

PROCEDURA OPERATIVA SUL PERCORSO DIAGNOSTICO - TERAPEUTICO DEL PAZIENTE CON ICTUS ISCHEMICO NEL TERRITORIO DELLA PROVINCIA DI CATANZARO

In ottemperanza del Decreto n. 12 del 2 aprile 2015 e della nota prot. n.132791 del 29 aprile 2015 del Commissario ad Acta della Regione Calabria, viene redatta la seguente procedura operativa, cui fare riferimento, e che contempla le seguenti possibilità:

1. AUTOPRESENTAZIONE DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO

Preliminarmente, nel triage deve essere istituito uno specifico codice stroke.

Una volta individuato un caso di sospetto ictus cerebrale potenzialmente eleggibile a trombolisi, il medico di Pronto Soccorso dovrà provvedere all'assegnazione di un appropriato codice di urgenza, provvedendo alla raccolta dell'anamnesi in relazione al tempo di insorgenza, a patologie preesistenti, a farmaci assunti; dovrà, inoltre, acquisire il nome ed un numero di telefono di un congiunto del paziente e fornire l'indicazione sull'ospedale ove il paziente sarà trasferito.

Il medico di Pronto Soccorso dovrà immediatamente interpellare la C.O. 118 per l'urgente trasferimento presso la Stroke Unit del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, territorialmente competente; contestualmente dovrà provvedere ad eseguire gli esami strumentali e di laboratorio (T.C. Encefalo, esame emocromocitometrico, coagulazione, routine), i cui risultati dovranno essere forniti entro 30 minuti e consegnati al medico trasferente del 118 o, in caso di avvenuta partenza, dovranno essere trasmessi tramite fax al personale della Stroke Unit.

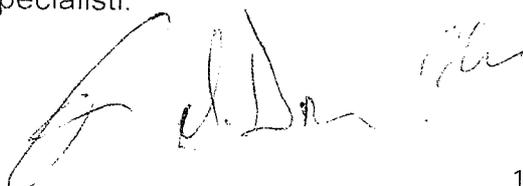
In caso di impossibilità ad eseguire la T.C. e/o gli esami ematochimici nel Presidio di autopresentazione sarà il P.S. accettante del Presidio Ospedaliero, sede di Stroke Unit, a provvedere a tali incombenze.

Qualora la refertazione della T.C. dovesse comportare un allungamento dei tempi di trasferimento del paziente, detto esame dovrà essere inviato direttamente su lastre o su supporto informatico senza l'avvenuta refertazione.

Il medico del Pronto Soccorso dovrà provvedere alla stabilizzazione del paziente.

Il medico 118, infine, eviterà il passaggio del paziente dal Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia qualora egli abbia già effettuato la T.C. e gli esami di laboratorio, consegnandolo direttamente al medico ed all'infermiere della Stroke Unit.

In caso di paziente non eleggibile a trombolisi, l'appropriato iter diagnostico - terapeutico sarà stabilito in base alla situazione clinica e secondo le decisioni degli specialisti.

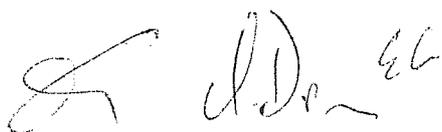


2. PERCORSO EXTRAOSPEDALIERO - CHIAMATA AL 118

Qualora l'operatore della C.O. 118 riceva una telefonata di richiesta di soccorso dalla quale, secondo competenze ed esperienza, intuisca che possa trattarsi di un caso di ictus, dovrà, utilizzando la scala di Cincinnati, individuare e codificare il paziente in questione come suggestivo di ictus. Dovrà, pertanto, chiedere se il paziente presenti paresi facciali (chiedere al paziente o a chi ha chiamato se il paziente ha la bocca storta), se è presente deficit motorio a carico degli arti (chiedere se il paziente ha difficoltà di movimento agli arti superiori o inferiori), se sono presenti anomalie di linguaggio (chiedere se ha difficoltà a parlare, se farfuglia o ha difficoltà a trovare le parole o le modifica). L'alterazione di uno dei tre surriferiti segni è fortemente suggestiva di ictus. In base alle ulteriori informazioni sullo stato di coscienza, sul respiro e sul circolo che dovrà acquisire, egli assegnerà al paziente il codice di attivazione - rosso o giallo - attiverà le risorse sul territorio (ambulanza, elicottero) o, in assenza, secondo gli orari, il medico di base o di Continuità Assistenziale per un primo ed immediato intervento. Il medico 118 - ambulanza/elicottero - che interviene sul territorio, dovrà provvedere alla raccolta dell'anamnesi in relazione al tempo di insorgenza, a patologie preesistenti, a farmaci assunti, in particolare, anticoagulanti; dovrà, inoltre, acquisire il nome ed il numero di telefono di un congiunto del paziente e fornire indicazioni sull'ospedale ove il paziente sarà trasportato, provvedendo, altresì, alla stabilizzazione dello stesso. Inoltre, sebbene l'eleggibilità o meno ad un'eventuale terapia fibrinolitica riguardi la fase intraospedaliera e sia a carico del Neurologo della Stroke Unit, tuttavia dovrà essere previsto sulla scheda medica utilizzata uno schema con i criteri di inclusione / esclusione per la fibrinolisi in modo da poter raccogliere elementi utili all'eventuale non eleggibilità del paziente al trattamento fibrinolitico.

In caso di assegnazione di codice Stroke Rosso (che comprenderà pazienti con probabile ictus cerebrale in stato di coma, escludendo quelli le cui possibili cause possano essere di natura metabolica e/o farmacologica, e pazienti con segni di ictus con esordio dei sintomi inferiore alle 3 ore e assenza di quei fattori di esclusione per un eventuale trattamento fibrinolitico desumibili già sul luogo dell'evento secondo gli standard previsti nel "Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'ictus ischemico nella Regione Calabria approvato con D.C.A. n.12 del 2.04.2015) il paziente dovrà essere trasportato direttamente presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia, sede di Stroke Unit territorialmente competente.

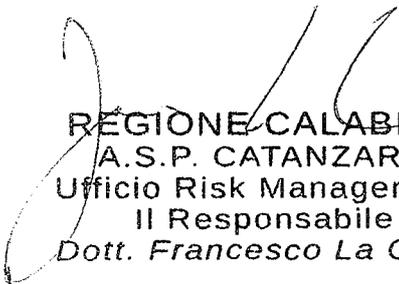
In caso di assegnazione di codice Stroke Giallo (che comprenderà i pazienti con probabile ictus in rapido miglioramento o con esordio dei sintomi superiore alle 3 ore - circolo carotideo - o 12 ore - circolo vertebro - basilare -) il paziente dovrà essere trasportato nell'ospedale più vicino dotato di T.C. Nel caso di pazienti borderline sarà utile contattare telefonicamente il Neurologo della Stroke Unit del Presidio Ospedaliero di Vibo Valentia.

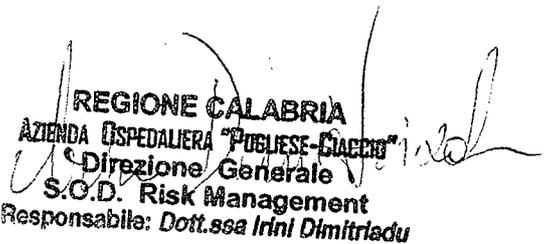


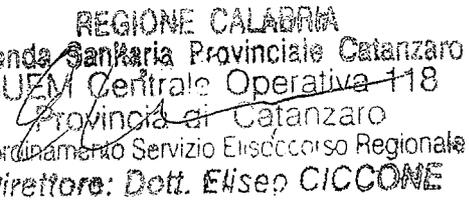
L'equipe, inoltre, dovrà provvedere all'incannulamento di almeno una valida via venosa, alla misurazione della pressione arteriosa, a rilevare la saturazione di ossigeno, la temperatura corporea, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la glicemia, ad effettuare l'esame obiettivo secondo lo schema dell'ABCDE, a proteggere le estremità, a effettuare l'elettrocardiogramma, ad iniziare l'infusione di liquidi, ad intervenire sulla P.A. soltanto per valori maggiori di 220/140 mmHg, somministrando preferibilmente labetololo o uradipil, ed a somministrare ossigeno a 2 lt/min qualora sia presente ipossiemia.

Il medico 118 dovrà comunicare attraverso le linee telefoniche 118 con il Neurologo della Stroke Unit al quale dovrà trasmettere tutti i dati clinici del paziente e, soprattutto, quelli relativi alla scala di Cincinnati e della scala di Glasgow oltre al tempo d'esordio dei sintomi che rappresentano elementi fondamentali per una rapida valutazione intra - ospedaliera e per il coordinamento delle fasi necessarie all'inizio dei trattamenti. Particolare attenzione dovrà essere posta nella diagnosi differenziale riguardo ad eventuali traumatismi cranici o cervicali recenti ed a grave ipo o iperglicemia.

Il medico 118 concorderà, infine, con il Neurologo della Stroke Unit l'appropriato iter e comunicherà anche lo stimato d'arrivo nel Presidio Ospedaliero individuato. Sarà, poi, compito del Neurologo della Stroke Unit contattare il proprio Pronto Soccorso per comunicare l'arrivo del paziente ed attivare l'appropriata accoglienza dello stesso.


REGIONE CALABRIA
A.S.P. CATANZARO
Ufficio Risk Management
Il Responsabile
Dott. Francesco La Cava


REGIONE CALABRIA
AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE-CIACCIO"
Direzione Generale
S.O.D. Risk Management
Responsabile: Dott.ssa Irini Dimitriadu


REGIONE CALABRIA
Azienda Sanitaria Provinciale Catanzaro
SUEM Centrale Operativa 118
Provincia di Catanzaro
Coordinamento Servizio Elisoccorso Regionale
Direttore: Dott. Eliseo CICCONE