

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

RETE METROPOLITANA STROKE CARE

MAIOLI F.

Perché costruire un modello di continuità assistenziale?

- **Costituisce la prima causa di disabilità**
- **Rappresenta la seconda causa di demenza**
- **Elevata prevalenza di mortalità (la terza causa di morte dopo l'infarto miocardico e la neoplasia)**
- **La quasi totalità dei pazienti con ictus acuto viene ricoverata in ospedale**
- **Il recente sviluppo di conoscenze scientifiche ha messo in luce importanti novità sul fronte dell'efficacia della terapia in termini di aumento della sopravvivenza e riduzione della disabilità residua**

AUSL DI BOLOGNA
PROGETTO RETE STROKE
2006

DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE

DIPARTIMENTO MEDICO

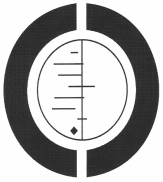
**DIPARTIMENTO EMERGENZA-
URGENZA**

Elementi salienti della Stroke Care

- **Multidisciplinarietà di approccio e team esperto**
- **Precocità dell'intervento riabilitativo**
- **Protocolli di prevenzione delle complicanze maggiori**
- **Teamwork per la organizzazione e la gestione dei singoli casi**

Elementi specifici della Stroke Care

Procedure diagnostiche di monitoraggio clinico (medico ed infermieristico)
Strategie di gestione mirate nelle fasi precoci
Strategie riabilitative



Number Needed to Treat

- **NNT to prevent one death → 33**
- **NNT to prevent one patients being unable to live at home → 20**
- **NNT to prevent one patient failing to regain independence → 20**

Stroke Unit dell'Ospedale Maggiore

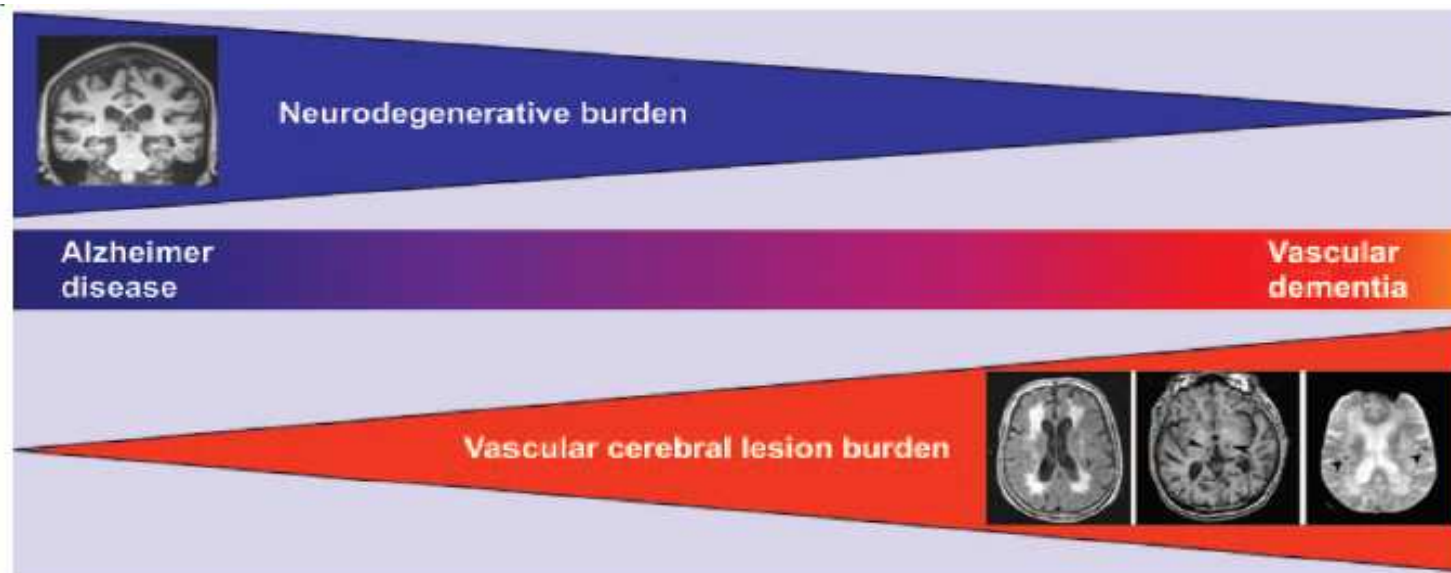
- **Stroke unit di 20 posti letto a gestione integrata neurologico-geriatrica (10 letti neurologici e 10 geriatrici)**
- **Gia' attivo l'IST III per l'effettuazione della trombolisi in pazienti over 80 anni (8-20) in finestra oraria oltre le 3 ore.**
- **Collaborazione diretta con il Centro Esperto per i disturbi cognitivi e della memoria sia in fase ospedaliera che post-dimissione**

FATTORI DI RISCHIO DI VaD POST-STROKE

- **ETA' (dopo i 65 aa la prevalenza raddoppia ogni 5 anni)**
- **VOLUME DELLA LESIONE INFARTUALE**
- **GRADO DI IPERINTENSITA' DELLA SOSTANZA BIANCA PREESISTENTE**
- **ATROFIA DEL LOBO TEMPORALE MEDIALE**
- **IL DECADIMENTO COGNITIVO PREESISTENTE**

Lin JG et al Neurology 2003 61:343-48

DEMENZA VASCOLARE E DEGENERATIVA ?



SPESSO COESISTONO

THE NUN STUDY(Snowdon et al *JAMA* 1997:277-813)

FATTORI DI RISCHIO COMUNI (IPERTENSIONE ARTERIOSA)

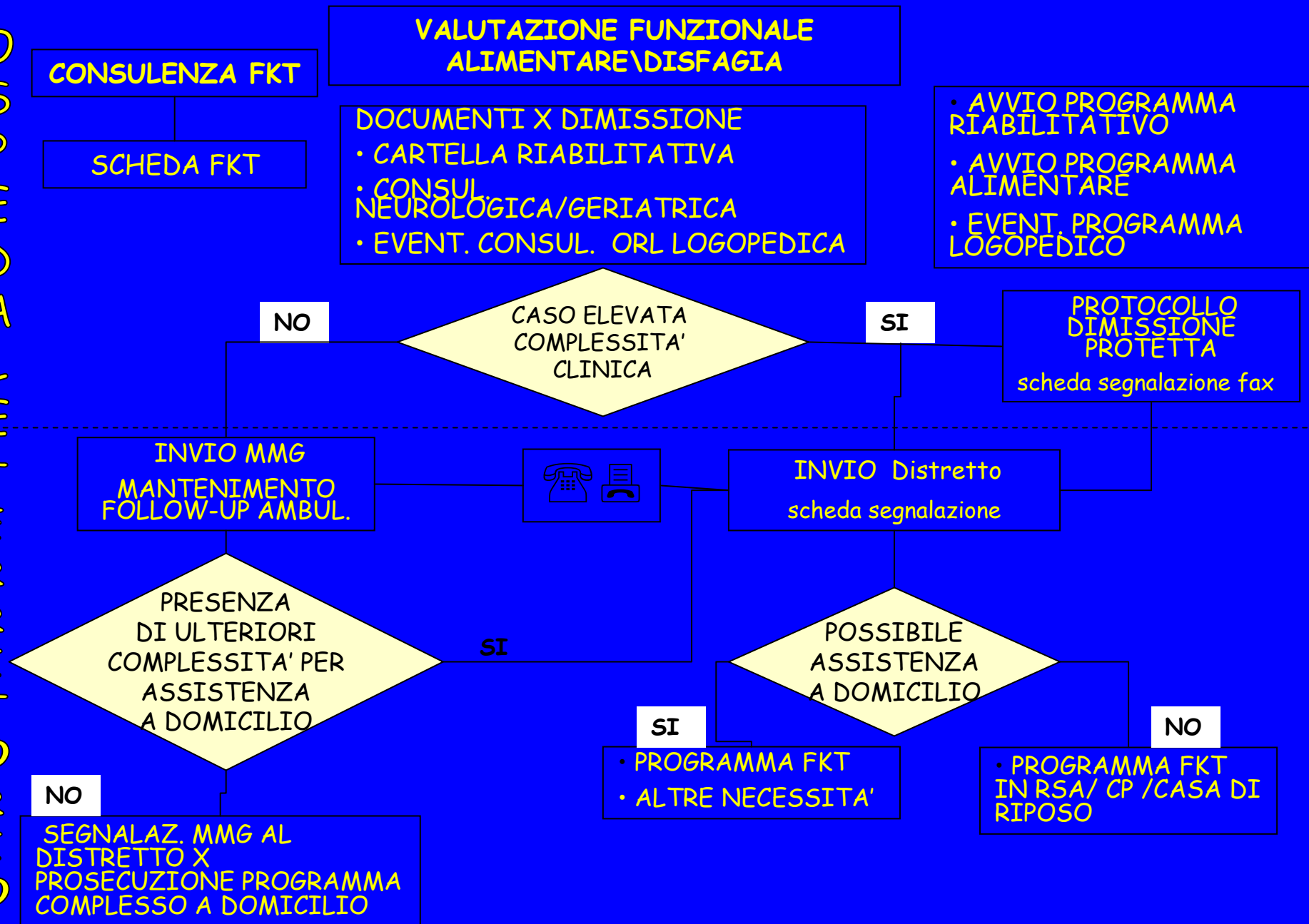
DEMENZA POST-STROKE

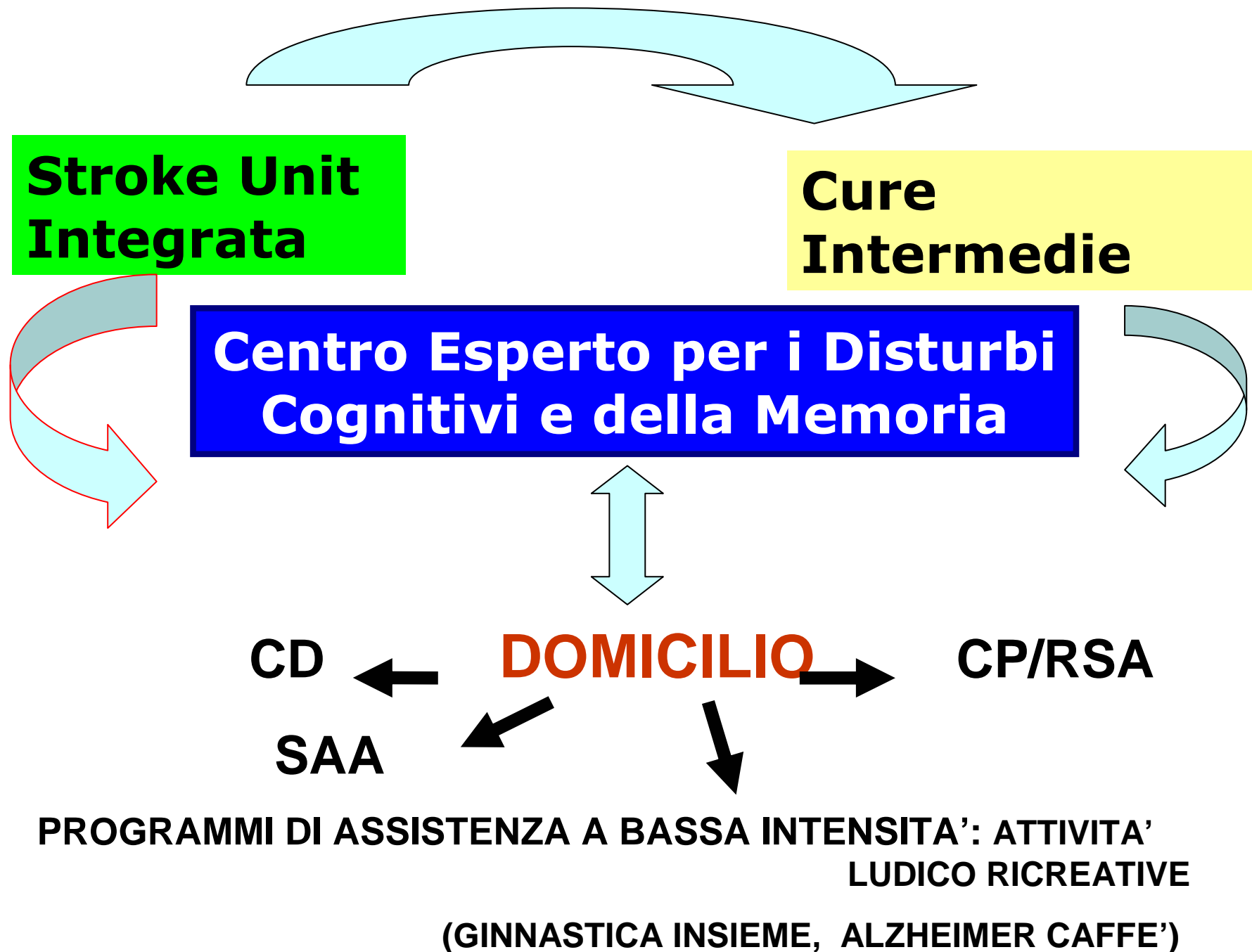
- **Dopo l'ictus 1 soggetto su 3 sviluppa alterazioni cognitive che sfociano in demenza.**
- **Un terzo di questi casi presenta un quadro che rientra nei criteri diagnostici dell'AD.**
- **Gia' precedentemente all'evento vascolare spesso era presente una patologia neurodegenerativa asintomatica o un declino cognitivo iniziale che viene slatentizzato dall'ictus.**
- **Nel paziente con ictus spesso alla demenza si associa l'ulteriore carico del deficit motorio.**

- **Nei pazienti con stroke acuto la demenza anamnesticca è predittrice di breve sopravvivenza e morte da cause associate**
- **Il declino cognitivo post-stroke sembra avere influenza negativa sulla sopravvivenza.**

PROCESSO

O
R
O
L
O
G
H
I
P
R
E
T
E
S
P
E
D
A
L
E





STUDIO-STROKE-COGNITIVITA'

• **INGRESSO**

- anamnesi clinica-farmacologica
- Valutazione dello stato funzionale (Rankin, ADL, IADL prima dell'evento ictale) protezione sociale,
- NIH Stroke scale
- Esami di laboratorio

• **DIMISSIONE**

- Diagnosi principale e secondarie ed eventuali complicanze, valutazione dello stato funzionale residuo(ADL e Rankin), NIHSS, Valutazione cognitiva MMSE , SPMSQ, Valutazione del tono dell'umore (GDS Yesavage 15 items)
- ADRS negli afasici

SPMSQ, Rankin, ADL, IADL, a 6 mesi e ad 1 anno informazioni ottenute tramite intervista telefonica

OBIETTIVI

STUDIO- STROKE-COGNITIVITA'

- **Valutare l'associazione ictus e demenza,**
- **Valutare l'associazione di parametri clinici, funzionali e laboratoristici con lo sviluppo di complicanze e con la mortalita' intraospedaliera in un campione di soggetti di eta ≥ 80 anni.**

FOLLOW-UP:

t0 (fase immediatamente post-acuzie)

t1 (6 mesi dalla dimissione)

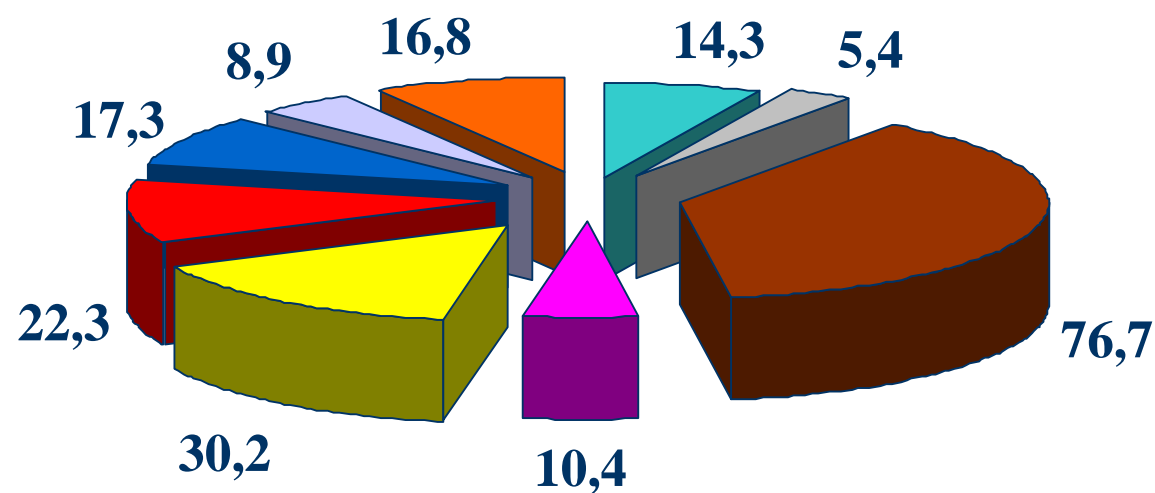
t2 (1 anno dalla dimissione)

STUDIO-STROKE-COGNITIVITA'

caratteristiche della popolazione

	GENNAIO 2008	GIUGNO 2009	
Numero totale	(<i>n</i> = 202)	range	f
Degenza	12,2±7	1-36	
media età	87.7±4,2	81-98	142
PROTEZIONE SOCIALE, N (%)			
SOLO	63 (31,2)		
CONIUGE	36 (17,8)		
ALTRI PARENTI	55(27,2)		
CAREGIVER	38(18,8)		
SERVIZI SOCIALI	7 (3.4)		

Caratteristiche della popolazione



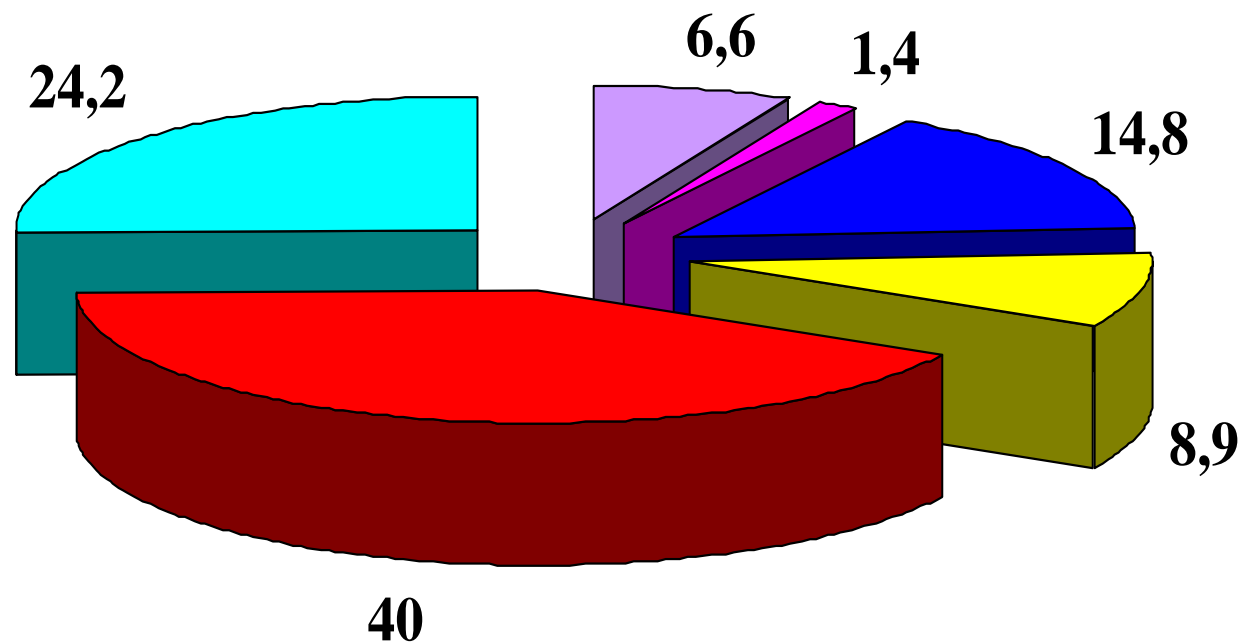
CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

STUDIO- STROKE-COGNITIVA'

		PRERICOVERO	DIMISSIONE
MMSE	m(ds) 15,5±7,5		
ADL		4,1±2	1,4±1,8
IADL	3,4± 3		
RANKIN		1,6 ± 1,5	3,5 ± 1,4
NIHSS		11,8 ± 8,8	8,2 ± 8,2
SPMQ	5,1±2,8		
GDS	3,4±3,5		
AFASICI	81		
ADRS	4,6±5,2		

EZIOLOGIA DELL'ICTUS

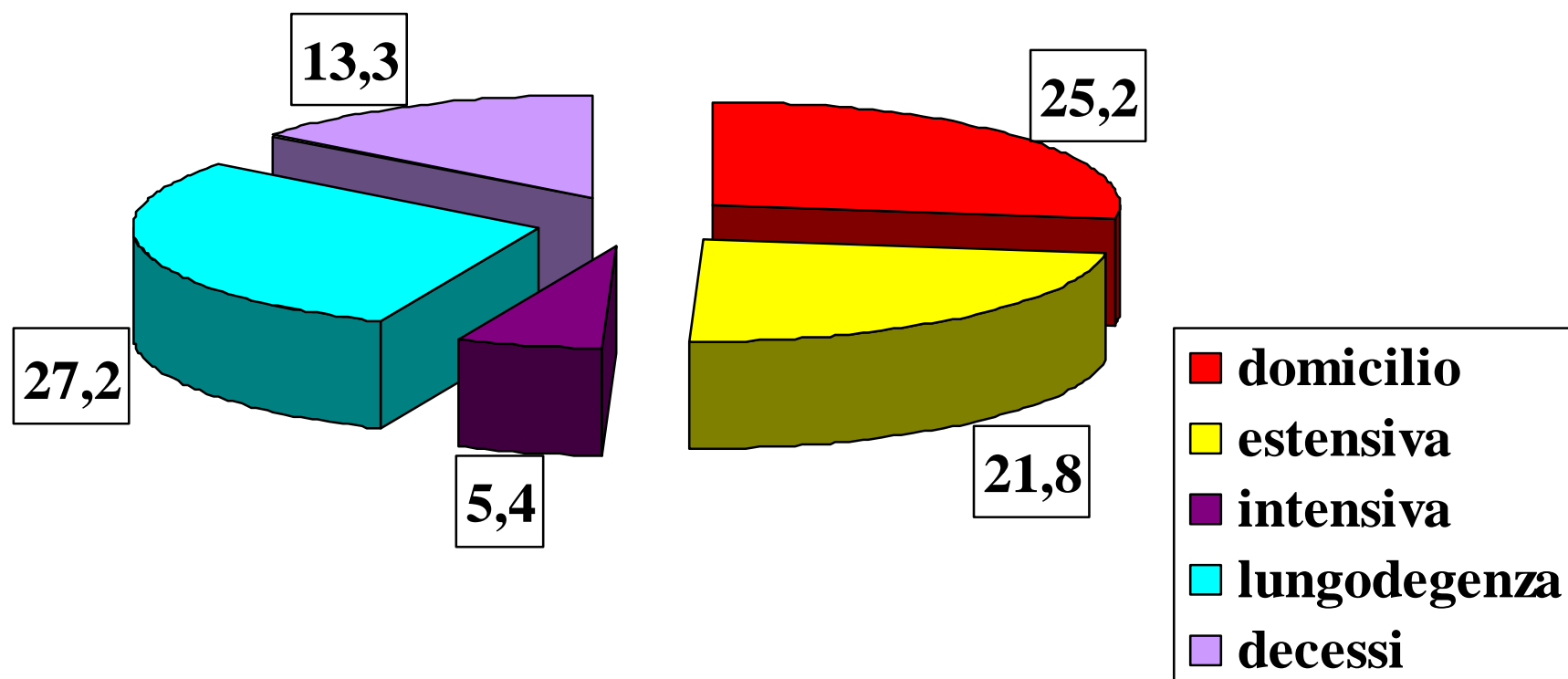
STUDIO- STROKE-COGNITIVITA'



 E Tipica	 E Atipica	 I Lacunare
 I Ater	 I Cardioembol	 criptogen

DIMISSIONE

STUDIO- STROKE-COGNITIVITA'



RISULTATI

	OR PER DECESSO		OR PER COMPLICANZE	
MMSE	0.90 [0,82-0,99]	0.026*	COMPLICANZE (22,3%) : FOCOLAIO BP(4,9%); IVU (4,4%); SCOMPENSO CARDIACO (3,9%) TVP (1,5%) EPILESSIA (0,5%)	
HDL				
LDL				
HCY	1.04 [1,01-1.08]	0,007*		
PCR	1,10 [1,03-1,16]	0,003*		
RANKIN DIM	2,10 [1,43-3,07]	<0,001*	1,60 [1,14-2,23]	0,006*
NIH-DIM	1,10 [1,05-1,15]	<0,001*		
NIH-ING	1,10 [1,10-1,14]	<0,001*		

.....IL FATTO E.....

**RISULTATI A SEI MESI DELLA DIMISSIONE: IL 10% DEI
PAZIENTI DIMESSI HA ACCETTATO DI RECARSİ AL
CENTRO ESPERTO PER UN PERCORSO**

.....IL DA FARSI.....

**ESTENDERE TALE PROGETTO A TUTTI I
RICOVERATI IN STROKE UNIT**