



Il testo completo delle Linee Guida
è disponibile sul sito www.iso-spread.it
Codice QR Capitolo 8

ICTUS ACUTO: FASE PREOSPEDALIERA E RICOVERO

Raccomandazione 8.1

Forte a favore

Grado B

Una campagna sistematica di informazione sull'ictus cerebrale rivolta alla popolazione generale e, in particolare, a gruppi di soggetti a rischio, è raccomandata mediante l'uso di mezzi di comunicazione di massa sia tradizionali (televisione, radio, quotidiani, opuscoli, riunioni) che attraverso i social media (facebook, twitter od altri).

Raccomandazione 8.2

Forte contro

Grado B

In attesa dei mezzi di soccorso non è raccomandato alcun intervento terapeutico domiciliare, se non – nei casi che lo richiedano – per favorire la pervietà delle vie aeree e la normale respirazione.

Raccomandazione 8.3

Forte contro

Non è raccomandato praticare i seguenti interventi terapeutici:

- la somministrazione di ipotensivi, specie quelli ad azione rapida; **Grado B**
 - la somministrazione di soluzioni glucosate, a meno che vi sia ipoglicemia. **Grado B**
- Inoltre, il Gruppo ISO-SPREAD suggerisce di evitare:
- la somministrazione di sedativi, se non strettamente necessario; **GPP**
 - l'infusione di eccessive quantità di liquidi.

Raccomandazione 8.4

GPP

GPP

Per il trasporto mediante 118 in Ospedale dotato di Unità Neurovascolare, il Gruppo ISO-SPREAD suggerisce l'attivazione del Codice Ictus in presenza delle condizioni temporali e cliniche favorevoli all'esecuzione di procedure di rivascolarizzazione.

Sintesi 8.1

Il Codice Ictus è definito da:

- esordio dei sintomi da non oltre 4 ore;
- età superiore ai 18 anni;
- Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale positiva (CPSS).

Sintesi 8.2

In Italia le Stroke Unit sono state denominate come tali ovvero con diversi termini italiani: Centro Ictus, Unità di Trattamento Neurovascolare, Unità Ictus, Unità Cerebrovascolare.

In queste linee guida viene adottato il termine Unità Neurovascolare (Stroke Unit).

Raccomandazione 8.5	Forte a favore	Grado A
----------------------------	-----------------------	----------------

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

Raccomandazione 8.6	Forte a favore	Grado B
----------------------------	-----------------------	----------------

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

Sintesi 8.3

L’ictus è una emergenza medica che richiede il ricovero immediato nel Centro Ictus dell’Ospedale più vicino, come indicato da Consensus e Linee Guida. Il paziente con ictus va sempre ricoverato, perché è solo con le indagini eseguibili in regime di ricovero che si può rapidamente diagnosticare sede e natura del danno cerebrale, oltre che prevenire e curare eventuali complicanze cardiache, respiratorie e metaboliche ed iniziare precocemente un appropriato programma riabilitativo, laddove richiesto.

Raccomandazione 8.7	Forte a favore	Grado B
----------------------------	-----------------------	----------------

È raccomandato che il personale dei mezzi di soccorso riceva uno specifico addestramento, con aggiornamenti continui, sul riconoscimento precoce dei segni dell’ictus e sulla gestione del paziente durante il trasporto.

Raccomandazione 8.8	Forte a favore	Grado B
----------------------------	-----------------------	----------------

È raccomandato che il personale dei mezzi di soccorso rilevi eventuali traumi, escluda condizioni a rischio per la sopravvivenza del paziente ed esegua un primo inquadramento diagnostico, effettuando le seguenti valutazioni:

- ABC (airway, breathing, circulation);
- Parametri vitali (respiro, polso arterioso, PA, saturazione O₂);
- Glasgow Coma Scale (GCS);
- Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS).

Raccomandazione 8.9	Forte a favore	Grado B
----------------------------	-----------------------	----------------

Nel caso in cui il paziente sia in condizioni gravi (con particolare riguardo allo stato di coscienza – GCS score <9), è raccomandato che il primo approccio assistenziale da parte del personale dei mezzi di soccorso sia:

- assicurare la pervietà delle vie aeree;
- somministrare ossigeno e cristalloidi, se necessario, e procedere, nei casi che lo richiedano, all’intubazione tracheale per proteggere le vie aeree dall’aspirazione

polmonare dei contenuti gastrici e garantire una ventilazione e ossigenazione adeguata;
 - proteggere le estremità paralizzate, per evitare traumi durante il trasporto.

Raccomandazione 8.10

GPP

Il Gruppo ISO-SPREAD suggerisce che il personale dei mezzi di soccorso preavvisi il Pronto Soccorso o direttamente il medico dell'Unità Neurovascolare (Stroke Unit) dell'imminente arrivo di un paziente con sospetto ictus.

Raccomandazione 8.11

Forte a favore

Grado B

In caso di attacco ischemico transitorio è raccomandato il rapido invio al Pronto Soccorso di Ospedale dotato di Unità Neurovascolare (Stroke Unit) per valutazione diagnostica ed eventuale ricovero.

Raccomandazione 8.12

GPP

In pazienti con TIA a rischio moderato-alto di ictus (ABCD2 score ≥ 4) e/o fibrillazione atriale e/o stenosi carotidea, il Gruppo ISO-SPREAD suggerisce il ricovero ospedaliero.

Sintesi 8.4

L'Unità Neurovascolare (Stroke Unit) costituisce l'elemento centrale della catena assistenziale all'ictus cerebrale acuto, rappresentando la struttura dedicata all'interno della quale:

- a) si sviluppino operativamente le competenze sulla patologia vascolare cerebrale in fase acuta;
- b) si intraprendono quelle più propriamente riabilitative il più precocemente possibile;
- c) si stabiliscano le basi per l'inizio di quel fondamentale processo che va sotto la comune definizione di prevenzione secondaria, la quale rappresenta lo strumento più idoneo attualmente conosciuto per la riduzione delle recidive.

Essa interagisce, relativamente all'accesso dei pazienti, con l'organizzazione sanitaria del territorio sulla base di modelli operativi condivisi con:

- a) il Pronto Soccorso dell'Ospedale nel quale è collocato e degli Ospedali della stessa area che non ne siano provvisti;
- b) il Servizio di emergenza/urgenza 118, al quale è demandata la responsabilità dell'arrivo il più precoce possibile dalla sede dell'evento acuto all'Ospedale dotato di Pronto Soccorso e di Unità Neurovascolare (Stroke Unit).

Sintesi 8.5

In numerose occasioni, i limiti di tempo legati al non tempestivo arrivo dei pazienti con ictus acuto in Ospedale rendono necessaria l'esecuzione delle attività diagnostiche (TC o RM, Angio-TC o eventuale Angio-RM o Ecodoppler TSA, routine ematochimica, valutazione clinica e somministrazione della scala NIHSS) e terapeutiche (trombolisi sistemica e, ove possibile trattamento endovascolare) nell'ambito del DEA, dove lo specialista dell'Unità Neurovascolare (Stroke Unit) dell'Ospedale (per lo più un neurologo) garantisce l'espletamento di queste attività, coordinandosi con gli altri operatori coinvolti.

Raccomandazione 8.13**Forte a favore****Grado A**

È raccomandato che tutti i pazienti con ictus acuto siano ricoverati presso una struttura di degenza rappresentata dall'Unità Neurovascolare (Stroke Unit).

Sintesi 8.6

L'Unità Neurovascolare(Stroke Unit) di I Livello si caratterizza per la presenza, in area di degenza dedicata per pazienti con ictus, di:

- competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure neuronologiche di eco-colorDoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi intracranici e di procedure ecocardiografiche, incluse o esistenti nel contesto della struttura);
- di norma almeno un neurologo dedicato per turno lavorativo e personale infermieristico esperto;
- possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto;
- riabilitazione precoce (fisioterapia, logopedia, terapia occupazionale);
- terapia fibrinolitica endovenosa;
- pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- disponibilità h24 di TC cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrati ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM;
- collegamento operativo con le SU di I e II livello per invio immagini e consultazione (telemedicina);
- collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative.

Sintesi 8.7

L'Unità Neurovascolare (Stroke Unit) di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per i centri ictus di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- unità di norma a conduzione neurologica;
- personale dedicato h24;
- neuroradiologia h24/7 con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di ricostruzione angiografica e perfusionale; apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI, RM-PWI e angio-RM con pacchetto per rapida effettuazione;
- interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con Flat Pannel (h24/7 o reperibilità);
- neurochirurgia (h24/7 o reperibilità);
- chirurgia vascolare (24/7 o reperibilità);
- trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- ed intracranico;
- embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (urgenza ed elezione);
- endoarterectomia (urgenza);
- craniotomia decompressiva;
- clipping degli aneurismi.

Sintesi 8.8

Ad oggi esistono 3 principali modelli organizzativi di telemedicina:

- 1 “Hospital-based Hub-and-Spoke model”: in questo modello l’esperto di teleconsulto è affiliato con l’ospedale “Hub” che riceve le richieste di consultazione.
- 2 “For-profit, telemedicine company-based, Hub-and-Spoke model”: lo specialista del teleconsulto è affiliato alla compagnia “For-profit telemedicine” e non con l’ospedale “Hub”.
3. “Hub-less private practice physician model”: l’esperto è un neurologo indipendente, non affiliato all’ospedale “Hub”. Non sono ad oggi disponibili dati a favore della maggior efficacia di uno di questi modelli rispetto agli altri due.

Sintesi 8.9

Gli elementi cardine di un percorso diagnostico-terapeutico per l’ictus acuto, attualizzato rispetto alle più recenti acquisizioni dai trial clinici, sono:

- il precoce riconoscimento dell’ictus da parte del personale di soccorso;
- un triage che valorizzi la severità del quadro clinico ed il tempo di esordio dei sintomi;
- l’attivazione di un team comprendente il neurologo e il neuroradiologo interventista (dove disponibile);
- l’esecuzione di neuroimmagini del parenchima e dei vasi cerebrali e del trattamento trombolitico endovenoso, se praticabile;
- il trasferimento del paziente nel Centro presso il quale è effettuabile l’eventuale trattamento endovascolare.

Sintesi 8.10

È auspicabile che in un ospedale dotato di Unità Neurovascolare (Stroke Unit) di I livello gli esami di laboratorio e lo studio radiologico con TC e/o RM siano effettuati entro il tempo massimo di 60 minuti dal ricovero.

È inoltre auspicabile che siano disponibili gli interventi terapeutici con trombolitici per via generale o locoregionale entro 4,5 ore dall’esordio dei sintomi, e sia possibile la consulenza, anche per via telematica, di una équipe neurochirurgica reperibile.

Sintesi 8.11

Nella logica di un sistema di servizi in rete, il trasferimento da Ospedale con Unità Neurovascolare (Stroke Unit) di I livello ad Ospedale con Unità Neurovascolare (Stroke Unit) di II livello, deve essere attivato qualora si intenda sottoporre il paziente con ictus acuto al trattamento endovascolare. In questo senso devono essere ottemperati alcuni criteri:

- L’inizio del trattamento endoarterioso (puntura dell’arteria femorale) nella sala angiografica della struttura di II livello dovrebbe avvenire entro e non oltre il tempo massimo di 30 minuti dal termine della trombolisi e.v.
- La procedura di trasferimento deve essere effettuata solo se sono assicurati tempi che consentano l’inizio della procedura endovascolare entro i limiti della finestra terapeutica (in caso contrario la stessa deve essere annullata).

- Il trasporto deve essere effettuato con ambulanza medicalizzata.
- La contemporanea somministrazione di trombolitico e.v. non controindica il trasporto.
- Una volta stabilizzato il paziente può essere reinviato alla Unità Neurovascolare (Stroke Unit di I livello) di provenienza.

Sintesi 8.12

L'identificazione e definizione degli indicatori di struttura e/o di processo è necessaria per:

- rendere omogenee e allineate a linee guida condivise le prestazioni ed i comportamenti di ogni operatore, per migliorare la qualità del processo di cura;
- definire una misura di ciò che si fa e degli standard di confronto;
- identificare le ragioni per cui non si è raggiunto lo standard definito (indicatori di ridotta performance).

Essi vengono identificati da gruppi di esperti nell'ambito di "domini" (organizzazione, terapia trombolitica, valutazione in emergenza, gestione complicanze in emergenza, prevenzione delle complicanze, procedure diagnostiche, prevenzione secondaria) che esprimono, di solito, tutti gli ambiti assistenziali dell'evento acuto e non. L'identificazione e la regolare valutazione di questi indicatori rappresentano le modalità attraverso le quali, non solo si possono definire i criteri di "riconoscimento" delle strutture dedicate alla cura dell'ictus, ma è possibile verificare la reale esecuzione di piani o percorsi terapeutici che le varie strutture (compreso il centro ictus) condividono nel contesto della continuità assistenziale al paziente colpito da ictus.