

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**

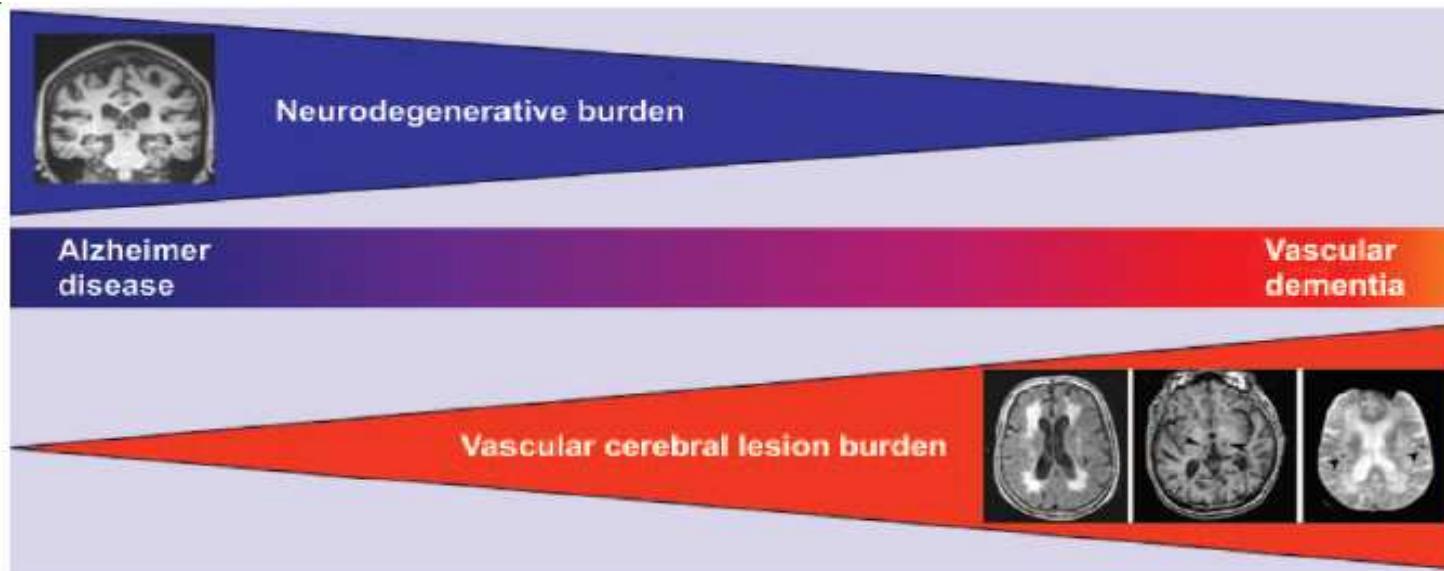
# **Stroke Unit dell'Ospedale Maggiore**

- **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**

# **DEMENZA VASCOLARE E DEGENERATIVA ?**



**SPESSO COESISTONO**

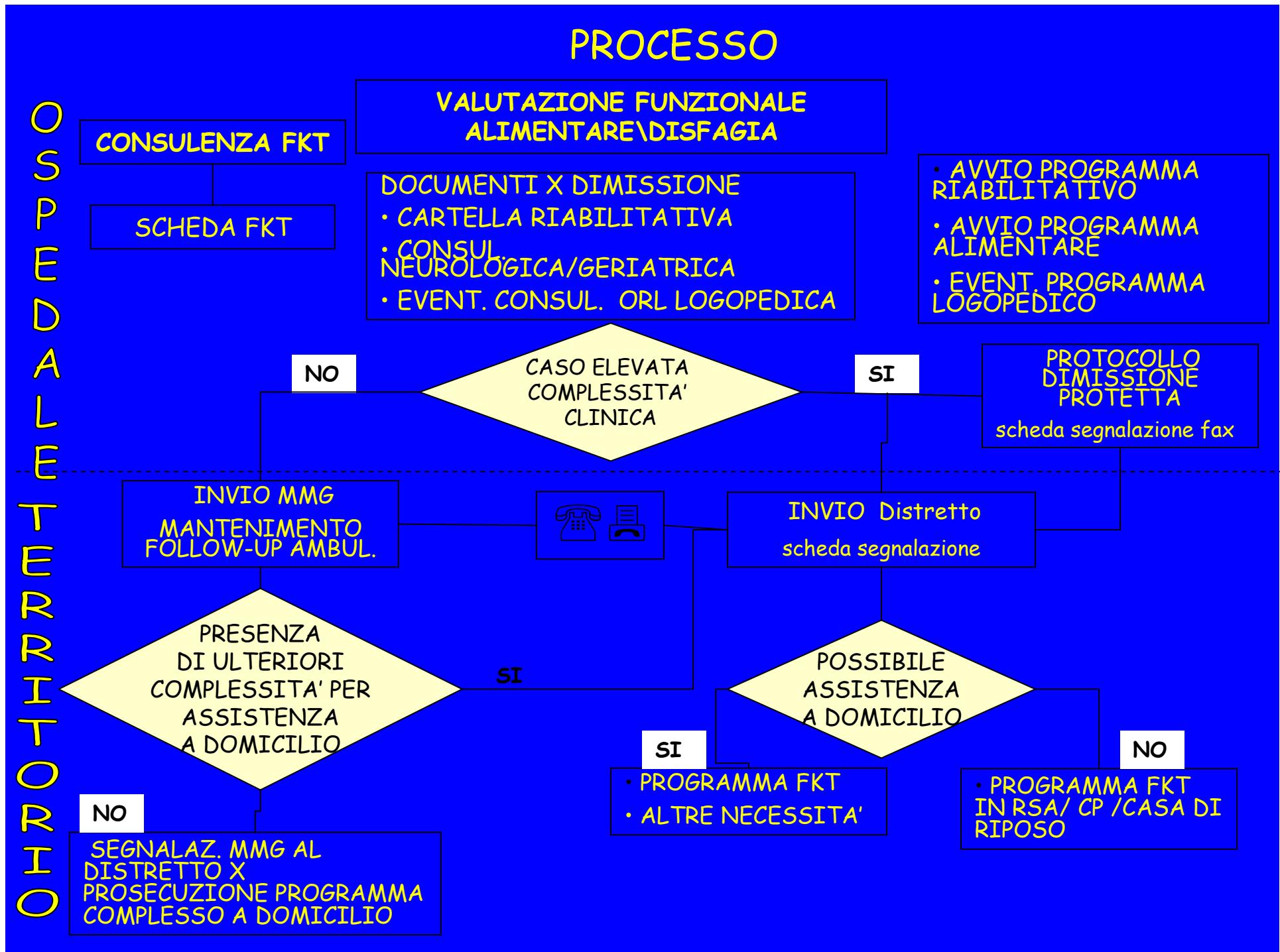
**THE NUN STUDY(Snowdon et al *JAMA* 1997:277-813)**

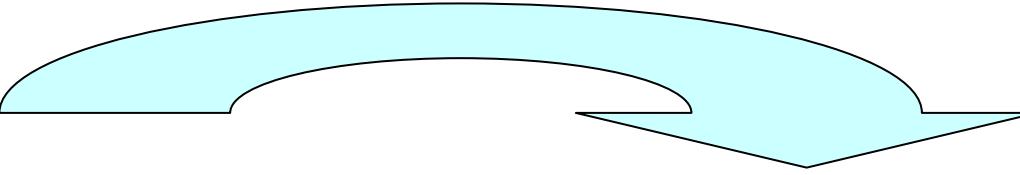
**FATTORI DI RISCHIO COMUNI (IPERTENSIONE ARTERIOSA)**

# **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 un 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 anamnestica è preditrice di breve sopravvivenza e morte da cause associate**
- **Il declino cognitivo post-stroke sembra avere influenza negativa sulla sopravvivenza.**

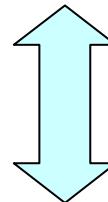
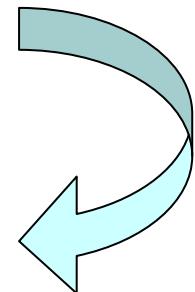
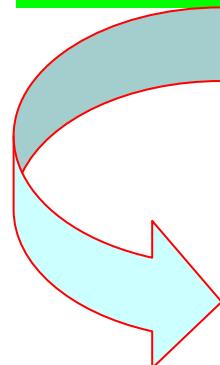




**Stroke Unit  
Integrata**

**Cure  
Intermedie**

**Centro Esperto per i Disturbi  
Cognitivi e della Memoria**



**CD** ← **DOMICILIO** → **CP/RSA**

**SAA**



**PROGRAMMI DI ASSISTENZA A BASSA INTENSITA': ATTIVITA'  
LUDICO RICREATIVE**

**(GINNASTICA INSIEME, ALZHEIMER CAFFE')**

# **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'  $\geq 80$  anni.**

## FOLLOW-UP:

t0 (fase immediatamente post-acuzie)

t1 (6 mesi dalla dimissione)

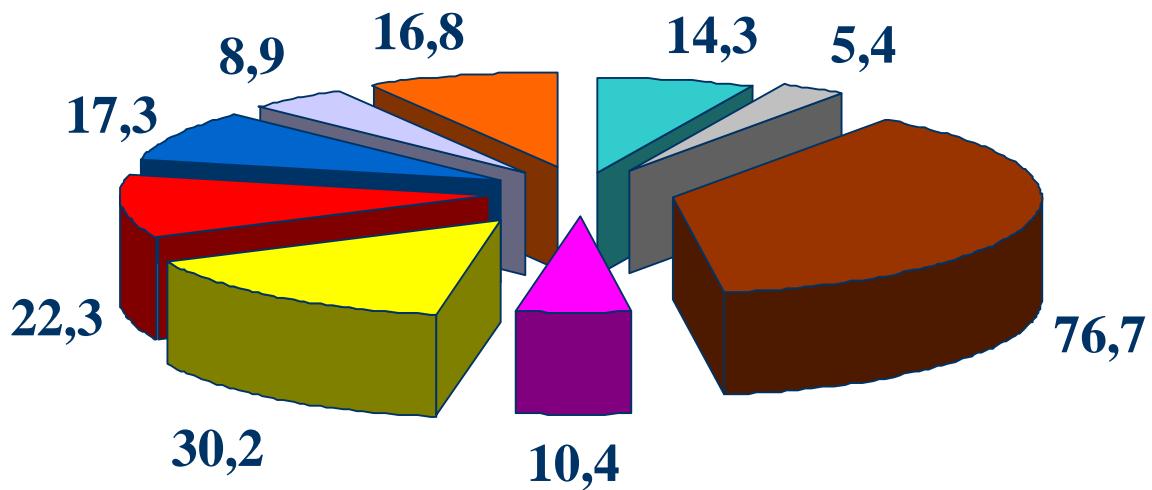
t2 (1 anno dalla dimissione )

# **STUDIO-STROKE-COGNITIVITA'**

## caratteristiche della popolazione

	<b>GENNAIO 2008</b>	<b>GIUGNO 2009</b>	
<b>Numero totale</b>	<b>(n = 202)</b>	<b>range</b>	<b>f</b>
Degenza	12,2±7	1-36	
media età	87,7±4,2	81-98	142
<b>PROTEZIONE SOCIALE, N (%)</b>			
<b>SOLO</b>	63 (31,2)		
<b>CONIUGE</b>	36 (17,8)		
<b>ALTRI PARENTI</b>	55(27,2)		
<b>CAREGIVER</b>	38(18,8)		
<b>SERVIZI SOCIALI</b>	7 (3.4)		

# Caratteristiche della popolazione



CIC	SC	ipertensione
IMA	FA	demenza
DMtipoII	ipercol	TIA/ICTUS

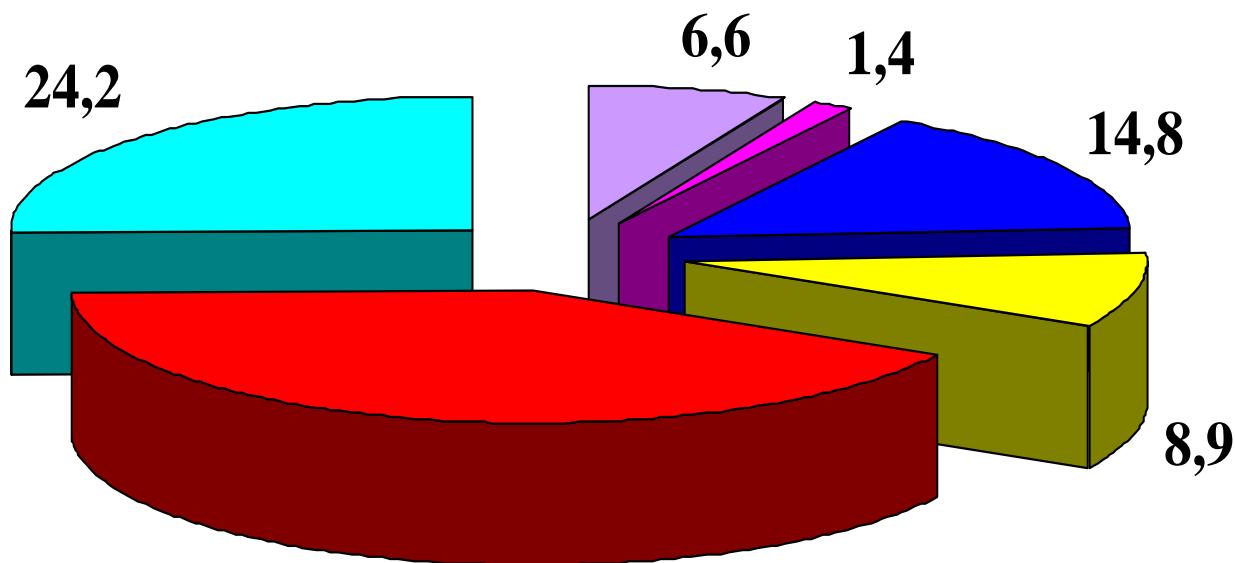
# CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE

## STUDIO- STROKE-COGNITIVITA'

	PRERICOVERO	DIMISSIONE
<b>MMSE m(ds)</b> $15,5 \pm 7,5$		
<b>ADL</b>	$4,1 \pm 2$	$1,4 \pm 1,8$
<b>IADL</b>	$3,4 \pm 3$	
<b>RANKIN</b>	$1,6 \pm 1,5$	$3,5 \pm 1,4$
<b>NIHSS</b>	$11,8 \pm 8,8$	$8,2 \pm 8,2$
<b>SPMQ</b>	$5,1 \pm 2,8$	
<b>GDS</b>	$3,4 \pm 3,5$	
<b>AFASICI</b>	81	
<b>ADRS</b>	$4,6 \pm 5,2$	

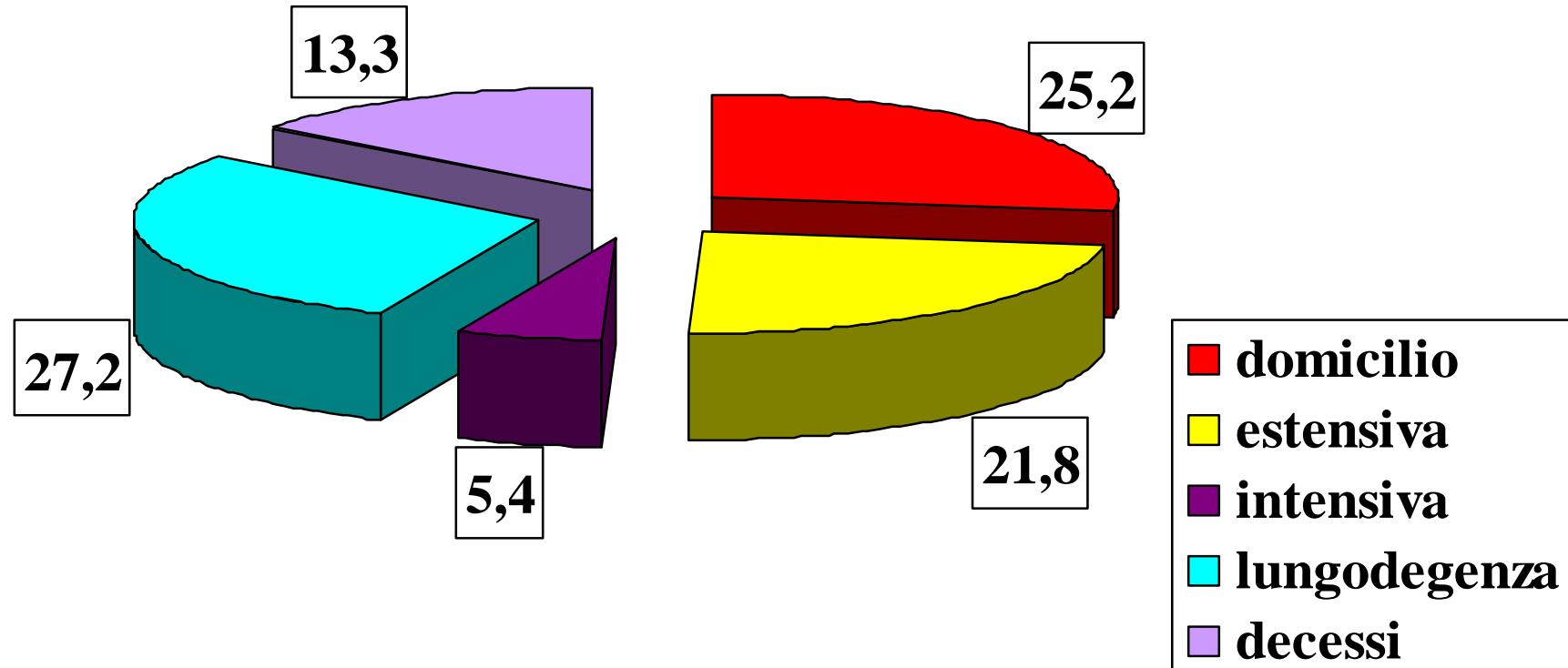
# EZIOLOGIA DELL'ICTUS

## *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	<b>0,90 [0,82-0,99]</b>	<b>0,026*</b>		
HDL		<b>COMPLICANZE (22,3%) :</b> FOCOLAIO BP(4,9%); IVU (4,4%); SCOMPENSO CARDIACO (3,9%) TVP (1,5%) EPILESSIA (0,5%)		
LDL				
HCY	<b>1,04 [1,01-1,08]</b>	<b>0,007*</b>		
PCR	<b>1,10 [1,03-1,16]</b>	<b>0,003*</b>		
RANKIN DIM	<b>2,10 [1,43-3,07]</b>	<b>&lt;0,001*</b>	<b>1,60 [1,14-2,23]</b>	<b>0,006*</b>
NIH-DIM	<b>1,10 [1,05-1,15]</b>	<b>&lt;0,001*</b>		
NIH-ING	<b>1,10 [1,10-1,14]</b>	<b>&lt;0,001*</b>		

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

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

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

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