Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies
Hirnschlagkommission

# Criteri qualitativi per la certificazione di Stroke Centers

Indice


| | | |
|---|---|---|
| Terminologia | | 2 |
| Chiarimenti sulla valutazione dei criteri qualitativi | | 3 |
| Ambiti dei criteri qualitativi A-G | | 4 |
| A | Funzioni direttive | 4 |
| B | Esperti | 5 |
| C | Infrastruttura | 7 |
| D | Processi diagnostici | 8 |
| E | Processi di trattamento e monitoraggio | 9 |
| F | Formazione continua e ricerca | 11 |
| G | Cifre di riferimento e indicatori | 12 |
| Criteri opzionali in caso di certificazione ESO parallela: | | 13 |
| Allegato: esempio di un programma di formazione di base/continua | | 14 |


Versione VI (14/02/2024)

Osservazione:
la versione tedesca è il documento originale.
Per una migliore leggibilità, nel testo è stata utilizzata la forma maschile che si applica sempre e ugualmente anche alla forma femminile.

## Terminologia

Nell'elenco dei criteri qualitativi vengono più volte ripetuti i seguenti termini:

**Stroke team**: il personale medico che lavora regolarmente per e con i pazienti dello Stroke center e della Stroke unit viene chiamato "Stroke team".

**Stroke unit**: una Stroke unit (SU) è un'unità di trattamento di un ospedale fisicamente delimitata e funzionalmente unica, concepita per i pazienti colpiti da ictus. Dispone di postazioni per il trattamento monitorate e non monitorate. Tali servizi vengono erogati tutti in un unico luogo.

**Stroke center**: lo Stroke center (SC) include la SU ampliandone il raggio d'azione con servizi neurochirurgici, neuroradiologici e strutturali speciali. Tali servizi vengono erogati tutti in un unico luogo.

**Valutazione:** in questo documento per valutazione si intende a) che l'efficacia di un'attività (es. un trattamento medico) viene costantemente verificata in base a rilevamenti, b) che i risultati vengono confrontati con un valore di riferimento, c) che in caso di differenze rispetto al valore di riferimento vengono applicate determinate misure e d) che le misure prese o le attività svolte sono nuovamente oggetto di verifica. Questo procedimento corrisponde anche al ciclo di "plan/do/check/act" (**PDCA**) per la gestione della qualità.

## Chiarimenti sulla valutazione dei criteri qualitativi

| | |
|---|---|
| XY | Il numero del criterio qualitativo evidenziato in grigio: per la certificazione è necessario soddisfare il criterio (lo standard) ("criterio obbligatorio").<br>In caso di non conformità, all'istituzione può essere concessa una deroga con una scadenza temporale definita. |

I criteri evidenziati in grigio sono obbligatori ("criteri obbligatori")

Valutazione: i criteri qualitativi vengono valutati con alcuni punti. A tal proposito si applicano 2 principi:

la valutazione può essere di conformità ("sì")/non conformità ("no"),

no = 0 punti e sì = 3 punti.

Questo punteggio viene indicato nella sezione 'valutazione' come: 0/3

oppure riferirsi ad una scala di valutazione:

0 punti = non valutabile
1 punto = valutazione minima
2 punti = per lo più soddisfacente
3 punti = pienamente soddisfacente

Questo punteggio viene indicato nella sezione 'valutazione' come: 0/1/2/3

Le note a piè di pagina relative ai singoli criteri qualitativi elencati di seguito possono contenere dei numeri. Essi sono da intendersi (i) come raccomandazione per gli Stroke team nel senso di un valore nominale nel ciclo plan/do/check/act (PDCA) e (ii) come supporto alla valutazione da parte dei pari, ma non come requisito vincolante per soddisfare il rispettivo criterio.

# Ambiti dei criteri qualitativi A-G

## A Funzioni direttive

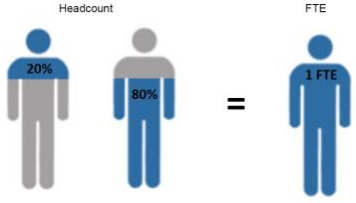
| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| A 1 | La direzione, i compiti e il funzionamento dello Stroke center sono definiti. Il rispettivo organigramma è consultabile sulla homepage dell'ospedale. | 0/1/2/3 | |
| A 2 | La direzione medica dello Stroke center è affidata ad un medico specialista in neurologia con esperienza.[1] La supplenza è regolamentata. | 0/3 | |
| A 3 | La direzione medica si contraddistingue per le rispettive competenze amministrative/organizzative. [2] | 0/1/2/3 | |
| A 4 | La consulenza ambulatoriale per pazienti colpiti da ictus viene gestita da un medico neurologo esperto nella riabilitazione dell'ictus. [3,4] | 0/1/2/3 | |
| A 5 | L'organizzazione della corsia di degenza dello Stroke center è di responsabilità del medico di turno specialista in neurologia. | 0/3 | |
| A 6 | La direzione infermieristica dello Stroke center è affidata a un infermiere/un'infermiera qualificati, addestrati ed esperti nel trattamento dei pazienti colpiti da ictus.[5] La supplenza è regolamentata. | 0/3 | |
| A 7 | La direzione dei servizi terapeutici dello Stroke center è affidata a un terapeuta esperto nel trattamento dei pazienti colpiti da ictus.[6] La supplenza è regolamentata. | 0/3 | |

[1] Un medico specialista in neurologia (neurologia o equivalente per la FMH) con esperienza comprovata nel trattamento dell'ictus e almeno due anni di esperienza come primario o medico dirigente (al 100% o più a lungo nel caso di un incarico a tempo parziale) in una Stroke unit/uno Stroke center certificati, con attestato di formazione continua specifica per l'ictus cerebrale.
[2] Le competenze amministrative/organizzative sono: creazione di concetti e linee guida (procedure operative standard, SOP), responsabilità per la loro applicazione; autorità di impartire direttive al personale dello Stroke center (SC); competenza nella gestione del personale; responsabilità di bilancio
[3] Medico neurologo esperto nella riabilitazione dell'ictus significa medico specialista in neurologia per la FMH o equivalente con attestato di formazione continua specifica per l'ictus cerebrale.
[4] (Indicazioni per i pari): si riferisce al criterio qualitativo C 5.
[5] L'esperienza nel trattamento dell'ictus è comprovata da due anni di esperienza professionale pratica nel trattamento dell'ictus (al 100% o più a lungo nel caso di un incarico a tempo parziale) in una Stroke unit/uno Stroke center certificati, con attestato di formazione continua specifica per l'ictus cerebrale. Per "addestrati" si intende la formazione ulteriore o continua portata a termine in un'istituzione pubblicamente riconosciuta di formazione specialistica universitaria (ad es. Certificate/Diploma/Master of Advanced Studies (CAS/DAS/MAS) o un Master of Science di terzo livello con specializzazione in Advanced Practice Nurse), o che i contenuti della formazione o della rispettiva formazione ulteriore o continua impartiscano solide conoscenze di emodinamica cerebrale e perfusione, semiologia clinica, monitoraggio, respirazione, circolazione e relativo monitoraggio, adagiamento, mobilizzazione, deglutizione, alimentazione, comunicazione e tecniche di stimolazione.
(Indicazioni per i pari: un esempio è nel presente (allegato)
[6] Con esperienza comprovata nel trattamento dell'ictus e due anni di esperienza pratica (al 100% o più a lungo nel caso di un incarico a tempo parziale), con attestato di formazione continua specifica per l'ictus cerebrale. (Indicazioni per i pari: vedere anche B6)
[7] Nota per i pari concernante le note 1, 5 e 6:
Il tempo della fase di costituzione di una SU/SC può essere conteggiato come esperienza professionale per la valutazione dei criteri A2, A6 e A7. La fase di costituzione inizia con la documentazione sistematica dei pazienti trattati nella SU/SC nel SSR.

## B Esperti

| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| B 1 | Per tutti i professionisti che lavorano nello Stroke center è obbligatorio specificare la loro attività. L'informazione è riportata in<br>(i) Full time equivalent (Equivalente a tempo pieno, FTE) e<br>(ii) Headcount (Organico)<br>I due termini sono descritti qui [1]di seguito. | 0/3 | |
| B 2 | Di giorno è garantita la presenza continua di uno specialista in neurologia[2] per assistere i pazienti colpiti da ictus. Di notte e nei fine settimana è presente un servizio di pronto intervento che si fa carico della responsabilità. I turni sono indicati nei piani di lavoro mensili, in cui si evidenzia in modo trasparente chi è presente in quale giorno e chi è in servizio di pronto intervento quando.[3] | 0/3 | |
| B 3 | A disposizione vi è un medico specialista in neurologia[2] con esperienza in neurosonologia.[4] | 0/1/2/3 | |
| B 4 | Nello Stroke team è presente un medico con esperienza specialistica in riabilitazione post-ictus.[5] | 0/3 | |
| B 5 | A disposizione vi sono un medico specialista in medicina interna generale e un medico specialista in cardiologia.[6] | 0/1/2/3 | |
| B 6 | Nello Stroke center lavorano infermieri che hanno ricevuto una formazione specializzata per assistere pazienti colpiti da ictus.[7] | 0/1/2/3 | |
| B 7 | Lo Stroke team è integrato da collaboratori specializzati del reparto di fisioterapia con formazione continua specifica per l'ictus.[8] | 0/1/2/3 | |
| B 8 | Lo Stroke team è integrato da collaboratori specializzati del reparto di ergoterapia con formazione continua specifica per l'ictus.[8] | 0/1/2/3 | |
| B 9 | Lo Stroke team è integrato da collaboratori specializzati del reparto di logopedia con formazione continua specifica per l'ictus.[8] | 0/1/2/3 | |
| B 10 | Lo Stroke team è supportato da personale dei servizi sociali.[9] | 0/1/2/3 | |
| B 11 | In ogni momento è disponibile un medico specialista in radiologia, con esperienza specifica in neuroradiologia diagnostica e invasiva.[10] | 0/3 | |
| B 12 | In ogni momento è disponibile un medico specialista in neurochirurgia. [11] | 0/3 | |
| B 13 | In ogni momento è disponibile un medico specialista in chirurgia vascolare.[10] | 0/3 | |

1



[2] Definizione medico specialista in neurologia FMH o equivalente FMH, o medico che sta seguendo un percorso di formazione continua per conseguire la specializzazione in neurologia sotto la supervisione di un medico specialista.

[3] In casi eccezionali, questo compito può essere assegnato a un internista con una competenza - comprovata - equivalente nella riabilitazione dell'ictus. Questo include una formazione continua e attestata specifica per l'ictus. Di notte e nei fine settimana è presente un servizio di pronto intervento, insieme ad un medico specialista in neurologia che si fa carico della responsabilità.

[4] Con impiego fisso, almeno 1 anno di esperienza in diagnosi neurosonologica extra e transcranica, e nel trattamento di malattie cerebrovascolari.

A disposizione significa che il servizio è accessibile nell'istituzione e può essere richiesto in caso di indicazione. Indicazioni per i pari: sono utili un piano mensile dei turni e un riepilogo delle esperienze individuali (per esempio, certificati, ecc.).

[5] Esperienza specialistica in riabilitazione post-ictus (medico specialista in neurologia con almeno 2 anni di formazione/attività in riabilitazione neurologica presso un'istituzione riconosciuta per la riabilitazione post-ictus). Almeno 1 volta a settimana partecipazione attiva al rapporto di riabilitazione e al giro di visite ai pazienti. La supplenza è regolamentata.

[6] "A disposizione": Medico specialista in medicina interna generale e uno specialista in cardiologia vicino al degente, se necessario.

[7] Il personale infermieristico usufruisce di una formazione interna ed esterna. È disponibile un attestato della partecipazione alle sessioni di formazione. L'obiettivo è che almeno il 60% personale infermieristico dello Stroke team possa attestare di aver seguito ≥ 1 giorno all'anno di formazione continua specifica nella riabilitazione dell'ictus (es. Annual Meeting Swiss Stroke Society, eventi di formazione regionali o locali della SU/SC quali Stroke Summer School, simposi sull'ictus "Fit for Stroke Days", Simposio di ictus interprofessionale per infermieristica e terapia, etc. o formazione equivalente, estera o internazionale o eventi online specifici per l'ictus). Inoltre, esiste un programma di aggiornamento e perfezionamento, da cui si evince chi parteciperà ad un determinato evento formativo e quando.

Indicazioni per i pari: un esempio di programma di formazione/perfezionamento professionale è riportato nell'allegato.

[8] È disponibile un attestato della partecipazione alle sessioni di formazione iniziale, continua e avanzata sul tema ictus. L'obiettivo è che almeno il 60% di tutti i terapeuti dello Stroke team possa attestare di aver seguito ≥ 1 giorno all'anno di formazione continua nella riabilitazione dell'ictus (es. Annual Meeting Swiss Stroke Society, eventi di formazione regionali o locali della SU/SC quali Stroke Summer School, simposi sull'ictus "Fit for Stroke", Simposio di ictus interprofessionale per infermieristica e terapia, etc. o formazione equivalente, estera o internazionale). L'integrazione nello Stroke team è comprovata dalla partecipazione attiva nella relazione sul paziente almeno una volta alla settimana, oltre che agli incontri del team interprofessionale e alla formazione continua. La supplenza è regolamentata. L'impiego dei terapeuti è regolato nel concetto di riabilitazione neurologica (E6).

Indicazioni per i pari: un esempio di programma di formazione/perfezionamento professionale è riportato nell'allegato.

[9] L'integrazione è supportata dalla partecipazione a riunioni interdisciplinari del team (almeno 1 volta a settimana). La supplenza è regolamentata.

[10] Medico specialista o analogo con specializzazione equivalente in neuroradiologia diagnostica e invasiva

[11] "a disposizione": lavora nella stessa istituzione

## C Infrastruttura

| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| C 1 | L'istituzione dispone di uno Stroke center fisicamente delimitato e funzionalmente unico, visibilmente segnalato nell'ospedale e riconoscibile nella carta intestata e nell'organigramma dell'ospedale.[1.] | 0/3 | |
| C 2 | Lo Stroke center contiene letti monitorati[2] e non monitorati. | 0/3 | |
| C 3 | Lo Stroke center si trova in un'istituzione che dispone di un pronto soccorso multidisciplinare. | 0/3 | |
| C 4 | Lo Stroke center si trova in un'istituzione che dispone di un reparto die medicina intensiva multidisciplinare.[3] | 0/3 | |
| C 5 | Nello Stroke center è attivo un servizio di consulenza ambulatoriale per pazienti colpiti da ictus. | 0/3 | |

[1] Funzionalmente unico significa uniformità delle strutture direttive, delle procedure e dei processi, compreso il reporting.

Fisicamente delimitato e funzionalmente unico significa che la Stroke unit è un'unità di trattamento monoblocco visibilmente delimitata dagli altri reparti.

Indicazioni per i pari: i letti SC monitorati e i letti SC non monitorati costituiscono (i) un'unità funzionale e (ii) sono situati nello stesso edificio.

[2] I letti monitorati permettono un monitoraggio continuo.

Indicazioni per i pari:

1. cfr. anche i requisiti per l'infrastruttura contemplati dal criterio qualitativo E 10.
2. Almeno il 70% dei pazienti degli Stroke center dovrebbe essere trattato in letti monitorati.

[3] Reparto di medicina intensiva multidisciplinare riconosciuto e certificato all'interno di un'istituzione, con dispositivi di respirazione artificiale invasiva e non invasiva.

## D Processi diagnostici

| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| D 1 | in caso di emergenza è possibile effettuare tomografie computerizzate o risonanze magnetiche alla testa con relativa rappresentazione di capo/arterie del collo 24/7.[1] L'intervallo di tempo tra ingresso in ospedale e realizzazione è valutato in tutti i casi come intervento acuto. | 0/3 | |
| D 2 | In qualsiasi momento è possibile un'angiografia cerebrale diagnostica. | 0/1/2/3 | |
| D 3 | L'esame della deglutizione è possibile in qualsiasi momento da parte di personale adeguatamente qualificato. L'esame viene eseguito secondo uno schema unico.[2] | 0/1/2/3 | |
| D 4 | È possibile eseguire una diagnosi neurosonologica (extra/transcranica) entro 24 ore, compresi i fine settimana e i giorni festivi. | 0/1/2/3 | |
| D 5 | È possibile effettuare l'ecocardiogramma transesofageo, la valutazione emostasiologica, l'esame diagnostico per l'angioite, l'EEG e altri esami per la diagnosi eziologica dell'ictus.[3] | 0/1/2/3 | |
| D 6 | È disponibile personale specializzato per gli esami neuropsicologici.[4] | 0/1/2/3 | |
| D 7 | In caso di emergenza, in qualsiasi momento è possibile eseguire la risonanza magnetica (RM) alla testa con rappresentazione vascolare. | 0/3 | |

[1] in caso di emergenza significa che l'esame viene eseguito immediatamente in presenza della rispettiva indicazione. L'intervallo di tempo dovrebbe essere <30 min dall'ingresso (media) in tutti i casi in cui è possibile la rivascolarizzazione acuta.

[2] L'esame della deglutizione è sistematizzato e documentato.

[3] L'esame è possibile entro due giorni lavorativi.

[4] "A disposizione»": Disponibile nell'istituzione o - regolato contrattualmente - attraverso prestatori di servizi esterni all'istituzione. Indicazione per i pari: la supplenza è regolamentata.

## E Processi di trattamento e monitoraggio

| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| E 1 | Lo Stroke team si attiene alle linee guida mediche. Esse sono valutate periodicamente e se necessario adattate al progresso delle conoscenze. | 0/1/2/3 | |
| E 2 | Lo Stroke team lavora secondo un concetto di trattamento specializzato interprofessionale che regola la diagnosi, il trattamento e l'assistenza post-ospedaliera.<br>Questo concetto è stato sviluppato da un punto di vista interprofessionale - orchestrato da medici - e tiene conto delle competenze specifiche delle singole professioni.<br>Il concetto viene riesaminato e adattato con cadenza periodica. | 0/1/2/3 | |
| E 3 | Lo Stroke team ha implementato un concetto di informazione e di rieducazione per i pazienti e i congiunti, oltre che di assistenza post-ospedaliera e di prevenzione.<br>Il concetto viene riesaminato e adattato con cadenza periodica. | 0/1/2/3 | |
| E 4 | Lo Stroke team verifica la qualità dei suoi servizi con gli strumenti di gestione della qualità. Questo include la gestione degli errori/dei rischi e i processi di miglioramento continuo[1]. | 0/1/2/3 | |
| E 5 | Lo Stroke team lavora secondo uno schema di pre-ospedalizzazione e di rete che regola la collaborazione con medici del pronto soccorso, servizi di salvataggio regionale, ospedali per cure acute e altri Stroke center/altre Stroke unit. Se necessario, il concetto viene riesaminato e adattato con cadenza periodica. | 0/1/2/3 | |
| E 6 | Lo Stroke team lavora secondo un concetto di riabilitazione neurologica precoce per i pazienti colpiti da ictus. Tale concetto disciplina l'uso dei servizi terapeutici, orientato ai sintomi e alle necessità del paziente. [2] Esso comprende metodi interprofessionali di mobilizzazione, adagiamento, deglutizione e terapia riabilitativa, oltre a un piano di assistenza post-ospedaliera. Quest'ultimo definisce gli algoritmi di valutazione e decisione per la riabilitazione neurologica stazionaria, semi-stazionaria o ambulatoriale, compreso il chiarimento in merito a potenziale e capacità di riabilitazione o la necessità di un contesto terapeutico alternativo. Se necessario, il concetto viene riesaminato e adattato con cadenza periodica. | 0/1/2/3 | |
| E 7 | Il trattamento per mezzo di trombolisi intravenosa può essere eseguito in qualsiasi momento. L'indicazione viene formulata dal medico specialista in neurologia. L'intervallo di tempo tra l'ingresso in ospedale e l'inizio della trombolisi viene misurato e valutato nel contesto del processo di miglioramento continuo. [3] | 0/3 | |
| E 8 | La rivascolarizzazione endovascolare e altre procedure di intervento neuroradiologico o neurochirurgico sono disponibili in qualsiasi momento.<br>Per i pazienti sottoposti a rivascolarizzazione endovascolare, il "Door-to-Groin-Time" (intervallo tra l'arrivo in ospedale e l'esame angiografico) viene misurato, documentato e valutato periodicamente.[4] | 0/3 | |
| E 9 | Sono disponibili in qualsiasi momento nella propria istituzione rivascolarizzazioni della carotide tramite endoarteriectomia carotidea o stenting entro 24 ore. [5] | 0/1/2/3 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| E 10 | La dotazione dei letti di degenza garantisce un monitoraggio continuativo.[6] | 0/3 | |
| E 11 | Lo Stroke team si attiene alle linee guida per il monitoraggio dei pazienti. Tali linee guida sono oggetto di valutazione periodica.[7] | 0/1/2/3 | |
| E 12 | In ogni momento è possibile eseguire interventi neuroradiologici neurochirurgici, anche in anestesia generale.[8] | 0/3 | |

[1] Confrontare le spiegazioni sulla valutazione e il ciclo PDCA (pagina 2)

[2] Inizio delle misure terapeutiche entro 24 ore (fisioterapia tutti i giorni, ergoterapia e logopedia dal lunedì al venerdì) con almeno una sessione di trattamento al giorno, qualora siano presenti i relativi deficit e nel rispetto delle premesse terapeutiche (ad es. capacità di collaborazione e quadro clinico stabile del paziente, ecc.).

[3] L'obiettivo è l'intervallo di tempo più breve possibile ("door-to-needle-time", intervallo tra l'arrivo in ospedale e la somministrazione del farmaco): Obiettivo medio <30, e 90% percentile a <60 minuti dall'ingresso in ospedale. La documentazione avviene nello Swiss Stroke Registry (Registro svizzero degli ictus)

Indicazioni per i pari: la valutazione e i campi di azione derivanti da essa sono da considerarsi nel contesto del processo di miglioramento continuo e della sua importanza.

[4] Come orientamento, si dovrebbe mirare a un "door-to-groin time" inferiore a 90 minuti; l'ottimizzazione fa parte del processo di miglioramento continuo.

[5] Gli interventi vengono eseguiti da chirurghi qualificati (in neurochirurgia o chirurgia vascolare) o da neuroradiologhi con esperienza interventistica. L'intervento può avvenire entro 24 ore dalla richiesta.

[6] Nei letti monitorati è possibile monitorare ECG, saturazione dell'ossigeno e respirazione in modo costante, pressione arteriosa e battito secondo necessità fino a intervalli di 15 minuti e glicemia e temperatura in base alle esigenze. Nei letti non monitorati, ECG, saturazione dell'ossigeno, temperatura, pressione arteriosa, battito, respirazione e glicemia sono monitorati fino a intervalli di 4 ore, tuttavia solo in caso di necessità.

[7] Le linee guida disciplinano tra gli altri, l'esame sistematizzato (es. tramite NIH-Stroke Scale Score) degli esiti neurologici (per la diagnosi precoce della progressione, della recidiva e di altre complicazioni dell'ictus) almeno 4 volte in 24 ore. Esso può essere effettuato da un medico o da un professionista non medico dello Stroke center adeguatamente specializzato, per esempio da infermieri, terapeuti, ecc.

[8] Gli interventi vengono eseguiti da medici specialisti in neurochirurgia o in radiologica, con esperienza in neuroradiologia diagnostica e invasiva. L'intervallo di tempo tra la richiesta e l'inizio del trattamento viene documentato e si consiglia che non superi i 90 minuti.

## F Formazione continua e ricerca

| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| F 1 | I collaboratori dello Stroke team partecipano al programma di formazione e aggiornamento interdisciplinare e interprofessionale[1]. Il programma viene riesaminato e se necessario adattato con cadenza periodica.<br>Il programma è aperto anche ad altri professionisti interessanti.[2] | 0/1/2/3 | |
| F 2 | I collaboratori dello Stroke Team partecipano almeno una volta all'anno a un programma regionale, nazionale o internazionale di educazione e formazione continua sul tema dell'ictus. [3] | 0/1/2/3 | |
| F 3 | Lo Stroke center partecipa o lavora direttamente a progetti di ricerca clinica. | 0/1/2/3 | |

[1] Un esempio di programma di formazione continua/perfezionamento professionale è riportato nell'allegato.

[2] Il punteggio tiene conto di (i) quale proporzione dello staff dello Stroke center (in %) partecipa al programma di formazione continua e del (ii) livello di interdisciplinarità dei partecipanti in termini di appartenenza al gruppo professionale. Si distingue tra: servizio medico, infermieristico e terapeutico.
Indicazioni per i pari: La seguente composizione dei partecipanti può fungere da esempio non vincolante

1 punto = 1 gruppo professionale partecipa >60%

2 punti = 2 gruppi professionali partecipano rispettivamente >60%

3 punti = 3 gruppi professionali partecipano rispettivamente >60%

Indicazione per i pari: un esempio è riportato in allegato

[3] Alcuni esempi: Annual Meeting Swiss Stroke Society, eventi di formazione regionali o locali della SU/SC quali Stroke Summer School, simposi sull'ictus "Fit for Stroke Days", ecc. o formazione equivalente, estera o internazionale o eventi online specifici per l'ictus.

## G Cifre di riferimento e indicatori

| N.° | Criterio di valutazione | Valutazione | |
|---|---|---|---|
| G 1 | Lo Stroke centre sorveglia la qualità del lavoro inserendo le variabili chiave del registro nazionale degli ictus. [1] Questi dati sono obbligatori. [2] | 0/3 | |
| G 2 | Il risultato funzionale a 3 mesi è registrato con la scala Rankin modificata e documentato nello Swiss Stroke Registry. [3] | 0/1/2/3 | |
| G 3 | Numero minimo di letti monitorati nello Stroke center: 6 | 0/3 | |
| G 4 | Numero minimo di letti dello Stroke center nello stesso luogo: 12 | 0/3 | |
| G 5 | Numero minimo di pazienti colpiti da ictus visitati e/o trattati dallo Stroke center all'anno [4]: 400 | 0/3 | |
| G 6 | Numero minimo di casi di trombolisi endovenosa e trattamenti endovascolari per ictus acuti [5] all'anno: 50 | 0/3 | |
| G 7 | Numero minimo di casi di trattamenti endovascolari acuti all'anno: 40[6] | 0/3 | |

[1] Le variabili chiave sono come minimo: età, sesso, tipo di evento, “onset-to-door time” (intervallo tra insorgenza dei sintomi e arrivo in ospedale), NIHSS, trattamento acuto (IVT, EVT), DTN, DTG

[2] Questo requisito è soddisfatto se si inseriscono le suddette variabili chiave della fase acuta per >90% dei pazienti. (Periodo: dall'anno precedente al 30 marzo dell'anno in corso)

[3] La valutazione tiene conto del grado di completezza del follow-up di 3 mesi (dall'anno precedente al 30 giugno dell'anno in corso)

Indicazione per i pari: un punteggio da raggiungere dovrebbe orientarsi alla seguente proposta

>90% di tutti i pazienti della Stroke unit corrisponde a 3 punti

>75% corrisponde a 2 punti

>66% corrisponde a 1 punto

<66% corrisponde a 0 punti

[4] Sono considerati anche i trasferimenti dalle Stroke unit allo Stroke center. Con pazienti colpiti da ictus si intendono i pazienti colpiti da ictus ischemico acuto, emorragie intracraniche acute, attacco ischemico transitorio e pazienti con "Stroke mimic". "Stroke mimic" sono pazienti per i quali i neurologi di turno hanno formulato una diagnosi sospetta di "ictus acuto" all'ingresso in ospedale e per i quali però questa diagnosi non è stata confermata, ma sostituita con una diagnosi di dimissione diversa. Il rapporto tra "Stroke mimic" e pazienti colpiti da ictus/attacco ischemico transitorio viene documentato; l'obiettivo è un valore <10%. I pazienti che non sono né affetti da ictus né pazienti con "Stroke mimic" possono essere curati nei letti monitorati solo in casi eccezionali (<30%).

[5] Le trombolisi di pazienti con "Stroke mimic" non vengono conteggiate. Stroke mimic sono pazienti per i quali i neurologi di turno hanno formulato una diagnosi sospetta di "ictus acuto" all'ingresso in ospedale e per i quali però questa diagnosi non è stata confermata, ma sostituita con una diagnosi di dimissione diversa. La quota di pazienti trombolisati con "Stroke mimic" non dovrebbe superare il 3%.

[6] Sono compresi anche gli interventi endovascolari di emergenza per le malformazioni cerebrali vascolari.

## Criteri opzionali in caso di certificazione ESO parallela:

Questi criteri **NON** vengono registrati nel quadro dell'audit, ma si basano su un'***autodichiarazione*** del centro. Questi criteri **NON** sono **obbligatori**

| Criterio# | Descrizione dei criteri+ | Valutazione | Documenti necessari+ |
|---|---|---|---|
| **ESO G7** | Documentazione della qualità del trattamento dell'ictus: % esame documentato della deglutizione, mobilizzazione precoce e prevenzione della TVP | 0/1/2/3 | Fornire i propri numeri |
| **ESO G8** | Accesso all'organizzazione locale di supporto per l'ictus | 0/1/2/3 | Descrizione, link online |
| **ESO G9** | Numero di diagnosi rilevanti (numero di TTE/TTE, numero di ultrasuoni neurovascolari, numero di CT/MRI cerebrali e CTA/MRA) | 0/1/2/3 | Statistiche ospedaliere ufficiali e autorizzate* mediante rapporto annuale o banca dati con link online |

* Dati per pazienti colpiti da ictus; sufficiente Swiss Stroke Registry come fonte di dati

\+ La formulazione della descrizione dei criteri e dei documenti richiesti è stata stabilita dall'ESO.

Allegato: esempio di un programma di formazione di base/continua

| **Indice** | **Durata rispettivamente di almeno 45 minuti** |
|---|---|
| Trattamento dell'ictus - Organizzazione in Svizzera e fatturazione | |
| Fase precedente il ricovero in ospedale | |
| Emodinamica cerebrale e perfusione | |
| Ictus - Anatomia/referto | |
| Monitoraggio clinico | |
| Intervento acuto (I) | |
| Intervento acuto (II) | |
| Ictus e coagulazione | |
| Respirazione, circolazione e relativo monitoraggio | |
| Adagiamento e mobilizzazione | |
| Tracheotomia | |
| Cura del cavo orale | |
| Deglutizione | |
| Nutrizione | |
| Comunicazione (afasia/disartria) | |
| Delirio da ictus | |
| Incontinenza da ictus | |
| Tecniche di stimolazione | |
| Esame neuropsicologico a cura del neuropsicologo | |
| Questioni etiche relative all'ictus | |
| Cure palliative | |
| Cure di riabilitazione | |
| Rieducazione del paziente /incl. congiunti | |
| Prevenzione secondaria | |