall'evento. Tali dati vengono ulteriormente confermati dal fatto che il 48% degli operatori riteneva che ci possono essere ragioni valide per non sottoporre il paziente con ictus a TC.

Per rinforzare il processo di implementazione sono stati progettati sia un corso di formazione specifica per gli infermieri delle U.O di Medicina, sia uno rivolto ai medici sulle tecniche di comunicazione, ritenute essenziali per la gestione di questi pazienti. Nel 2001 è prevista la valutazione sistematica della applicazione della linea guida con indicatori individuati in collaborazione con il Dipartimento di Medicina a partire dagli elementi emersi dalla valutazione tassonomica.

Giaimo MD, Bovo D, Celani MG,
Righetti E, Ricci S
Servizio Qualità; Servizio Malattie
Cerebrovascolari; USL 2 - Perugia
lavoro presentato come poster

8 LAVORI PRESENTATI A STROKE 2000, FIRENZE, 21-22 FEBBRAIO

8.1 Progetto di definizione di linee guida e di percorsi didattici per l'assistenza al paziente con ictus

Gli studi clinici e la metanalisi dimostrano l'utilità della cura organizzata dell'ictus. Il concetto di "organized care" implica, fra altri fattori, anche la disponibilità di procedure standardizzate e la formazione degli infermieri.

Si è pensato di dare una dimensione nazionale a questo compito con il supporto di diverse associazioni e società infermieristiche e mediche (Associazione Infermieri di Neuroscienze, IPASVI, Italian Stroke Forum e Gruppo di Studio Malattie Cerebrovascolari). Il progetto verrà sviluppato nell'arco di circa due anni, in due fasi distinte, la prima dedicata alla produzione di linee-guida infermieristiche "evidence-based", la seconda all'avvio di percorsi formativi e di corsi modulari.

Attualmente l'assistenza infermieristica che il paziente con ictus riceve varia da centro a centro, anche in maniera considerevole, per numerosi aspetti quali l'alimentazione, la mobilitazione, etc. Mentre esistono gruppi strutturati per la definizione di linee guida per gli aspetti clinici (in Italia, SPREAD), non c'è molto, neanche a livello internazionale, per gli aspetti di assistenza infermieristica.

Gli obiettivi del gruppo che vorremmo costituire sono quelli di:

- descrivere la variabilità delle pratiche assistenziali nei diversi centri che assistono il paziente con ictus;
- analizzare e confrontare, alla luce della letteratura scientifica, secondo un approccio "evidence-based", i protocolli esistenti per l'assistenza al paziente con ictus;
- costruire le linee guida per l'assistenza al paziente con ictus.

Per poter fare questo c'è bisogno di creare una rete attiva di centri e di persone disponibili a collaborare, confrontarsi, discutere ma anche lavorare e raccogliere dati. Ma c'è bisogno anche di idee perché agli obiettivi vanno affiancati progetti operativi.

Per avere maggiori informazioni è possibile telefonare, inviare un fax o un E-mail a:

| riferimento | telefono | fax | E-mail |
|-------------------------------|----------------|----------------|------------------------------|
| Graziella Raganini (Genova) | 010.55.53.320 | 010.55.56.762 | cictus_neurol@smartino.ge.it |
| Antonella Gualtieri (Roma) | 06.49.91.47.20 | 06.49.02.59 | falcou@uniroma1.it |
| Elisabetta Balestra (Vicenza) | 044.99.34.60 | 044.99.37.72 | ulss6019@goldnet.it |
| Paola Di Giulio (Milano) | 02.39.01.44.57 | | digiulio@irfmmn.mnegri.it |
| Claudio Spairani (Pavia) | 0382.50.28.76 | 0382.52.70.97 | spairani@venus.it |
| Anne Falcou (Roma) | 06.49.91.47.20 | 06.49.02.59 | falcou@uniroma1.it |
| Maria Grazia Celani (Perugia) | 0755.05.55.26 | 0755.01.73.64 | istitaly@unipg.it |
| Roberto Sterzi (Milano) | 02.64.44.23.89 | 02.64.44.21.54 | rsterzi@planet.it |

Raganini G, Gualtieri A, Balestra E, Di Giulio P, Spairani C, Falcou A, Celani MG, Sterzi R
per il Gruppo Infermieri per il Miglioramento dell'Assistenza allo Stroke
lavoro presentato come poster

