



1° Survey nazionale gestione dell' ictus in fase preospedaliera - Centrali Operative 118

1° Riunione operativa referenti Survey

12 gennaio 2011 ore 10,30-15,00

Aula plenaria del centro di formazione di ARES118 con sede in Via Portuense 332, Roma

CENTRALI OPERATIVE CHE HANNO PARTECIPATO ALLA RIUNIONE

Lombardia: AREU 1 referente Tecnico per tutte le 12 CC.OO - **Andrea Pagliosa**

1 referente medico per le 12 CC.OO. – Guido F. Villa

Liguria: 1 referente medico per tutte le 5 CC.OO - **Annalisa Belluti**

Piemonte: 3 referenti per tutte le 8 CC.OO – **Aimino Erika, Quaranta Stefano, Tirapelle Alberto**

Lazio: referenti delle 5 CCOO – **Antonietta Cattani, Bruno Colio, Nadia Latrofa, Claudio Quintarelli**

Referente Direzione Sanitaria ARES118 – Assunta De Luca

Veneto: CO Rovigo – **Luca Guerra**

Emilia Romagna: CO Modena - **Alessandra Serafini**

Toscana: CO Empoli – **Stefano Pappagallo, Alessio Lubrani**; CO Pistoia – **Roberto Mariani**

Basilicata: CO Potenza - **Serafino Rizzo, Lorusso Giuseppe**

Molise: CO Campobasso **Fedele Clemente**

Gruppo Gestione del Paziente con Ictus Cerebrale – GPIC : Guido Villa, Assunta De Luca

PROGRAMMA DELLA RIUNIONE

10.30 – 11.00 Saluti del gruppo di coordinamento della Survey (presentazione generale e sito web ictus) (Villa, De Luca)

11.00 – 12.00 Presentazione dello studio: obiettivi, modalità di raccolta dati, cronoprogramma (Villa, De Luca)

12.00-13.00 Stato di avanzamento: raccolta dati locale - aspetti positivi e criticità (referenti delle CC.OO.)

13.00 – 13.45 Pausa Pranzo

13.45 – 14.15 Presentazione della scheda caso versione informatizzata con consegna di password personalizzata per ciascuna centrale operativa- (De Luca, Maurizio Moroni – informatico ARES118)

14.15- 15.00 Conclusioni e saluti

INTRODUZIONE E STATO DI AVANZAMENTO

Il dott. Villa e la Dott.ssa De Luca aprono i lavori ringraziando i presenti per aver accolto l'invito a partecipare alla riunione operativa portando i saluti di tutto il gruppo di coordinamento SIS118 - Gruppo Gestione del Paziente con Ictus Cerebrale – GPIC .

Il dott. Villa riporta il grado di partecipazione alla survey in termini di adesioni e di invio di dati, come di seguito riportato:

Centrali che hanno inviato il modulo di adesione alla Survey:

Tipo partecipazione	n° CC.OO.	%
invio modulo adesione	56	53,8
adesione verbale	24	23,1
NON ADESIONE	24	23,1
TOTALI	104	

Centrali Operative che stanno **inviando i dati (n.9)**

Mantova, Pistoia, Imperia, Savona, Roma provincia, Frosinone, Rieti, Siena, Crotone,

TOTALE SCHEDE CASO INVIATE mesi di novembre-dicembre-parte di gennaio: **567.**

Centrali Operative che stanno **raccogliendo i dati (n.43 incluso le 9 precedentemente citate):**

Lazio (tutte e 5 le CCOO), Liguria (Tutte e 5 le CCOO), Lombardia (tutte e 12 le CCOO), Molise (Campobasso), Piemonte (Tutte e 8 le CCOO) e le CCOO: Potenza, Bari, Ancona, Crotone, Perugia, Siena, Empoli, Pistoia, Massa Carrara, Modena, Rovigo, Verona.

Entrambi presentano il sito web del progetto ictus SIS118 (www.progettoictus.org, www.progettoictus.it): il sito è accessibile anche dal sito della SIS118, il sito deve essere dinamico e quindi le centrali operative presenti sono invitate a partecipare all'arricchimento del sito inviando al gruppo di coordinamento GPIC le iniziative locali nel campo delle patologie cerebrovascolari che le vede coinvolte. Sicuramente il sito sarà la finestra delle iniziative del gruppo GPIC, pertanto anche tutto ciò che riguarda la 1° survey ictus sarà inserita nel sito. Il verbale della riunione verrà pubblicato sul sito.

Il Dr Villa sottolinea come aumentando la sensibilizzazione della popolazione attraverso i mass-media, possa aumentare il numero dei pz con ictus che attraverso il 118 raggiungono il PS: questo affinché il 118 venga utilizzato sempre più in modo adeguato e non impropriamente come spesso accade.

La Dr. ssa De Luca aggiunge che in questo contesto è importante coinvolgere l'associazione dei pazienti alla lotta all'ictus, "Alice Italia", di cui esiste già il link nel sito ictus, che può sicuramente aiutare nel far conoscere ai cittadini l'importanza di chiamare il 118 anziché recarsi direttamente in PS per evitare ritardi nel trattamento.

METODOLOGIA STUDIO, CRONOPROGRAMMA

La Dr .ssa De Luca entra nel merito della metodologia della survey.

De Luca spiega che la filosofia della Survey non è aumentare il lavoro, modificare un metodo, o fare lo sforzo di completare a tutti i costi la scheda caso se il dato non c'è, ma "fotografare" l'attuale stato delle cose per rilevare l'organizzazione delle nostre realtà. A seguito dell'analisi statistica dei dati si capirà il peso di ciascuna informazione raccolta nella interpretazione del fenomeno in studio. Tale survey infatti, proprio perché la prima di una serie di survey ripetute nel tempo, ha lo scopo di sensibilizzare l'organizzazione alla raccolta di talune informazioni, poche ma essenziali, per il corretto riconoscimento dei pazienti con patologia cerebro vascolare (TIA, ictus).

Villa e De Luca: riportano che le variabili indicate in rosso nella scheda caso sono ritenute essenziali in quanto appartengono al gruppo di informazioni che per normativa nazionale devono essere raccolte obbligatoriamente da tutte le centrali operative 118 ed inviate al Ministero della Salute per valutazioni delle prestazioni offerte nel servizio di emergenza sanitari territoriale (Decreto Ministero Salute del 17/12/2008 – NSIS 118 e PS). In caso di assenza di informazioni non presenti indicare "non rilevato".

De Luca precisa che la raccolta dei dati, come indicato nel documento di modalità di raccolta dati, avviene da due momenti diversi dell'assistenza (CHIAMATA VERSO TERRITORIO; TERRITORIO VERSO CHIAMATA):

1. Si parte dalla scheda di chiamata in cui ci sono informazioni che indicano il sospetto di una patologia cerebrovascolare (CO4) e si cerca sulle schede di soccorso sul territorio le informazioni riportate. Anche qui, ci si può trovare di fronte a due situazioni: la scheda di soccorso conferma la patologia cerebrovascolare (informazioni presenti su diagnosi ictus o tia o sintomi correlati; CPSS rilevata) in questo caso bisogna compilare interamente la scheda ictus della survey; la scheda di soccorso non conferma la patologia cerebrovascolare in questo caso bisogna compilare la scheda ictus solo riportando le informazioni di chiamata e dispatch: identificativo chiamata, sesso, età, classe patologia presunta, codice criticità. Non è necessario andare a recuperare la scheda di soccorso perché sicuramente avrà un'altra patologia.
2. Si parte dalla scheda di soccorso sul territorio in cui ci sono dati che indicano un sospetto ictus o TIA e si ricerca nella scheda di chiamata le informazioni raccolte. Ci si può trovare di fronte a due possibilità: una in cui al telefono è stata riconosciuta la patologia cerebrovascolare (CO4 e/o CPSS rilevata) in questo caso le informazioni della fase chiamata vengono interamente raccolte sulla scheda ictus della survey; e l'altra in cui la patologia non è stata riconosciuta al telefono (altra patologia CO, no CPSS rilevata) le informazioni da raccogliere sono solo: identificativo chiamata, sesso, età, classe patologia presunta e codice criticità.

Villa e De Luca precisano che dopo le osservazioni raccolte da questa riunione la scheda caso subirà delle ultime modifiche ma NON POTRÀ più essere modificata, altrimenti i dati già inviati differiranno da quelli futuri e l'analisi statistica risentirà di tali differenze in termini di significatività del campione.

De Luca conclude ricordando che potrà essere svolta una preliminare analisi statistica su i dati dei primi tre mesi (15 novembre – 15 febbraio) della survey e presentarla al prossimo convegno utile sul tema, che sarà sicuramente il convegno coordinato dal dott. Ferlito, Direttore della CO Imperia, il 25 marzo p.v.

RACCOLTA ASPETTI POSITIVI E CRITICITA' E PROPOSTE DALLE CENTRALI OPERATIVE

La C.O. 118 Biella evidenzia che sarebbe importante inserire "non rilevabile" (= dato non possibile da rilevare da parte dell'operatore, per esempio se notizia riferita da pz ostile o da terze persone) oltre che "non rilevato" per differenziare le situazioni, e sarebbe utile anche inserire come variabile "tipologia d'utente" (per distinguere tra continuità assistenziale, MMG, Questura... etc).

A tal proposito, Villa e De Luca precisano che in questo momento la categoria “non rilevato” ha un significato allargato e per gli obiettivi della presente survey non è utile conoscere il motivo. Sicuramente nel prossimo studio, in base anche all’analisi statistica dei dati della survey, l’osservazione posta da Biella potrebbe essere meglio analizzata.

Le Centrali presenti suggeriscono di aggiungere la variabile “tipo richiedente” e “nome ospedale di destinazione” “ospedale tipo hub o spoke”. Villa e De Luca concordano, le inseriranno sulla scheda ictus su web.

Le Centrali operative affrontano alcuni punti della scheda caso chiarendoli e trovando soluzioni:

1. **il numero identificativo di chiamata** corrisponde al numero evento e non al numero missione del mezzo che esce;
2. **CPSS fase chiamata:** se il programma in uso non prevede una valutazione della Cincinnati, in fase di ricezione barrare “non rilevato” (x es C.O. Modena fa così per ogni scheda) tranne che per quei casi in cui venga direttamente riferito dall’utente uno dei 3 parametri della CPSS (e allora magari è segnato nelle note): allora CPSS è positiva in fase di chiamata; non indicare CPSS positiva solo perché, a posteriori, leggendo la scheda cartacea si desume “deviazione rima orale”: resta in questo caso CPSS negativa in fase telefonica e CPSS positiva sul posto.
3. **Chiarimento per la Liguria:** Tutti i C04 “patologia neurovascolare” a cui non viene inviata automedica e che rientrano con patologia confermata C04 vanno comunque individuati e selezionati tramite query : ALTRA NEUROLOGICA, ICTUS O ICTUS GIALLO o ROSSO. I parametri devono essere estratti dalla scheda paziente; se non si riescono a recuperare perché, per esempio, la scheda pz rimane incompleta o per niente compilata, barrare comunque “non rilevato” per non perdere il dato.
4. **Chiarimento per la Liguria** Frequenza respiratoria: nella scheda della digipen in uso sulle automediche della Regione Liguria gli intervalli indicati sono :
 - Apnea
 - 1-5
 - 6-9
 - 10-29
 - >30

Questi intervalli non corrispondono a quelli richiesti dalla scheda caso: si concorda che venga barrato l’intervallo 16-24 nei casi di normalità, corrispondenti al 10-29; la cosa che importa di più, spiega il Dr Villa , sono gli estremi 1-8 e > 24.

5. Alla voce **valutazione sanitaria**, si precisa che la categoria “non necessita di trasporto o missione conclusa sul posto” include anche i casi in cui il paziente rifiuta il trasporto.
6. **Richiesta CO Empoli:** riporta che saranno in grado di trasmettere i dati dei casi già in un formato excel, in quanto hanno sviluppato un sistema integrato informatizzato e che possono costruire la scheda ictus seguendo le nostre indicazioni. La dott. De Luca, fornirà loro il tracciato record con cui costruire la scheda ictus.
7. **Precisazione di CO Modena:** la rilevazione dei casi per questa survey si riferisce esclusivamente ai soccorsi che si svolgono nel comune di Modena.

PRESENTAZIONE SCHEDA CASO ICTUS INFORMATIZZATA

La dott.ssa De Luca introduce il sig. Maurizio Moroni, informatico di ARES118, che ha sviluppato la scheda informatizzata. Moroni procede a spiegare la scheda informatizzata.

Si invitano i colleghi a compilare la scheda caso informatizzata non appena i referenti delle CCOO saranno in possesso della password: tale password potrà essere cambiata ma verrà richiesto di inserire comunque un tipo di password ad “alta” o al limite “media sicurezza”, cioè composta da caratteri minuscoli e maiuscoli, numeri e simboli, dato il contenuto del sito (dati sensibili). Ad oggi non è possibile ma si potrà farlo successivamente previo avviso dalla dott. ssa De Luca.

All’apertura della finestra contenente la scheda caso, in alto a sinistra, ci sono tre pulsanti, per il momento attivo solo “inserimento” ... “ricerca” e “situazione” verranno abilitati solo successivamente (stimati 20 giorni) e consentiranno di poter ripescare, modificare una scheda già salvata, e controllare la situazione di ciascuna centrale operativa. Ad oggi, una scheda caso, una volta iniziata, deve essere necessariamente conclusa e salvata. Pertanto non è ancora possibile la compilazione in due tempi. La dott.ssa De Luca comunicherà, tramite email, la modifica effettuata. La dott.ssa De Luca ribadisce di cercare di risolvere il tutto in 20 giorni circa.

Nella scheda sul sito sono state aggiunte 2 nuove variabili: “n° cartella di PS” (per ritrovare in un secondo momento la scheda di ricovero in PS e verificare la terapie e esito finale del paziente); “TIA SI/NO” (perché nei codici di patologia di NSIS non esiste il TIA).

I presenti chiedono di inserire la variabile “nome ospedale di destinazione”. Richiesta accolta, la tabella da cui attingere i codici degli ospedali italiani sarà la stessa di quella utilizzata da NSIS.

Il dott.Villa chiede di inserire la variabile “ospedale hub/spoke”. Richiesta accolta da tutti e quindi sarà inclusa nella scheda caso su web.

In conclusione, nei giorni successivi alla riunione del giorno, la dott.ssa De Luca trasmetterà le password alle centrali che hanno partecipato alla riunione ed alle centrali che ne hanno fatto richiesta anche se non presenti alla riunione.

CONCLUSIONE

La riunione si conclude alle 15.00. I presenti raccoglieranno ed invieranno i dati secondo le modalità concordate. La prossima riunione sarà definita successivamente. Il prossimo appuntamento potrebbe essere il 25 marzo p.v. in occasione del convegno specifico sull’ictus di Ferlito ad Imperia.

Per l’occasione la dott.ssa De Luca, per conto del gruppo di lavoro GPIC -SIS118 e di tutte le CCOO che invieranno i dati, presenterà i risultati preliminari dei primi 3 mesi, pertanto le Centrali Operative sono inviate ad inviare i dati entro il 20 febbraio p.v. per avere il tempo di svolgere l’analisi statistica.