


O.R.I.A.

Osservatorio Ricerca e Innovazione Aziendale
Seduta del 07/04/2010

 Dott.ssa N. Marcello

 Dott. G. Malferrari

 Dott. A. Dallari

 Dott.ssa A. Nucera

 Dott.ssa M. Zedde

 Dott. E. Lotti

IL
PROGETTO
DAY TIA

DIPARTIMENTO NEUROMOTORIO
UNITA' OPERATIVA DI NEUROLOGIA

**B
A
C
K
G
R
O
U
N
D**

FORMAZIONE

COMPLESSITA'

INNOVAZIONE



**PREVENZIONE
PRIMARIA**

**PREVENZIONE
SECONDARIA**

**PREVENZIONE
TERZIARIA**

**Paziente senza
storia di eventi
vascolari
cerebrali**

Il trattamento
fibrinolitico ev o
locale è l'unica
terapia eziologica
disponibile per lo
stroke

Tutti gli altri presidi
terapeutici utilizzati, a
partire dalla terapia
antiaggregante,
rientrano nella
prevenzione secondaria

**Evento
vascolare
cerebrale
sintomatico**

Primo evento

Recidiva

- Resistenza
- Dose insufficiente
- Inadeguatezza del controllo di altri fattori di rischio
- Patogenesi

RIABILITAZIONE

**L'inquadramento
neurovascolare interviene
nei punti segnalati dalla
freccia rossa**

**Il loro contenuto
informativo modifica
l'inquadramento e guida le
scelte terapeutiche**



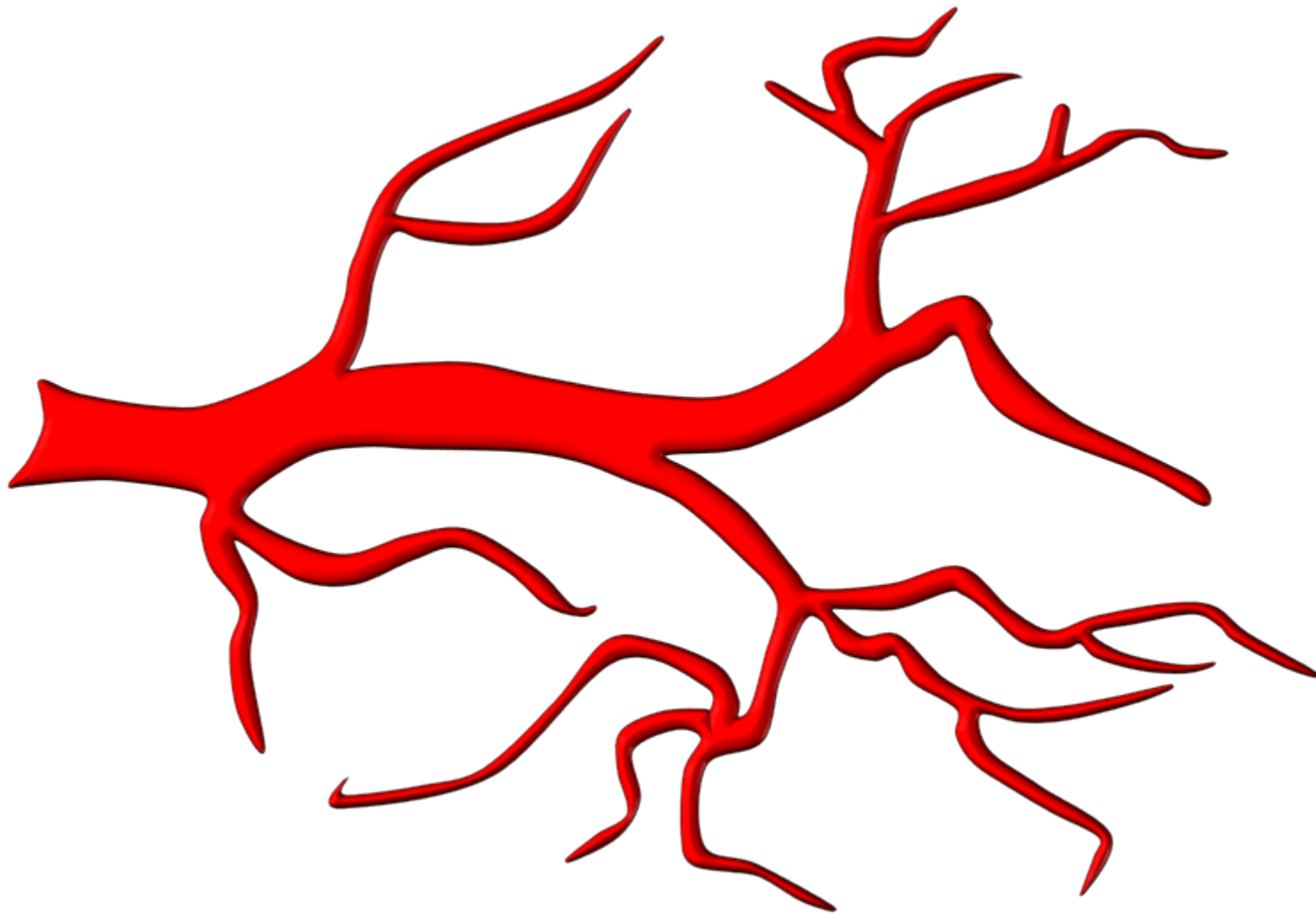


Il TIA costituisce un ottimo esempio delle possibilità di prevenzione secondaria offerte da un percorso coordinato.



L'evoluzione delle idee

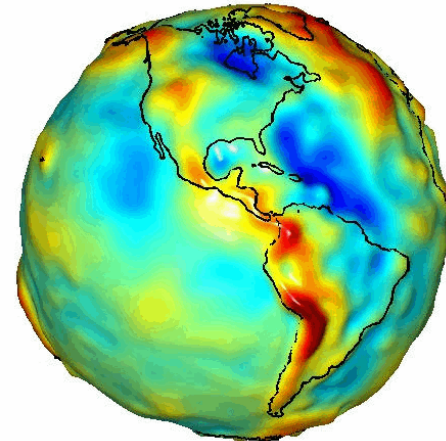
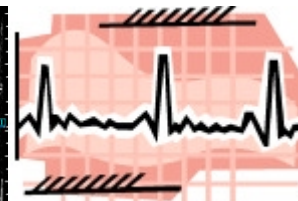
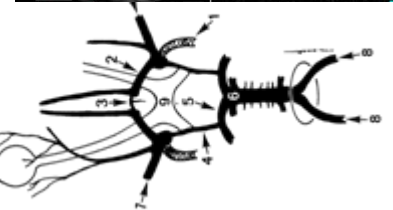
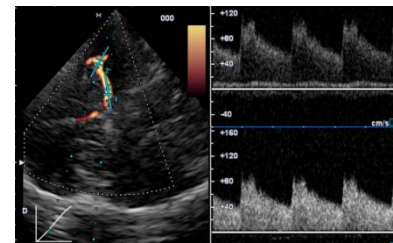
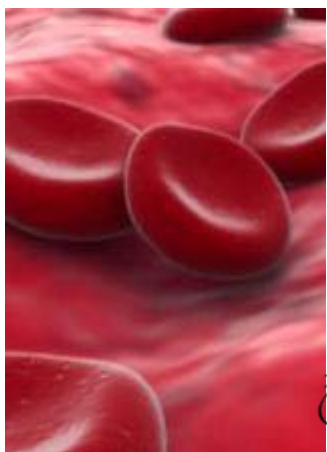
Non tutti i TIAs



..... sono uguali



MANAGEMENT CLINICO-TRUMENTALE



DIAGNOSI

PATOLOGIA

SEDE

CAUSA

TEMPO

METODI

SETTING

Neurologo
vascolare –
Stroke
Specialist

FOLLOW-UP

TERAPIA

Class I Recommendations

1. Patients with TIA should preferably undergo neuroimaging evaluation within 24 hours of symptom onset. MRI, including DWI, is the preferred brain diagnostic imaging modality. If MRI is not available, head CT should be performed (**Class I, Level of Evidence B**).
2. Noninvasive imaging of the cervicocephalic vessels should be performed routinely as part of the evaluation of patients with suspected TIAs (**Class I, Level of Evidence A**).
3. Noninvasive testing of the intracranial vasculature reliably excludes the presence of intracranial stenosis (**Class I, Level of Evidence A**) and is reasonable to obtain when knowledge of intracranial steno-occlusive disease will alter management. Reliable diagnosis of the presence and degree of intracranial stenosis requires the performance of catheter angiography to confirm abnormalities detected with noninvasive testing.
4. Patients with suspected TIA should be evaluated as soon as possible after an event (**Class I, Level of Evidence B**).

It is reasonable to hospitalize patients with TIA if they present within 72 hours of the event and any of the following criteria are present:

*a. ABCD2 score of 3 (**Class IIa, Level of Evidence C**).*

*b. ABCD2 score of 0 to 2 and uncertainty that diagnostic workup can be completed within 2 days as an outpatient (**Class IIa, Level of Evidence C**).*

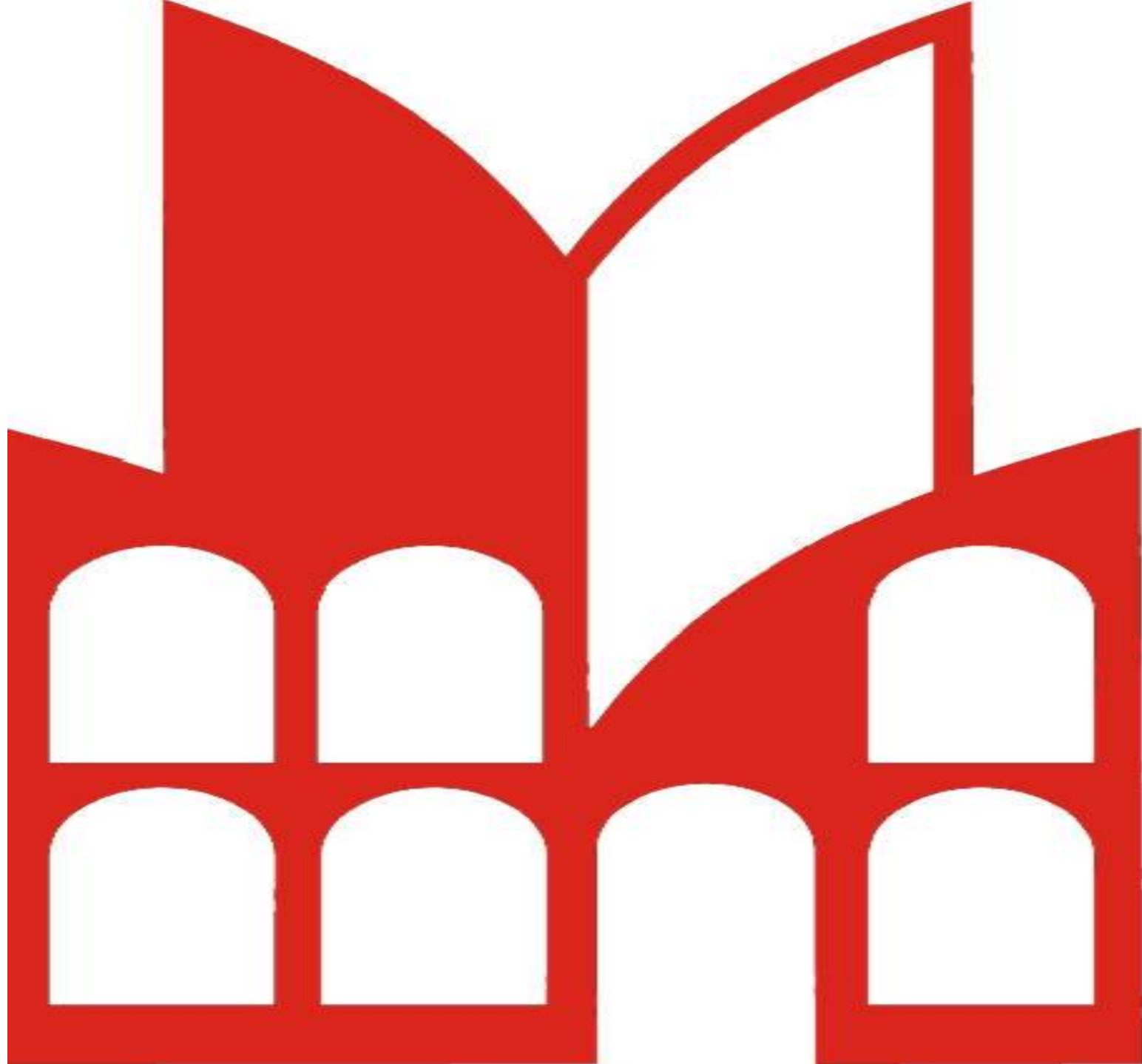
*c. ABCD2 score of 0 to 2 and other evidence that indicates the patient's event was caused by focal ischemia (**Class IIa, Level of Evidence C**).*

METODI: NEUROSONOLOGIA



**Permette di entrare dinamicamente
nel circolo cerebrale in tempo reale**

DAY TIA



DAY TIA: un progetto nazionale

Stroke - Regione Emilia-Romagna - Microsoft Internet Explorer



Home > Progetto AUDIT > [STROKE CARE: UN PROGRAMMA NAZIONALE DI AUDIT CLINICO-ORGANIZZATIVO](#) > [Studio Day-TIA \(Dott. G. Malferrari\)](#)

[Studio Day-TIA \(Dott. G. Malferrari\)](#)

Obiettivo del progetto

L'obiettivo principale dello studio in oggetto è la definizione del percorso diagnostico-terapeutico più adeguato e cost-effective per i pazienti con TIA. Alla base di tale percorso si situa, in fase diagnostica, una completa ridefinizione nosografica clinico-strumentale della patologia in questione nel singolo soggetto al fine di ottenere un profilo di rischio individuale, volto alla precoce instaurazione di strategie terapeutiche e di prevenzione secondaria degli eventi aterotrombotici cerebrali in primis, cardiaci e vascolari periferici, sulla base delle linee guida esistenti. Obiettivo secondario, ottenibile dopo aver messo in pratica il percorso Day-TIA, è confrontare il risultato di tale metodologia nel prevenire lo stroke e altri eventi vascolari (fatali e non), rispetto a popolazioni non trattate con tali percorsi.

Progetto [REGISTRO FASE ACUTA](#)

Regione Lazio

- ▶ [REGISTRO NAZIONALE TRATTAME ICTUS ACUTO](#)

Sottoprogetti

- ▶ [STROKE CARE: UN PROGRAMMA NAZIONALE DI AUDIT CLINICO-ORGANIZZATIVO \(Dott. S. Ferro\)](#)
- ▶ [Registro interventi riabilitativi \(Dott. M. Franceschini\)](#)
- ▶ [Studio epilessia post-stroke \(Prof. R. D'Alessandro\)](#)
- ▶ [Studio Day-TIA \(Dott. G. Malferrari\)](#)

Cos'è il DAY T.I.A. ?

DAY TIA

- E' un progetto di management integrato del paziente con TIA sulla base di procedure e regole definite precedentemente in un setting ospedaliero neurologico in Emilia Romagna
- (3 centri)
- Cartella clinica informatizzata per raccolta dati uniforme e follow up
- ECG, TAC cerebrale ed ecodoppler TSA –TCCD secondo tempi pianificati sulla base dello score di rischio
- Dimissione medico-infermieristica
- Follow up ambulatoriale

OBIETTIVI

DAY TIA

- Definizione dell'epidemiologia del TIA in Emilia Romagna (inadeguatezza e sottostima dai dati fino ad ora raccolti), elemento indispensabile per una corretta pianificazione dell'organizzazione sanitaria
- Valutazione della cost-effectiveness del setting ospedaliero neurologico (confronto con rischio noto dalla letteratura sulla base del ABCD2 score) (differenza di rischio, outcome globale e accesso al trattamento trombolitico)
- Incrementare la consapevolezza nella popolazione della sintomatologia cerebrovascolare

Determine Sample Size

Confidence Level: 95% 99%

Confidence Interval:

Population:

Sample size needed:

Punti di forza del DAY-TIA

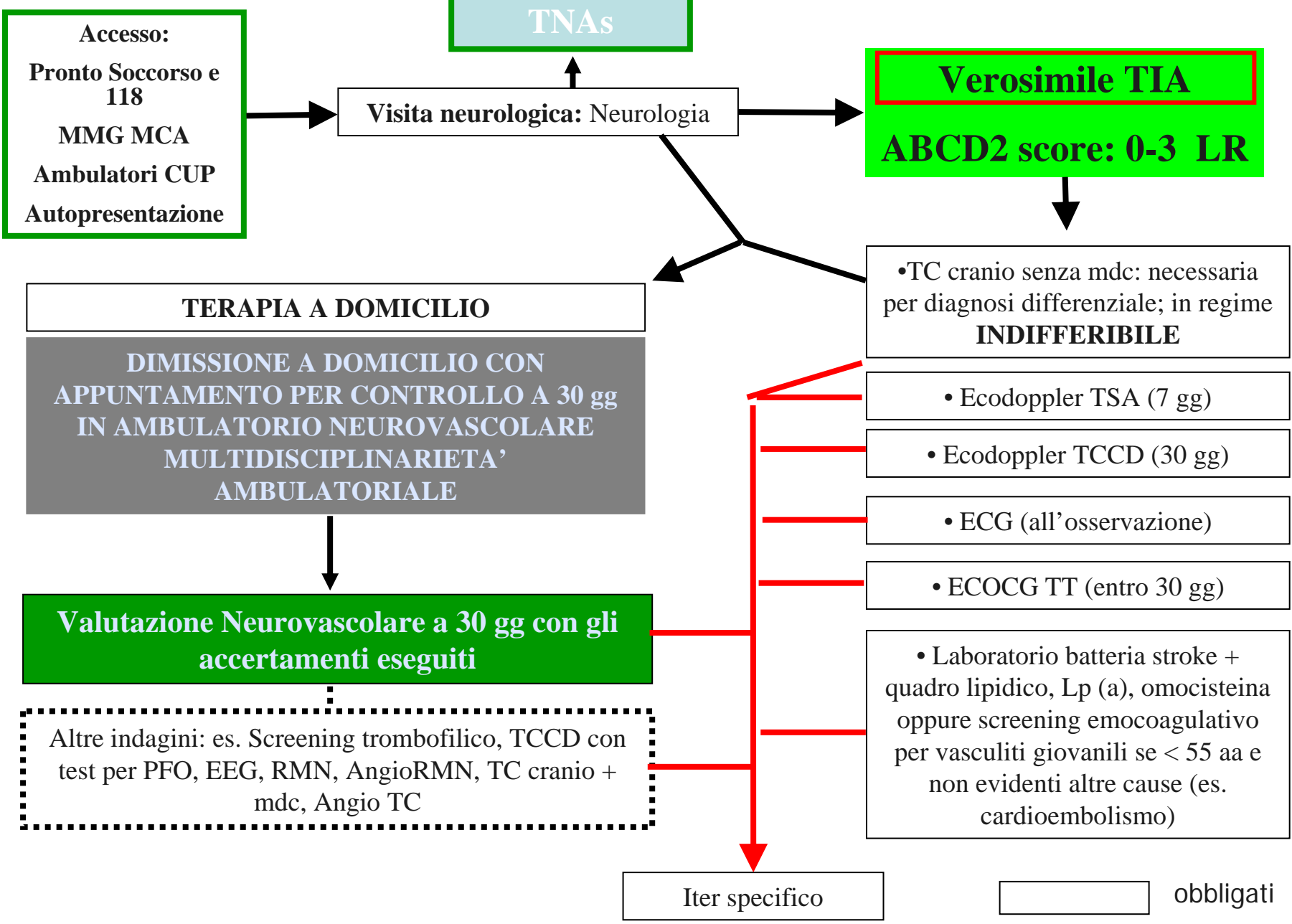


- **informazione alla popolazione**, tramite l'associazione ALICE, circa i principali indici di sospetto diagnostico e le modalità di accesso al DAY-TIA, preferibilmente attraverso valutazione preliminare del medico curante e/o PS;
- **informazione a tutti i Medici di Medicina Generale** della provincia circa le modalità di accesso al DAY-TIA e le caratteristiche del percorso e del successivo follow-up;
- creazione di un **unico database** per la raccolta dati dei pazienti trattati presso la Stroke Unit/Neurologia e presso l'OBI, comprensivo anche di follow-up, ed accessibile da parte di tutte le UO coinvolte nel progetto;
- possibilità di **osservazione clinica presso l'OBI fino a 24 h** nei casi più complessi e nei pazienti con ABCD2 score a rischio intermedio;
- agilità di esecuzione della valutazione sfruttando la **rete neurovascolare** già in essere per il percorso fibrinolisi nel territorio della provincia
- **rete neurologica** sul territorio in via di implementazione

DAY TIA

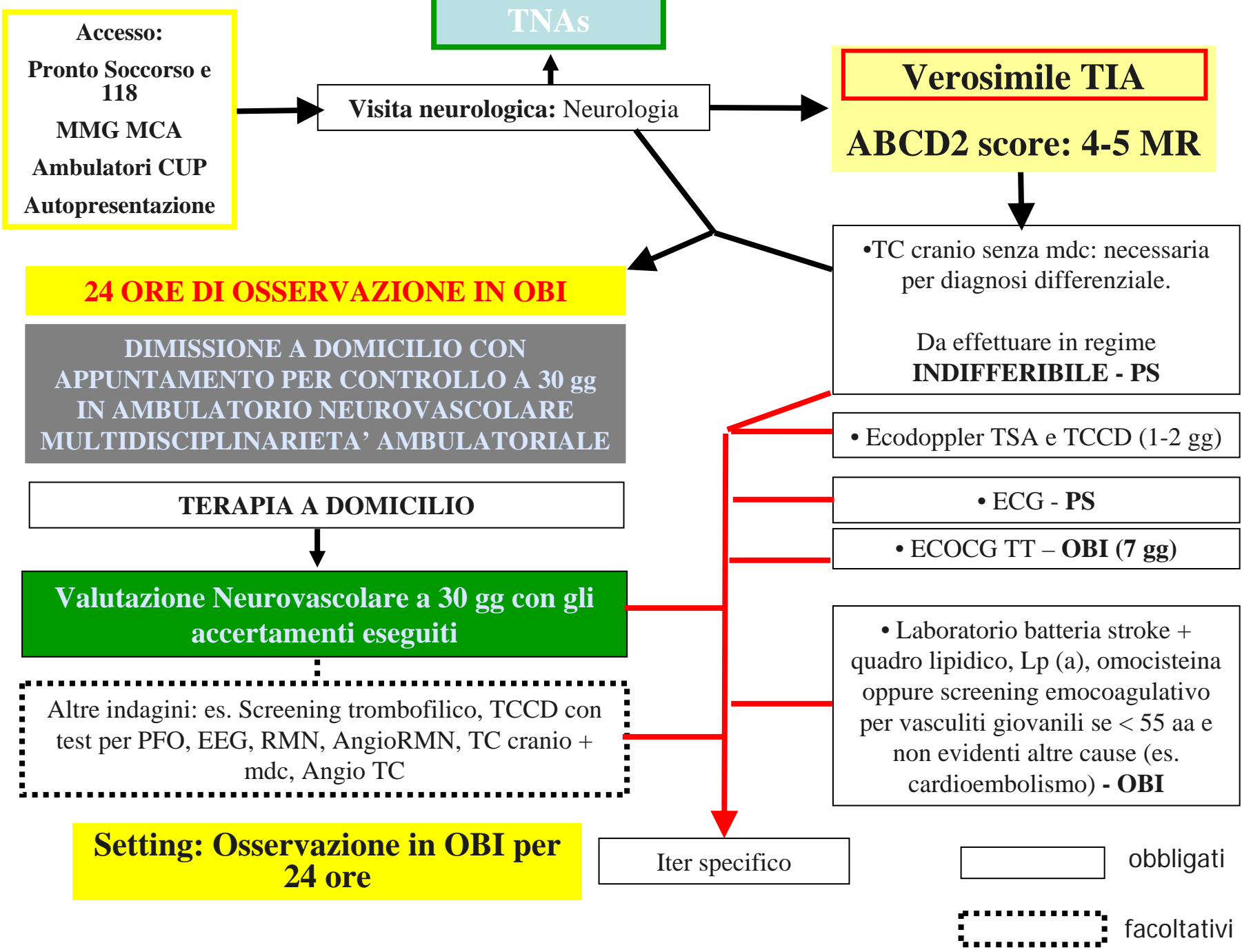


PERCORSI



Setting Ambulatoriale entro 30 gg

obbligati
 facoltativi



TNAs

Accesso:
Pronto Soccorso e 118
MMG MCA
Ambulatori CUP
Autopresentazione

Visita neurologica: Neurologia

Verosimile TIA
ABCD2 score: 4-5 MR

24 ORE DI OSSERVAZIONE IN OBI

**DIMISSIONE A DOMICILIO CON
APPUNTAMENTO PER CONTROLLO A 30 gg
IN AMBULATORIO NEUROVASCOLARE
MULTIDISCIPLINARIETA' AMBULATORIALE**

TERAPIA A DOMICILIO

**Valutazione Neurovascolare a 30 gg con gli
accertamenti eseguiti**

Altre indagini: es. Screening trombofilico, TCCD con test per PFO, EEG, RMN, AngioRMN, TC cranio + mdc, Angio TC

•TC cranio senza mdc: necessaria per diagnosi differenziale.
Da effettuare in regime **INDIFFERIBILE - PS**

• Ecodoppler TSA e TCCD (1-2 gg)

• ECG - PS

• ECOCG TT - **OBI (7 gg)**

• Laboratorio batteria stroke + quadro lipidico, Lp (a), omocisteina oppure screening emocoagulativo per vasculiti giovanili se < 55 aa e non evidenti altre cause (es. cardioembolismo) - **OBI**

Iter specifico

obbligati

facoltativi

Accesso:
Pronto Soccorso e 118
MMG MCA
Ambulatori CUP
Autopresentazione

TNAs

Visita neurologica: Neurologia

Verosimile TIA
ABCD2 score: 6-7 HR

RICOVERO IN SU PER 48 ORE

DIMISSIONE A DOMICILIO CON APPUNTAMENTO PER CONTROLLO A 30 gg IN AMBULATORIO NEUROVASCOLARE MULTIDISCIPLINARIETA' AMBULATORIALE

TERAPIA A DOMICILIO

Valutazione Neurovascolare a 30 gg con gli accertamenti eseguiti

Altre indagini: es. Screening trombofilico, TCCD con test per PFO, EEG, RMN, AngioRMN, TC cranio + mdc, Angio TC

Setting: Ricovero in Neurologia Stroke Unit per 48 ore

Iter specifico

•TC cranio senza mdc: necessaria per diagnosi differenziale. Da effettuare in regime **INDIFFERIBILE – PS/SU**

• Telemetria

• Ecodoppler TSA e TCCD (**24 ore**)

• ECG (**INDIFFERIBILE**) PS/SU

• ECOCG TT (**7 gg**) - SU

• Laboratorio batteria stroke + quadro lipidico, Lp (a), omocisteina oppure screening emocoagulativo per vasculiti giovanili se < 55 aa e non evidenti altre cause (es. cardioembolismo) - **SU**

obbligati

facoltativi

obbligati

facoltativi

DATI EPIDEMIOLOGICI

Dal 01 Ottobre 2008 al 31 Agosto 2009: **160** pazienti con sospetto TIA sono stati visitati ed inseriti nella Cartella Clinica Neurologica (database dedicato).

Hanno proseguito il follow-up **108** pazienti (66%).

52 pazienti hanno deciso di non aderire o erano impossibilitati al controllo ambulatoriale (residenti altrove, anziani, deficit neurologico).

131 pazienti (82%) sono giunti all'osservazione entro le 48 ore dall'esordio dei sintomi, di cui **120** (75%) entro le 24 ore.

112 pazienti (70%) provenivano dai PS o da altri Reparti dell'ASMN e dei presidi ospedalieri della Provincia.

CHI E' IL PAZIENTE CON ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO?

DATI DEMOGRAFICI

Età media (anni)	59 (range 35 - 90)
Maschi	86 (54%)
BMI (Kg/m2)	27,4 (range 23,2 - 34,1)

STORIA MEDICA

Ipertensione Arteriosa	77 paz (48%)
Dislipidemia	62 paz (39%)
Diabete	21 paz (13%)
Tabagismo	67 paz (42%)
Patologie Cardiologiche (15%)	24 paz
Pregressi Eventi Cerebrovascolari	45 paz (28%)

SINTOMI PIU' FREQUENTI DI PRESENTAZIONE DEI TIA

Afasia	38 paz (24%)
Ipostenia	35 paz (22%)
Emisindrome parestesico-sensitiva	23 paz (15%)

PRECEDENTI MEDICAZIONI

Antiaggreganti	58 paz (36%)
Anticoagulanti	3 paz (2%)

PRINCIPALI DATI DELLE INDAGINI STRUMENTALI ESEGUITE IN FASE DIAGNOSTICA ALL'INGRESSO

<u>Neurosonologia:</u> Steno-occlusioni carotidee	26 paz (16%)
Stenosi intracraniche	5 paz (3%)
Dissecazioni arteriose	5 paz (3%)
<u>ECG:</u> Fibrillazione atriale (cronica o parossistica)	24 paz (15%)
<u>TAC:</u> Encefalopatia multilacunare	30 paz (18%)

RISULTATI PROVVISORI DEL FOLLOW-UP

7 pazienti sono stati sottoposti ad Endoarteriectomia Carotidea (TEA), di cui 4 in urgenza.

In 2 pazienti è stata successivamente riscontrata una Fibrillazioni Atriale Parossistica all'Holter ECG.

La RMN Encefalo ha evidenziato in 10 pazienti un danno tissutale. In questi pazienti la sintomatologia ha avuto una durata > 6 ore.

Si sono verificate 3 recidive di TIA (tutte in pazienti non complianti alla terapia).

Non è stato documentato nessun nuovo evento cardiovascolare e periferico. Non si sono verificati decessi.



Società Italiana
Interdisciplinare Neurovascolare



SINV OPENING MEETING 2010

Attacco Ischemico Transitorio:

dal cambiamento della nosografia al cambiamento della pratica clinica

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROVAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
Ospedale S. Maria Nuova

*Patrocino
del Ministero della Salute
Patrocínio SIMEU
Accreditamento ECM
separato per i tre eventi
per la categoria Medico-Chirurgo*

*Ogni giornata è stata accreditata
singolarmente e ci si può iscrivere
separatamente ad ogni evento*

*Presidente del Congresso: Dott.sà N. Marcello
Responsabile scientifico: Dott. G. Malferrari*

REGGIO EMILIA



LAVORI IN CORSO

 **Regione Emilia-Romagna**



Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO DEL FORAME OVALE PERVIO

Data di pubblicazione: maggio 2009

**Percorso intraospedaliero del paziente con patologia
cerebrovascolare acuta
ARCISPEDALE S.MARIA NUOVA
REGGIO EMILIA**

OGGETTO: Percorso intraospedaliero del paziente con **patologia cerebrovascolare acuta**, sulla base delle Linee Guida e delle caratteristiche della nostra realtà, organizzata secondo il modello Stroke Care.

REPARTI COINVOLTI:

Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza,
- **Neurologia Stroke Unit**
- **Geriatrics**
- **Medicina I**

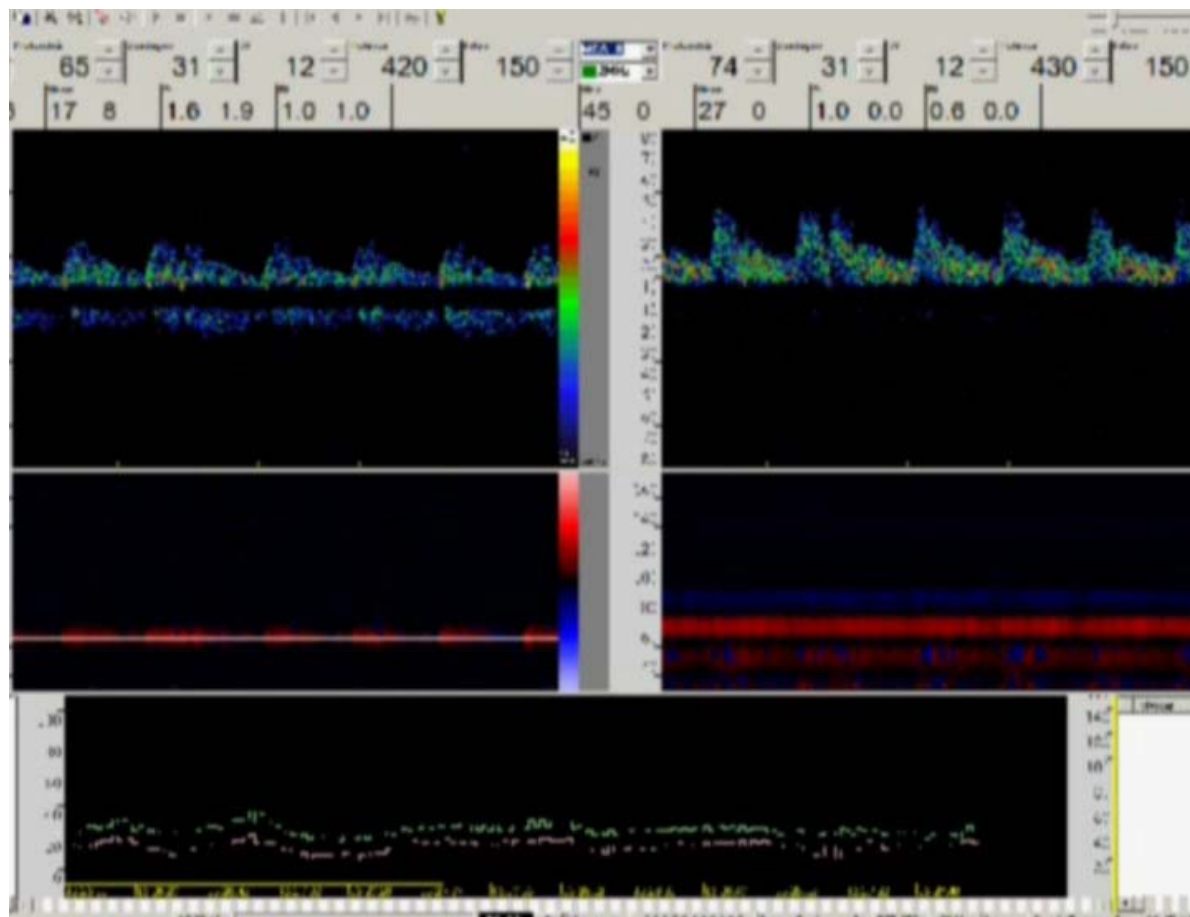
MODALITA' DI ATTIVAZIONE:

Pronto Soccorso - h 24
Medicina d'Urgenza - h 24
Neurologia Generale - guardia attiva h 24
Neurologia Stroke Unit - Reperibilità h 24
Geriatrics (generale) - guardia attiva h 24
Medicina I (generale) - guardia attiva h 24

Neuroradiologia - h 12 diurni feriali per imaging perfusionale e/o AngioTC e

LINEE GUIDA INTERDIPARTIMENTALI STROKE CARE

INNOVAZIONI ASSISTENZIALI



NUOVE CONOSCENZE E PROBLEMATICHE ASSISTENZIALI NELL'ICTUS (STROKE CARE) STROKE CARE

STROKE UNIT - NEUROLOGIA

Laboratorio di Neurosonologia
Responsabile dott. G. Malferrari

UNITA' COMPLESSA DI NEUROLOGIA Direttore Norina Marcello

**PERCORSO DI MIGLIORAMENTO TRA UNITA' OPERATIVE COINVOLTE NEL
PROGRAMMA DI STROKE CARE (neurologia, geriatria, medicina prima , riabilitazione) .**

TERZA EDIZIONE

Aggiornamento finalizzato alla stesura di protocolli clinico-diagnostico-terapeutici condivisi dalle Unità Operative di **NEUROLOGIA, GERIATRIA, MEDICINA PRIMA , RIABILITAZIONE**: in particolare costruire un percorso comune e condiviso con successive verifiche periodiche sui problemi emersi . Segreteria organizzativa : dott. Alberto Dallari - Neurologia – Stroke Unit.
SEDE DELL'INCONTRO aule 1 o 2 dell'ampliamento.

PRIMO INCONTRO : settembre 2009

Mercoledì 23 settembre 2009

1. **Dalle ore 14,00 alle ore 15,00 → NEURORADIOLOGIA DELLE DISSECAZIONI** COLLABORAZIONE della Sezione NEURORADIOLOGICA ASMN (dott. De Felice, dott.M. Maggi : direttore dott. Nicoli) casi clinici problematici da confrontare collegialmente. (CREDITI ECM) .

PROSEGUITE

APPROCCIO AL PAZIENTE CON CVA : ALCUNE CONSIDERAZIONI METODOLOGICHE

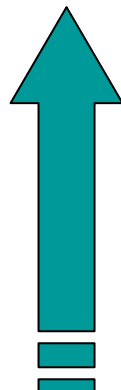
Dominio Clinico



*Conclusione del percorso
diagnostico*

E' meglio conoscere qualcosa delle
domande, che tutto delle risposte.
James Thurber

COMPLESSITA'

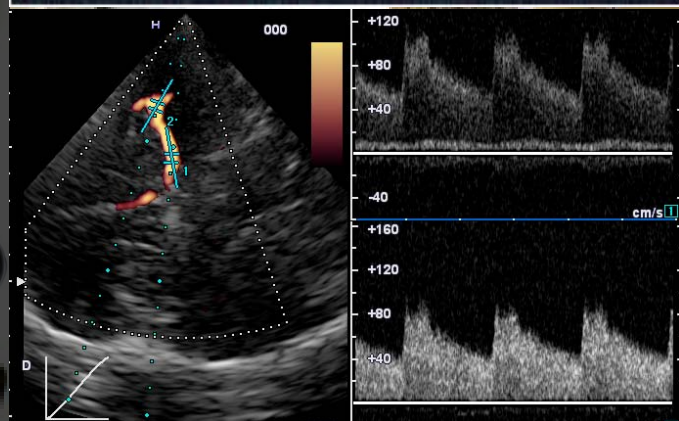
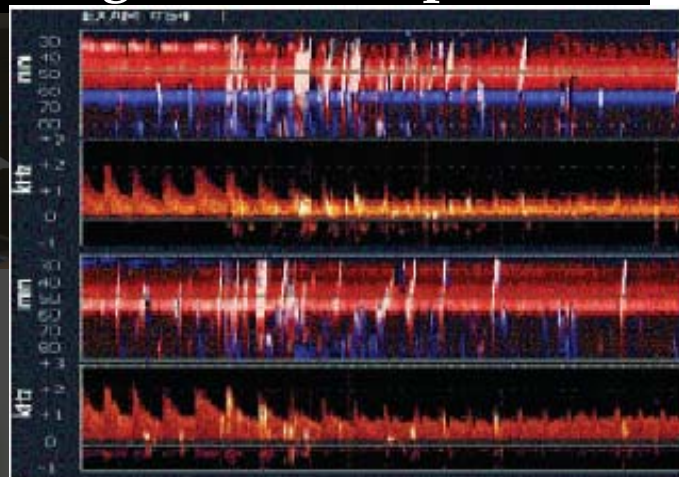
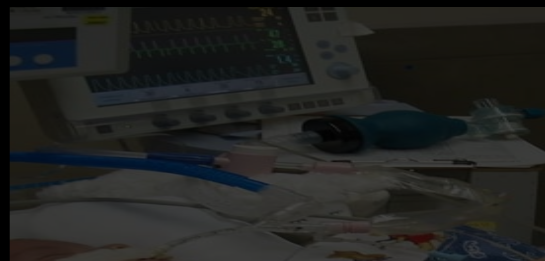


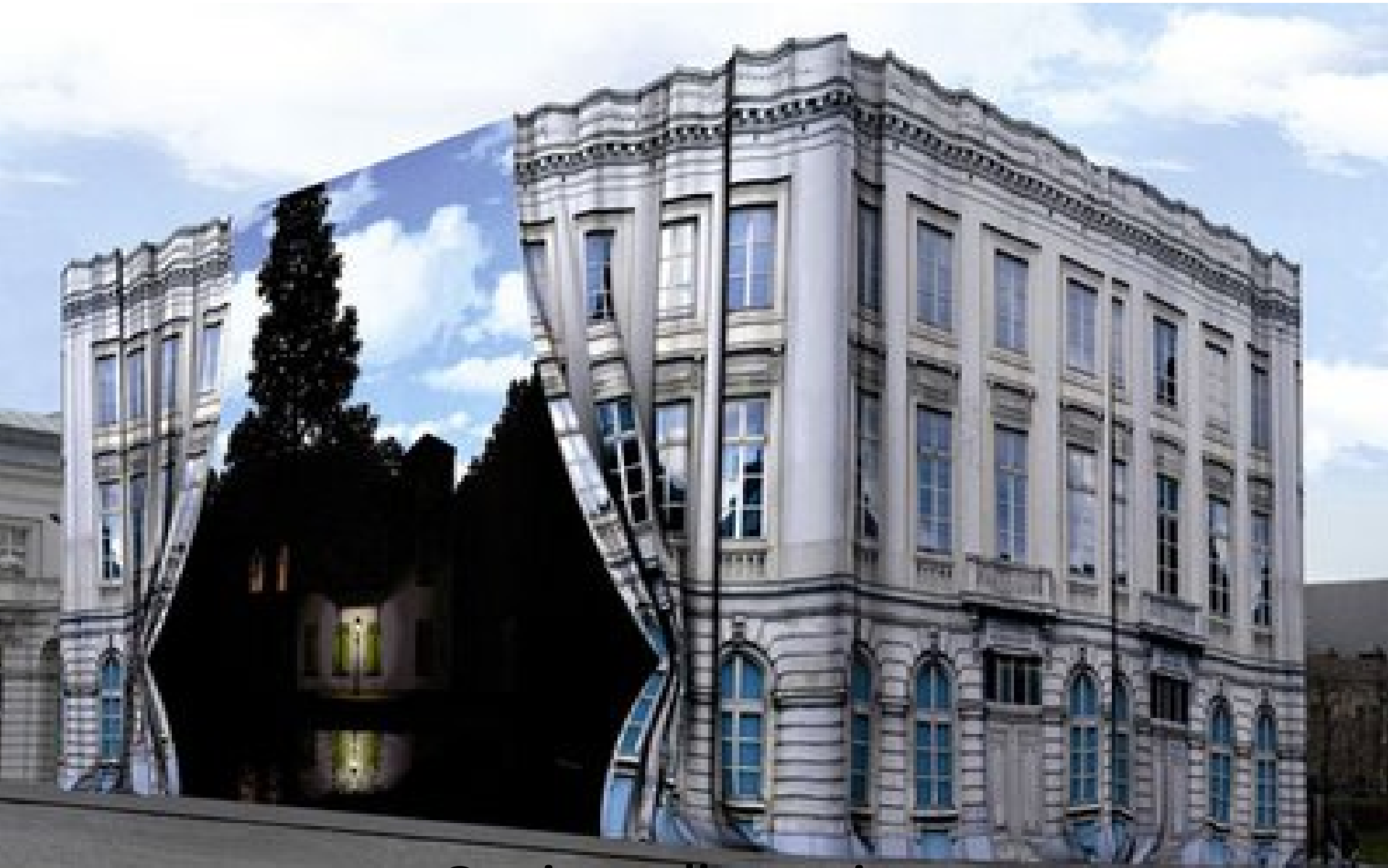
Il presente è carico del passato e
gravido dell'avvenire.
Gottfried Wilhelm von Leibniz

FORMAZIONE SPECIFICA

L'assistenza medica in fase acuta presenta diversi gradi di complessità

La complessità della gestione globale del paziente dipende dalla formazione specifica degli operatori. Ancora una volta sapere qualcosa delle domande è importante per cercarne le risposte





Grazie per l'attenzione
Progetti Ricerca e Innovazione Neurologia Stroke Unit
FORMAZIONE

