

ZONA TERRITORIALE 7	2
PROFILO DI ASSISTENZA PER LA GESTIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE	2
1 Elenco dei partecipanti al gruppo di lavoro	2
2 N° e Date delle riunioni	3
3 Obiettivi del profilo	3
3.1 Obiettivi generali	3
3.2 Obiettivi specifici	4
4 Flow chart (vecchio percorso)	6
5 Flow chart (nuovo percorso)	8
6 Tabelle delle attività	10
7 Stroke Team	31
7.1 Stroke Team Acuto e Lungodegenza	31
7.2 Stroke Team Territoriale	32
8 Scale di valutazione	34
8.1 Fase di emergenza territoriale e Pronto Soccorso	34
8.2 Fase di ricovero in Reparto per acuti	36
8.3 Area Riabilitativa	46
9 Elenco dei criteri che indirizzano le scelte di ogni snodo decisionale	48
9.1 Criteri per la selezione della struttura idonea alla gestione del paziente.	48
9.2 Criteri per l’invio alla U.O. di ricovero più appropriata.	48
9.3 Criteri per la definizione del setting di dimissione.	49
9.4 Attivazione di protocolli per la dimissione	49
10 Protocolli di laboratorio e diagnostica strumentale	50
11 Allegato “Farmaci”	53
12 Procedure assistenziali	54
13 Scheda integrata Stroke Team	55
14 Bibliografia aggiuntiva utilizzata oltre alle raccomandazioni regionali	60

Zona Territoriale 7

PROFILO DI ASSISTENZA PER LA GESTIONE ED IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE

1 *Elenco dei partecipanti al gruppo di lavoro*

per la Zona 7

- Dott. Grazia Bertolazzi Responsabile Ufficio Qualità
- Dott Daniela Brecciaroli MMG Distretto Nord
- I.P. Stefania Cameli Pronto Soccorso Osimo
- Dott Rita Curto Pronto Soccorso Osimo
- Dott Marina Fornaro Medico Del 118 di Osimo
- Dott Daniele Gelibter Responsabile Med. LD Loreto
- Dott Giorgio Longhi Responsabile Riabilitazione D.S.
- Terapista Riabilitazione Laura Mantini Rsa Chiaravalle
- Cs Daniela Orsetti Servizio Adi Distretto Nord
- Logopedista Daniela Rita Poliamb/Rsa Castelfidardo
- Cs Ivana Sbaffi Direzione Medica H Chiaravalle
- Dott Franco Scagliati Resp. Cure Primarie Dom. Resid.
- I.P. Claudio Tamburrini Med. Gen. LD H Loreto
- Dott Isabella Vaccarini Med. Gen. H Osimo
- Dott Alessandro Gambini MMG Distretto Sud-coord.Hospice Loreto
- Dott. Marco Grandi MMG Distretto Centro
- Dott. Gabriella Defendi Servizio Assistenza Domiciliare e Residenziale Distretto Centro
- CS Maria Rosa Galassi ADI Distretto Centro
- Dott Franco Baiocco resp. Diagnostica per immagini POU
- Dott Tiziano Cossignani resp. Direzione medica POU
- I.P Gabriella Narcisi 118 di Loreto

per l'istituto riabilitativo Santo Stefano-Villa Adria

- Dott Antonello Morgantini Direttore medico
- CS Dominga Russo

- Terapista della riabilitazione Giulietta Pirani coordinatrice terapisti

2 N° e Date delle riunioni

Si sono tenute 7 riunioni del workteam nel 2004: 7 e 27/4, 5 e 25 /5, 4,15 e 29/6. Queste riunioni si sono svolte nell'ambito del corso di formazione accreditato. Numerose ulteriori riunioni sono state necessarie tra Settembre 2004 e Marzo 2005 per completare il lavoro e corredarlo di protocolli condivisi fra tutte le categorie professionali coinvolte.

3 Obiettivi del profilo

3.1 Obiettivi generali

La realizzazione del Profilo di Assistenza del paziente affetto da Ictus Cerebrale si è svolta nell'ambito di un progetto che prevede la definizione e l'applicazione su tutto il territorio regionale di profili di assistenza per alcune patologie rilevanti sia a livello d'assistenza ospedaliera che di quella territoriale. Questo progetto è inserito tra le azioni previste all'interno del Piano Sanitario 2003-2006 ed in particolare all'interno del "Macroobiettivo 4: Riquilibrare del sistema dell'offerta".

L'introduzione dei profili di assistenza per identiche patologie/condizioni in tutte le aziende sanitarie della Regione Marche è quindi un'operazione che coinvolge tutta l'organizzazione sanitaria regionale ponendosi due obiettivi volti a delineare un sistema regionale di *clinical governance*:

- Individuare standard regionali relativi alla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti per le patologie previste nel progetto;
- Misurare le performance del Sistema Sanitario Regionale rispetto agli standard definiti e instaurare un ciclo di miglioramento continuo.

La realizzazione di questi obiettivi prevede le seguenti fasi:

1. **Definizione di raccomandazioni, indicatori e standard regionali.** Sono stati costituiti Gruppi regionali di esperti (multiprofessionali e multidisciplinari) con l'obiettivo di elaborare, dopo dettagliata disamina delle evidenze scientifiche reperibili nella migliore letteratura internazionale, una serie di raccomandazioni per la pratica clinica. Per ogni Raccomandazione prodotta sono stati identificati indicatori, finalizzati a misurarne l'applicazione, e standard, che rappresentano gli obiettivi che il Sistema Sanitario Regionale si impegna a garantire ai propri cittadini.
2. **Elaborazione dei profili di assistenza a livello aziendale/zonale.** A tale scopo sono stati costituiti Gruppi di lavoro aziendali multidisciplinari e multiprofessionali con gli operatori coinvolti nel processo assistenziale. I profili di assistenza sono costruiti in modo da garantire, in tutte le strutture, il rispetto delle raccomandazioni elaborate dal gruppo regionale di esperti. Al termine della fase di elaborazione il gruppo di lavoro aziendale sottopone il profilo a tutti gli altri operatori coinvolti nel processo assistenziale al fine di ottenere una revisione interna, la successiva condivisione e quindi la disseminazione capillare delle informazioni necessarie all'implementazione del profilo stesso.
3. **Monitoraggio dei profili di assistenza.** Per misurare la performance del Servizio Sanitario Regionale sarà realizzato il monitoraggio permanente degli indicatori al fine di verificare l'applicazione delle raccomandazioni ed il raggiungimento degli standard in tutte le aziende. I risultati del monitoraggio saranno trimestralmente discussi in audit, a livello centrale con il gruppo regionale di esperti, a livello locale con il gruppo di lavoro aziendale e tutti gli operatori coinvolti nel processo. Gli audit avranno come oggetto sia i risultati clinico-

epidemiologici, che i risultati sul raggiungimento degli standard regionali allo scopo di instaurare un ciclo di miglioramento continuo della qualità.

3.2 Obiettivi specifici

Il profilo di cura dei pazienti affetti da ictus cerebrale, residenti nella ZT 7, è caratterizzato dalla presenza di una pluralità di altri soggetti erogatori dotati di piena autonomia aziendale:

- INRCA: offre il ventaglio completo del livello ospedaliero (acuzie, riabilitazione intensiva, lungodegenza post-acuzie) ed il livello della specialistica ambulatoriale;
- AO Universitaria Umberto I: offre l'acuzie e la riabilitazione intensiva, nel livello ospedaliero, e l'attività specialistica ambulatoriale;
- Istituti di riabilitazione Santo Stefano, presenti con due strutture:
 - Casa di cura "Villa Adria", che eroga attività di riabilitazione intensiva ospedaliera ed extraospedaliera, in regime di degenza ed attività specialistica ambulatoriale e domiciliare;
 - RSA "Abitare il tempo", che eroga attività residenziale;
- Istituto Bignamini-Don Gnocchi: eroga in regime di degenza, riabilitazione intensiva ed estensiva extraospedaliera, ed attività specialistica ambulatoriale e domiciliare;
- Palestra Zenith ed Istituto Maggio: erogano entrambi prestazioni ambulatoriali e domiciliari

Obiettivi primari del work team, nel costruire il profilo sono stati, dunque, a fronte di un sistema d'offerta tanto complesso:

- tutelare l'equità nell'accesso ai servizi ospedalieri per acuti, verificando, con AO Umberto I e INRCA se, in presenza di particolari caratteristiche dell'ospedale e del paziente, fosse più appropriato il ricovero in una determinata struttura, indipendentemente dal Distretto di residenza, o se fosse corretto associare al criterio generale di "idoneità" indicato dalle linee guida, i soli criteri della vicinanza geografica, della viabilità e della disponibilità dei posti letto
- presidiare la tempestività e la continuità assistenziale, nel passaggio tra i diversi livelli, indipendentemente sia dall'ospedale per acuti, in cui fosse iniziato il percorso, sia dalla struttura riabilitativa della post-acuzie, attivando strumenti di integrazione condivisi e di semplice uso, e migliorando tempi e procedure per la fornitura di protesi, presidi, materiali sanitari
- condurre ad unitarietà il profilo dei nostri residenti, facendo confluire i tre spezzoni iniziati con il ricovero a Loreto, all'INRCA e all'AO Umberto I, nel tratto comune dell'assistenza territoriale, governata dalla ZT 7

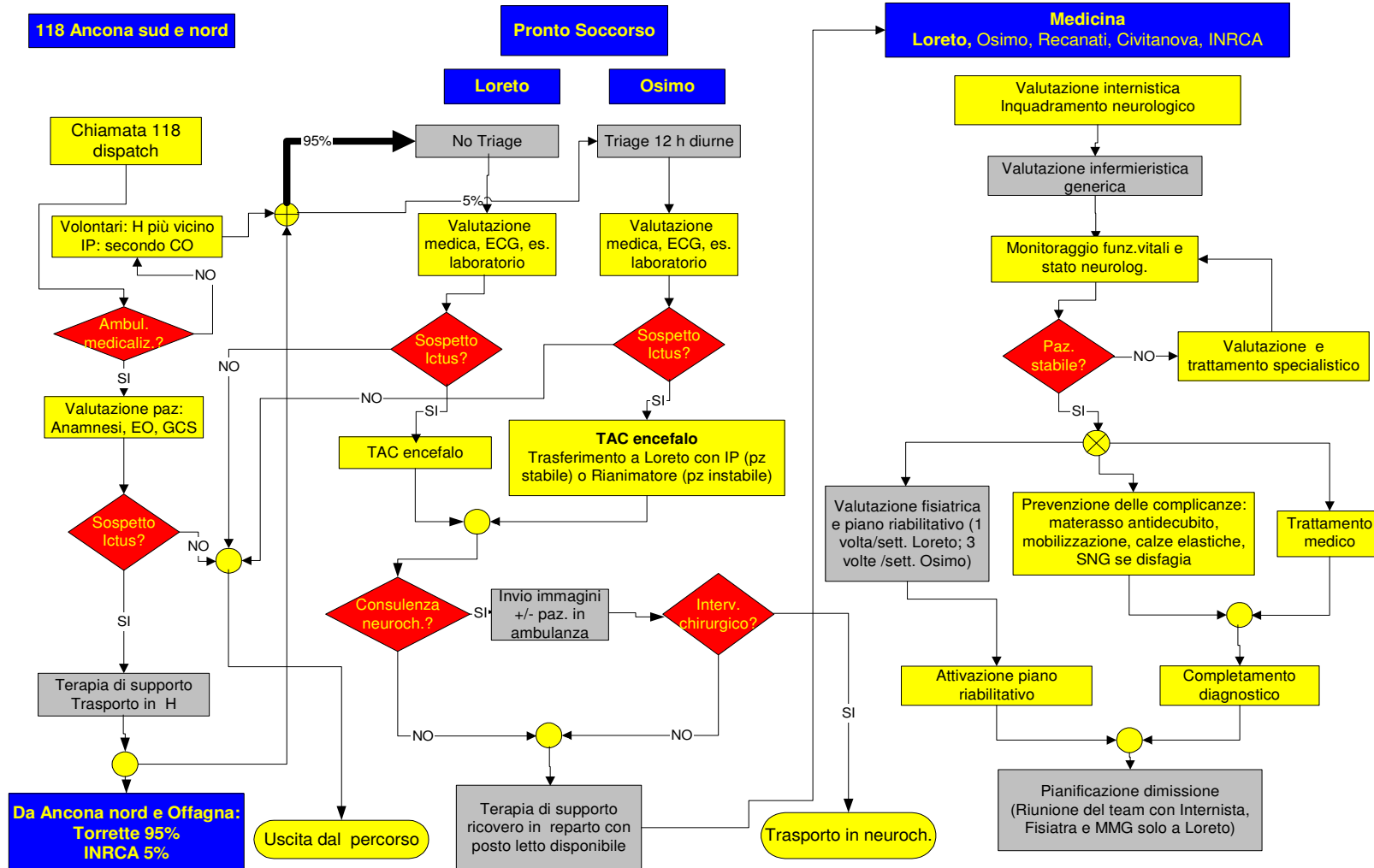
Il work team si è dato inoltre i seguenti obiettivi:

- servirsi, ai fini della sostenibilità economica, di alcuni dei punti di forza della nostra organizzazione:
 - il sistema informativo avanzato, con collegamento in rete di tutti i MMG
 - la partnership dei MMG nelle attività territoriali, quali le Unità Valutative, gli UCAD, le RSA, l'Hospice, e lo sviluppo della loro funzione di "case-manager"
- consolidare, all'interno del Dipartimento di Medicina, la suddivisione delle linee produttive tra l'Ospedale di Osimo, dedicato alle malattie cardiovascolari e l'Ospedale di Loreto,

dedicato alle malattie cerebrovascolari, e promuovere la conseguente specializzazione degli operatori e prefigurando l'istituzione della Stroke Unit.

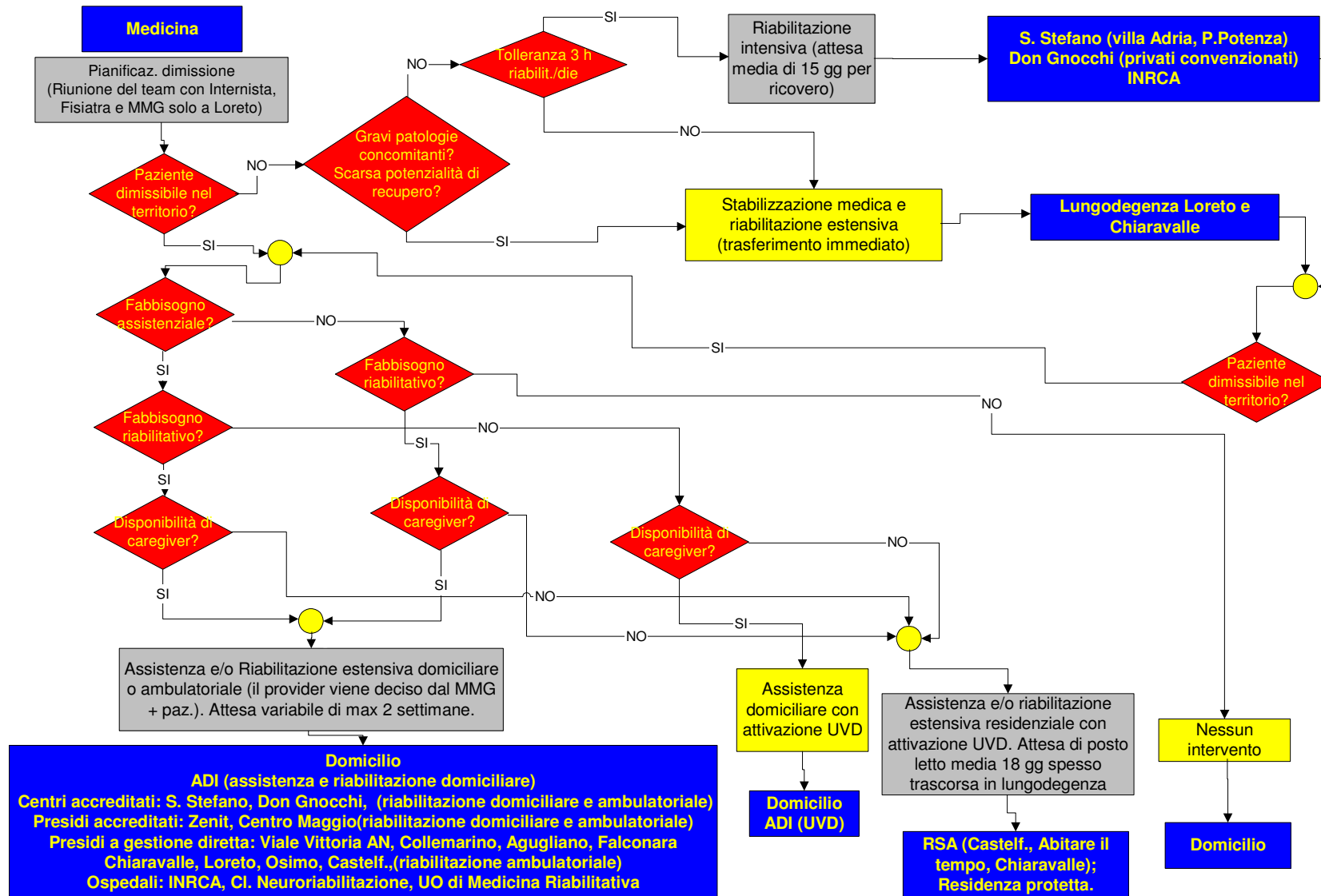
4 Flow chart (vecchio percorso)¹

Profilo di assistenza ICTUS- (Flow chart ASL 7 attuale) foglio 1



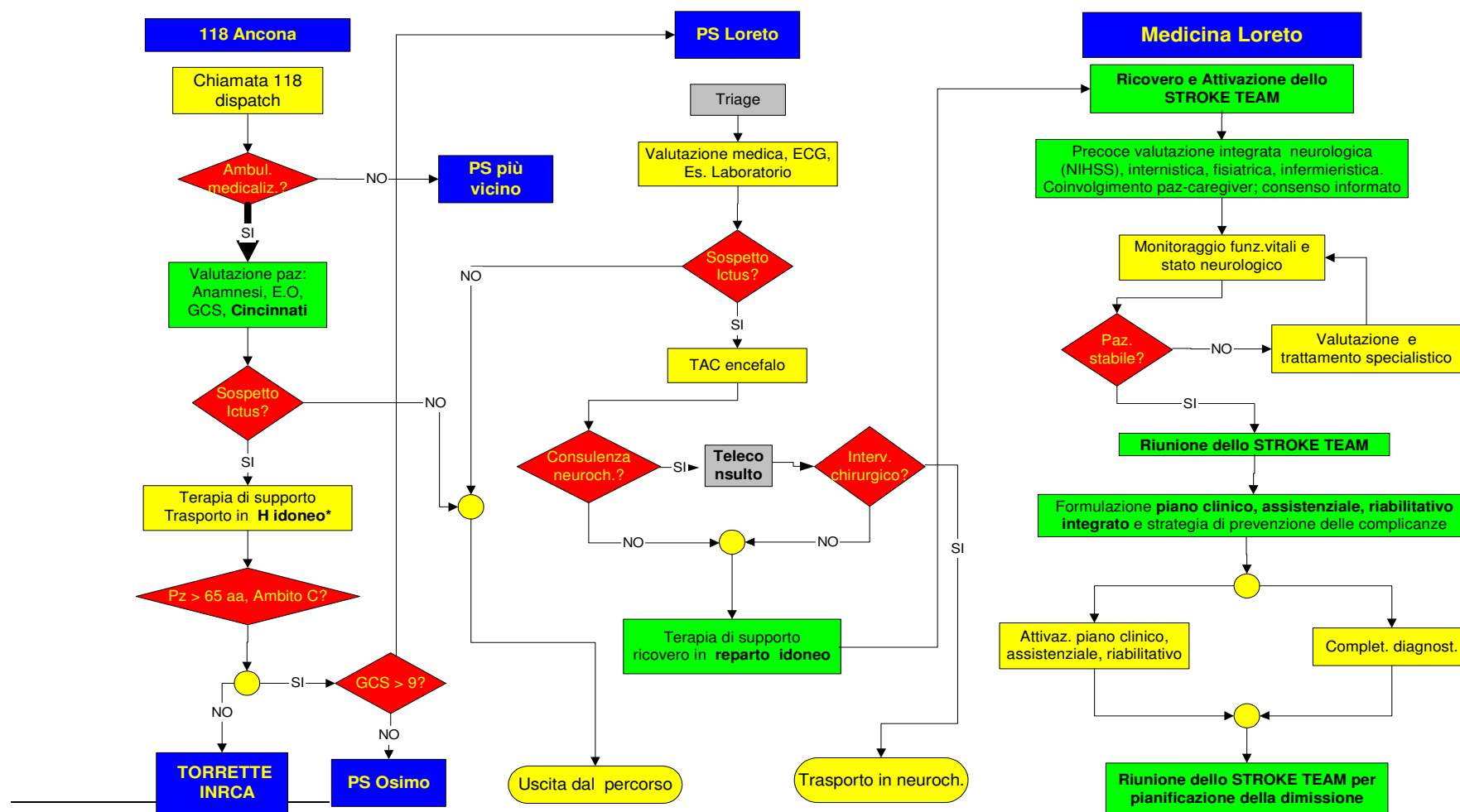
¹ Legenda: i box rettangolari blu rappresentano i luoghi di arrivo o di destinazione; i box rettangolari gialli sono le attività, quelli grigi le criticità; i rombi rossi sono gli snodi decisionali.

Profilo di assistenza ICTUS- (Flow chart ASL 7 attuale) foglio 2



5 Flow chart (nuovo percorso)²

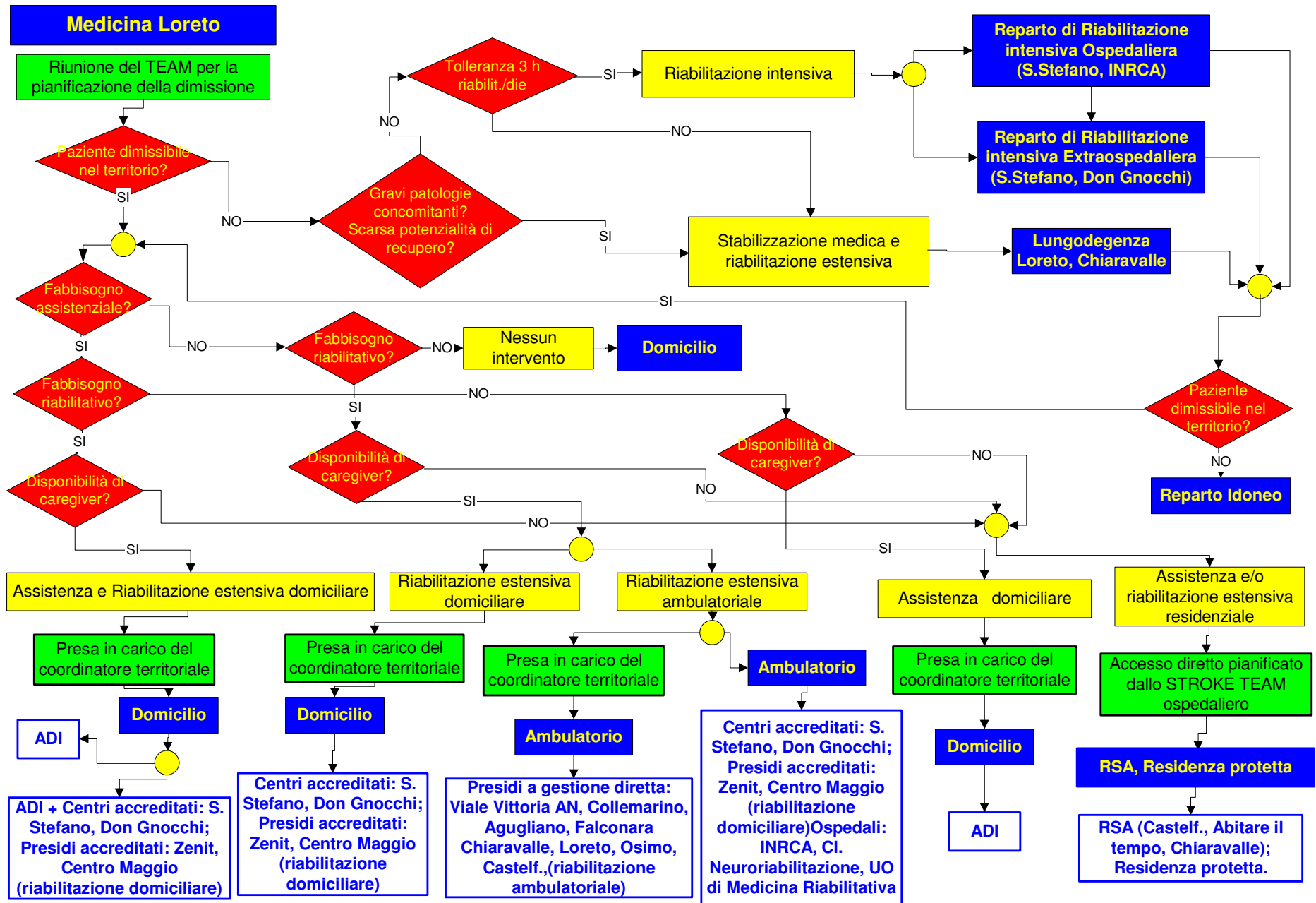
Profilo di assistenza ICTUS - Flow-chart futura ASL 7 foglio 1



² Legenda: i box rettangolari blu rappresentano i luoghi di arrivo o di destinazione; i box rettangolari gialli sono le attività, quelli verdi rappresentano le nuove attività apportate dal profilo di assistenza, quelli grigi le criticità non ancora superate; i rombi rossi sono gli snodi decisionali.

* Per i criteri di scelta dell'ospedale idoneo vedere capitolo 9.2.

Profilo di assistenza ICTUS- (Flow-chart futura ASL 7) foglio 2



6 Tabelle delle attività

Profilo Ictus Cerebrale-EMERGENZA TERRITORIALE-118	
Medico 118	<ul style="list-style-type: none"> • Dispatch • Trasferimento • Anamnesi mirata: <ul style="list-style-type: none"> ○ ogni evento medico o neurologico recente, inclusi traumi, emorragie, interventi chirurgici, infarto del miocardio o pregressi ictus; ○ Terapie in atto, specialmente anticoagulanti o antiaggreganti; ○ Ora di insorgenza dei sintomi (per i pazienti con sintomi al risveglio va assunta l'ultima ora in cui il paziente era libero dai sintomi prima di coricarsi); • Esame obiettivo e valutazione neurologica (GCS, Cincinnati Pre-Hospital Coma Scale) • Prescrive somministrazione di farmaci se necessario: labetalolo se ipertensione sistodiastolica: PAS > 220 o PAD 120-140; nitroderivato ev se ipertensione diastolica: PAD >140; diazepam solo in caso di crisi epilettiche recidivanti; furosemide se segni di ipertensione endocranica; paracetamolo se TC >37°C; insulina se glicemia > 200mg/dl; fisiologica per reidratazione (Allegato). • Ossigenoterapia se SO₂ < 92% • Compila la scheda relativa al paziente • Comunica alla centrale operativa il codice di rientro • Assicura trasporto protetto in ospedale idoneo • Controlla i parametri vitali durante il trasporto
Infermiere 118	<ul style="list-style-type: none"> • Posiziona monitor per rilevazione parametri vitali (ECG, PA, FC, saturimetria) • Assicura linea venosa (mantenimento con fisiologica) • Esegue stick glicemico • prelievo per eventuali esami di laboratorio • Somministra farmaci su indicazione medica • Controlla parametri vitali durante il trasporto • Esegue ECG su richiesta del medico
Infermiere 118 senza Medico	<ul style="list-style-type: none"> • Posizione di sicurezza e giusto posizionamento del paziente • Registrazione data e ora insorgenza dei sintomi • Valutazione Cincinnati Pre-Hospital Coma Scale • Posizionamento accesso venoso e prelievo esami (mantenimento con fisiologica) • Misurazione parametri vitali • Eventuale richiesta supporto automedica alla centrale operativa • trasporto protetto in ospedale idoneo
Autista	<ul style="list-style-type: none"> • Trasferimento in sicurezza dell'equipaggio • Trasporta materiale e strumentazione con l'infermiere • Appronta i mezzi idonei al trasporto (barella, cucchiaio, tavola spinale ecc.) • Richiesta di supporto • Segue auto medica
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> • Iniziale definizione diagnostica • Corretto approccio terapeutico • Rapido trasporto in ospedale idoneo

Profilo Ictus Cerebrale-PRONTO SOCCORSO	
Medico PS	<ul style="list-style-type: none"> • Prende in consegna il paziente dal Medico del 118 • Esegue esame obiettivo generale e neurologico • Rivaluta GCS e parametri vitali • Allerta il Rianimatore se GCS<8 • Legge ECG (se già eseguito altrimenti lo fa eseguire) • Prescrive esami di laboratorio (emocromo completo, elettroliti, creatinina, azotemia, glicemia, PT, PTT, proteine totali, bilirubina, transaminasi) • Prescrive somministrazione di farmaci se necessario: labetalolo se ipertensione sistodiastolica: PAS > 220 o PAD 120-140; nitroderivato ev se ipertensione diastolica: PAD >140; in caso di emorragia cerebrale labetalolo se PA > 180/105; diazepam solo in caso di crisi epilettiche recidivanti; furosemide se segni di ipertensione endocranica; paracetamolo se TC >37°C; insulina se glicemia > 200mg/dl; fisiologica per reidratazione (Allegato). • Richiede TAC encefalo • Accompagna il paziente in radiologia quando lo stato di coscienza è compromesso (se al PS di Osimo organizza trasferimento in ambulanza a Loreto) • In caso TAC positiva per emorragia richiesta di consulenza Neurochirurgica e trasferimento in NCH se indicato • Organizza ricovero in reparto idoneo (reparto di Medicina di Loreto) • Comunica con i familiari
Infermiere PS	<ul style="list-style-type: none"> • Posiziona monitor per il monitoraggio parametri vitali (PA, FC, FR, Sat. O2) + TC + emogasanalisi • Esegue ECG a 12 derivazioni se non eseguito • Preleva esami di laboratorio se non eseguiti • Assicura decubito corretto in caso di vomito • Spoglia il paziente e ne cura l'igiene se incontinenza sfinterica • Raccoglie tutta la documentazione • Copre il paziente evitando dispersione di calore • Somministra farmaci su indicazione medica
OTA	<ul style="list-style-type: none"> • Collabora con infermiere nel trasbordo del paziente e nella svestizione • Raccoglie vestiti ed altri oggetti che consegna ai familiari del paziente • Porta provette in laboratorio • Trasferimento del paziente in Radiologia con infermiere • Ritira referti • Accompagna il paziente al reparto di destinazione con infermiere
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> • Inquadramento diagnostico • Stabilizzazione clinica • Prevenzione complicanze • Gestione assistenziale appropriata • Ricovero in reparto idoneo

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 4	GIORNO 5
MEDICO	<ul style="list-style-type: none"> • Raccolta dati anamnestici • Valutazione internistica e neurologica (scala di GCS e NIHSS,) con • Inquadramento delle comorbidità • Valutazione delle funzioni vitali e stato di ossigenazione ematica • Valutazione rischio TVP. • Richiesta esami (come da allegato) • Impostazione della terapia (aspirina, eventuale profilassi TVP,,: labetalolo se ipertensione sistodiastolica: PAS > 220 o PAD 120-140; nitroderivato ev se ipertensione diastolica: PAD >140; in caso di emorragia cerebrale labetalolo se PA > 180/105; diazepam solo in caso di crisi epilettiche recidivanti; furosemide se segni di ipertensione endocranica; paracetamolo se TC >37°C; insulina se glicemia > 200mg/dl; fisiologica per reidratazione (Allegato). • Colloquio informativo con il paz ed i familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica • Eventuale controllo clinico e strumentale delle comorbidità • Valutazione dei parametri vitali e della Sat O2 • Esecuzione ecodoppler vasi epiaortici in reparto • Controllo esami • Controllo terapia • Colloquio con il paz, familiari e caregiver. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica e definizione dei sottogruppi. • Valutazione dei parametri vitali. • Controllo terapia • Richiesta ecocardiogramma se necessario • Riunione stroke team • Colloquio con il paz, familiari e caregiver. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica. • Valutazione dei parametri vitali. • Controllo terapia • Colloquio con il paz, familiari e caregiver. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica. • Valutazione dei parametri vitali. • Rivalutazione comorbidità • Controllo terapia • Colloquio con il paz, familiari e caregiver.
INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none"> • Posizionamento di monitor multifunzione per monitoraggio parametri vitali (PA, FC, Sat. O2) • Esecuzione ECG a 12 derivazioni • Prelievo venoso Valutazione: • continenza sfinterica (procedura) • disfagia con test dell'acqua (allegato) • rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) • presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio parametri vitali, SatO2 e ECG • Somministrazione farmaci • Valutazione bilancio idrico. • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione: attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di 	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione farmaci • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione: attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato 	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione e farmaci • Prelievo ematico (eventuale) • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione: attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di 	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione farmaci • Prelievo ematico (eventuale) • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione: attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 4	GIORNO 5
	<p>NPUAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • disabilità: scala di Barthel prima del ricovero e all'ingresso • stato nutrizionale: BMI (plica tricipitale, circonferenza del braccio, circonferenza addominale se il paziente non mantiene la posizione eretta) <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle TVP (allegato) • Prevenzione delle cadute. • Adeguato posizionamento (allegato). • Mobilizzazione (allegato) 	<p>disfagia e assistenza al pasto se occorre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver 	<p>posizionamento.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver • Riunione stroke Team 	<p>disfagia e assistenza al pasto se occorre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver 	<p>disfagia e assistenza al pasto se occorre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver
C A P O S A L A	<ul style="list-style-type: none"> • Accettazione del paz • Colloquio con i familiari e presentazione del reparto. • Spiegazioni relative alla degenza ed assistenza. • Informazione al MMG • Coordina attività dello STROKE TEAM (case manager) 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica e coordina le attività • Programma e convoca la riunione del team. • Individua il caregiver. • riferimento gestionale ed organizzativo per problematiche specifiche del paziente e familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Riunione stroke team • Informa il caregiver e/o paziente sulle proposte del team sul piano post dimissione. • Rapida attivazione delle procedure previste per la dimissione. 	<ul style="list-style-type: none"> • riferimento gestionale ed organizzativo per problematiche specifiche del paziente e familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • riferimento gestionale ed organizzativo per problematiche specifiche del paziente e familiari
D I E T I S T A		<p>Valutazione nutrizionale</p>	<p>Eventuale Riunione stroke team</p>	<p>Prescrizione dieta personalizzata</p>	
F I S I A T R A			<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione di: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Indice di motricità ➢ Test di controllo del tronco ➢ Forza/sensibilità ➢ Equilibrio ➢ Deambulazione ➢ MMSE ➢ Disabilità (scala di 		

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 4	GIORNO 5
			Rankin) •Programma intervento di prevenzione del danno secondario •Iniziale elaborazione del progetto riabilitativo •Riunione Stroke Team		
F I S I O T E R A P I S T A		<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della mobilità • Indicazioni per il corretto posizionamento al personale infermieristico e OSS • Educazione del paziente e del caregiver sul corretto posizionamento e sulle manovre da evitare • Attivazione programma di mobilizzazione segmentale per prevenzione delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> •Proseguimento della mobilizzazione •Promozione della posizione seduta e della verticalizzazione •Educazione del paziente e del caregiver ai trasferimenti/spostamenti e all'eventuale utilizzo di ausili •Riunione dello Stroke Team e partecipazione all'elaborazione del progetto formativo 	Proseguimento del trattamento (30 min/die)	Proseguimento del trattamento (30 min/die)
L O G O P E D I S T A			<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione in caso di disfagia: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Capacità attentiva ➢ Atteggiamento posturale del capo e del tronco ➢ Deglutizione spontanea e dopo somministrazione di cibo ➢ Mobilità spontanea di labbra, guance, lingua ➢ Tosse • Riunione Stroke Team 	Eventuale Trattamento della disfagia	Eventuale Trattamento della disfagia
O S S	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 1	GIORNO 2	GIORNO 3	GIORNO 4	GIORNO 5
		corpo			
R A D I O L O G O	<ul style="list-style-type: none"> Rx torace 	<ul style="list-style-type: none"> Eventuale TAC cranio di controllo (vedi allegato) 			
T E A M			Valutazione multidisciplinare precoce con formulazione di programma curativo, riabilitativo e assistenziale ed individuazione del percorso post-dimissione se possibile.		
O U T C O M E	<ul style="list-style-type: none"> Inquadramento diagnostico Stabilizzazione clinica. 	<ul style="list-style-type: none"> Stabilizzazione clinica Prevenzione delle complicanze. Mobilizzazione precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> Formulazione precoce del progetto complessivo di cura e recupero. 	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento autonomie Attuazione progetto dello stroke team Riduzione disabilità Appropriatezza terapeutica Prevenzione complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> Miglioramento autonomie Attuazione progetto dello stroke team Riduzione disabilità Appropriatezza terapeutica Prevenzione complicanze

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 6	GIORNO 7	GIORNO 8	GIORNO 9	DIMISSIONE (10 gg)
MEDICO	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica. • Valutazione dei parametri vitali. • Controllo ECG • Controllo esami ematochimici • Controllo terapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica (scala di NIHSS) • Valutazione dei parametri vitali. • Controllo terapia • Riunione stroke team 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica. • Valutazione dei parametri vitali. • Controllo terapia • Colloquio con paziente e/o caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione internistica/ neurologica. • Rivalutazione delle comorbilità • Controllo del compenso emodinamico e metabolico. • Controllo terapia • Colloquio con paziente e/o caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Relazione di degenza che comprenda una scheda di valutazione dello status del paz all'ingresso, i risultati raggiunti, la disabilità residua gli obiettivi da raggiungere ed il setting scelto. • Informazione dettagliata al paziente, al caregiver ed ai familiari.
I N F E R M I E R E	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione farmaci • Prelievo ematico • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione : attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di disfagia e assistenza al pasto se occorre • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione farmaci • Rivalutazione di: <ul style="list-style-type: none"> ➢ Integrità cutanea ➢ Rischio di decubiti (scala di Norton Plus) ➢ Disabilità (scala di Barthel) ➢ stato nutrizionale: BMI (plica tricipitale, circonferenza del braccio, circonferenza addominale se il paziente non mantiene la posizione eretta) ➢ Disfagia ➢ Continenza sfinterica • Alimentazione : attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di 	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione farmaci • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione : attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di disfagia e assistenza al pasto se occorre • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Misurazione parametri vitali (2 volte die) • Somministrazione farmaci • Controllo integrità cutanea • Gestione incontinenze (allegato). • Alimentazione : attuazione programma nutrizionale, controllo eventuale insorgenza di disfagia e assistenza al pasto se occorre • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Educazione sanitaria al paziente ed al caregiver.

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 6	GIORNO 7	GIORNO 8	GIORNO 9	DIMISSIONE (10 gg)
		disfagia e assistenza al pasto se occorre <ul style="list-style-type: none"> • Prevenzione delle cadute. • Prevenzione TVP • Adeguato posizionamento. • Mobilizzazione • Educazione sanitaria al paziente ed al caregiver. • Riunione stroke team 			
CAP OS LA	<ul style="list-style-type: none"> • riferimento gestionale ed organizzativo per problematiche specifiche del paziente e familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Convoca, organizza e partecipa alla riunione Stroke Team • Organizza la dimissione 	<ul style="list-style-type: none"> • aggiorna il MMG su eventuali modifiche del team al piano di dimissione (se non presente alla riunione) • Attivazione procedure per fornitura presidi sanitari specifici per domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> • riferimento gestionale ed organizzativo per problematiche specifiche del paziente e familiari 	<ul style="list-style-type: none"> • Controlla e gestisce tutte le pratiche relative alla dimissione
DIE TIS TA		<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione nutrizionale • Eventuale Riunione stroke team • Redazione schema dietetico post-dimissione 			
FISI ATR A	<ul style="list-style-type: none"> • 	Rivalutazione di <ul style="list-style-type: none"> • Indice di motricità • Test di controllo del tronco • Forza/sensibilità • Equilibrio • Deambulazione • MMSE • Disabilità (scala di Rankin) 			

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 6	GIORNO 7	GIORNO 8	GIORNO 9	DIMISSIONE (10 gg)
		<ul style="list-style-type: none"> Valutazione necessità di ausili per limitare la disabilità Riunione stroke team per conferma o modifica del progetto riabilitativo Redazione progetto riabilitativo 			
FISIOTERAPISTA	<ul style="list-style-type: none"> Proseguimento della mobilizzazione Promozione della posizione seduta e della verticalizzazione Educazione del paziente e del caregiver ai trasferimenti/spostamenti e all'eventuale utilizzo di ausili 	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione del paziente Prosecuzione del trattamento Riunione dello Stroke Team 	Prosecuzione del trattamento (30 min/die)	Prosecuzione del trattamento (30 min/die)	Prosecuzione del trattamento (30 min/die)
LOGOPEDISTA	Eventuale Trattamento della disfagia	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione per disfagia: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Capacità attentiva ➤ Atteggiamento posturale del capo e del tronco ➤ Deglutizione spontanea e dopo somministrazione di cibo ➤ Mobilità spontanea di labbra, guance, lingua ➤ Tosse Riunione Stroke Team 	Eventuale Trattamento della disfagia	Eventuale Trattamento della disfagia	Eventuale Trattamento della disfagia
OSS	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo

Profilo Ictus Cerebrale-DEGENZA ORDINARIA MEDICINA

	GIORNO 6	GIORNO 7	GIORNO 8	GIORNO 9	DIMISSIONE (10 gg)
	corpo	corpo	corpo	corpo	
R A D I O L O G O		Eventuale TAC di controllo (algoritmo diagnostico allegato)			
TEA M		<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione definitiva della dimissione con programma curativo assistenziale e riabilitativo integrato. • Informazione dettagliata al paziente e/o caregiver 			
OUT CO ME	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento autonomie • Attuazione progetto dello stroke team • Riduzione disabilità • Appropriattezz a terapeutica 	<ul style="list-style-type: none"> • Conferma piano di dimissione • Miglioramento delle autonomie • Comunicazion e con il territorio e continuità assistenziale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento delle autonomie • Prevenzione complicanze • Comunicazion e con il territorio e continuità assistenziale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento delle autonomie • Prevenzione complicanze • Comunicazion e con il territorio e continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitazione di ogni passaggio gestionale • Continuità assistenziale.

Profilo Ictus Cerebrale-LUNGODEGENZA			
	INGRESSO (1°-2° GIORNO)	RICOVERO	DIMISSIONE (20 GG)
M E D I C O	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione internistica con particolare attenzione alle cause di instabilità e alle comorbidità Valutazione neurologica (scala NIHSS) Eventuale controllo esami di laboratorio Prescrizione terapia Riunione dello Stroke Team Colloquio informativo con il paziente/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione internistica/neurologica e della stabilità clinica Controllo terapia Riunione dello Stroke Team (1 volta alla settimana) Colloquio informativo con il paziente/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Rivalutazione internistica/neurologica (scala NIHSS) Valutazione della stabilità clinica raggiunta Rivalutazione delle comorbidità Controllo esami Riunione dello Stroke Team Relazione finale scritta Colloquio informativo con il paziente/caregiver
I N F E R M I E R E	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali, SatO2 (2 volte/die) Esecuzione ECG a 12 derivazioni Eventuale prelievo venoso <p>Valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continenza sfinterica (procedura) disfagia con test dell'acqua (allegato) rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 NPUAP) disabilità: scala di Barthel all'ingresso stato nutrizionale: BMI (plica tricipitale, circonferenza del braccio, circonferenza addominale se il paziente non mantiene la posizione eretta) <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizionamento. Mobilizzazione Riunione dello Stroke Team Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali, SatO2 (2 volte die) Esecuzione ECG a 12 derivazioni Gestione incontinenze (allegato) Alimentazione: attuazione programma nutrizionale e assistenza ai pasti Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizionamento. Mobilizzazione Riunione dello Stroke Team (1 volta alla settimana) Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali, SatO2 (2 volte die) Esecuzione ECG a 12 derivazioni Prelievo venoso <p>Rivalutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continenza sfinterica (procedura) disfagia con test dell'acqua (allegato) rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 NPUAP) disabilità: scala di Barthel alla dimissione stato nutrizionale: BMI (plica tricipitale, circonferenza del braccio, circonferenza addominale se il paziente non mantiene la posizione eretta) <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione incontinenze (allegato) Alimentazione: attuazione programma nutrizionale e assistenza ai pasti Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizionamento. Mobilizzazione Riunione dello Stroke Team Educazione del paziente e del caregiver per la gestione infermieristica e quella dei presidi dopo la dimissione
C	<ul style="list-style-type: none"> Convoca, organizza e partecipa 	<ul style="list-style-type: none"> Convoca, organizza e partecipa 	<ul style="list-style-type: none"> Convoca, organizza e partecipa

Profilo Ictus Cerebrale-LUNGODEGENZA			
	INGRESSO (1°-2° GIORNO)	RICOVERO	DIMISSIONE (20 GG)
A P O S S A L A	<p>alla riunione dello Stroke Team</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informa il MMG • Informa il paz ed i familiari sulle regole ed attività di reparto 	<p>alla riunione dello Stroke Team (1 volta alla settimana)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informa, se necessario, il MMG • Pianifica la dimissione secondo il setting programmato 	<p>alla riunione dello Stroke Team</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlla e gestisce tutte le pratiche relative alla dimissione e ne da opportuna informazione al paziente e ai familiari
D I E T I S T A	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione nutrizionale • Eventuale riunione dello Stroke Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuale riunione dello Stroke Team (1 volta alla settimana) 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione nutrizionale • Eventuale riunione dello Stroke Team
F I S I A T R A	<ul style="list-style-type: none"> • Conferma e prosecuzione del progetto riabilitativo elaborato in fase acuta • Valutazione compromissione funzionale (scala di FIM) • Riunione dello Stroke Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione • Verifica dei singoli programmi • Riunione Stroke Team (1 volta alla settimana). • Conferma o modifica del progetto riabilitativo 	<p>Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indice di motricità • Test di controllo del tronco • Forza/sensibilità • Iper tono con scala di Ashworth • Equilibrio • Deambulazione • MMSE • Disabilità (scala di Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi • Riunione Stroke Team • Stesura di una relazione sul bilancio funzionale, sugli obiettivi raggiunti e sulla scelta del setting per la prosecuzione del progetto riabilitativo se indicato
F I S I O T E R A P I S T A	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della mobilità • Indicazioni per il corretto posizionamento al personale infermieristico e OSS • Educazione del paziente e del caregiver sul corretto posizionamento e sulle manovre da evitare • Prosecuzione programma di promozione della posizione seduta e della verticalizzazione o, in relazione alle condizioni cliniche, di mobilizzazione segmentale per prevenzione delle complicanze • Riunione dello Stroke Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento del trattamento (30 min/die) • Educazione del paziente e del caregiver ai trasferimenti/spostamenti e all'eventuale utilizzo di ausili • Riunione dello Stroke Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Educazione del paziente e del caregiver ai trasferimenti/spostamenti e all'eventuale utilizzo di ausili • Riunione dello Stroke Team
L O G	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuale valutazione disfagia • Riunione dello Stroke Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuale trattamento disfagia • Riunione dello Stroke Team 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuale trattamento disfagia • Riunione dello Stroke Team

Profilo Ictus Cerebrale-LUNGODEGENZA			
	INGRESSO (1°-2° GIORNO)	RICOVERO	DIMISSIONE (20 GG)
O P E D I S T A			
O S S	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> Assistenza ai pasti Igiene orale Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo
R A D I O L O G O		<p>TAC encefalo in caso di peggioramento clinico neurologico</p>	
T E A M	<ul style="list-style-type: none"> Organizza il progetto curativo, assistenziale e riabilitativo in continuità con quello elaborato in fase acuta Comunicazione con paz e caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica dell'andamento del progetto e sue eventuali modifiche Comunicazione con paz e caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Definizione del progetto curativo, assistenziale e riabilitativo post-dimissione e scelta del setting Comunicazione con paz e caregiver
O U T C O M E	<ul style="list-style-type: none"> Stabilizzazione clinica Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale Prevenzione delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> Stabilizzazione clinica Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale Prevenzione delle complicanze Miglioramento delle autonomie Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Stabilizzazione clinica Pianificazione del proseguimento progetto curativo/riabilitativo/assistenziale Prevenzione delle complicanze Miglioramento delle autonomie Educazione del paziente e del caregiver

Profilo Ictus Cerebrale-RSA			
	INGRESSO (1°-2° GIORNO)	RICOVERO	DIMISSIONE (MAX 90 GG)
MMG	<ul style="list-style-type: none"> visita medica Eventuale richiesta esami di laboratorio Prescrizione terapia Colloquio informativo con il paz, familiari/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Visite mediche di controllo in relazione allo stato clinico Eventuale controllo esami Controllo terapia Eventuale convocazione riunione dello Stroke Team (se sollecitata da parte di un componente del Team e ogni qualvolta ne ravveda la necessità in funzione dello stato clinico) Colloquio informativo con il paz, familiari/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Visita medica finale Riunione dello Stroke Team per definizione del progetto post-dimissione Dimissione
INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none"> Presa in carico del pz compilazione cartella infermieristica Misurazione parametri vitali PA, FC, TC (2 volte die) Esecuzione ECG a 12 derivazioni Eventuale prelievo venoso <p>Valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continenza sfinterica (procedura) disfagia con test dell'acqua (allegato) rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 NPUAP) disabilità: scala di Barthel all'ingresso stato nutrizionale: BMI dispositivi e presidi (SNC, PEG, CVC, CVP, CV) <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizionamento (utilizzo presidi). Mobilizzazione Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali PA, FC, TC (2 volte die) Eventuale prelievo venoso Rivalutazione nel tempo (di che e quando???) <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione incontinenza (procedura) Alimentazione: attuazione programma nutrizionale e assistenza ai pasti Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizionamento (utilizzo presidi). Mobilizzazione Educazione del paziente e del caregiver Eventuale partecipazione alla riunione dello Stroke Team (se convocata dal MMG) 	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali PA, FC, TC (2 volte die) Eventuale prelievo venoso <p>Rivalutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continenza sfinterica (procedura) disfagia con test dell'acqua (allegato) rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 NPUAP) disabilità: scala di Barthel alla dimissione stato nutrizionale: BMI Riunione dello Stroke Team e partecipazione alla definizione delle necessità assistenziali per la dimissione
CAPOSAL A	<ul style="list-style-type: none"> Attivazione protocollo di presa in carico Selezione delle misure preventive da adottare in funzione del rischio di decubiti Colloquio con 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica dell'applicazione dei protocolli infermieristici Eventuale partecipazione alla riunione dello Stroke Team (se convocata dal MMG) 	<ul style="list-style-type: none"> Riunione dello Stroke Team e partecipazione alla definizione delle necessità assistenziali per la dimissione Pianifica la dimissione secondo il setting programmato

	<p>parenti/caregiver, informazione sul regolamento e sulle attività della struttura,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trascrizione terapia sulla scheda paziente • Accoglimento e messa in atto delle priorità emerse dopo valutazione medica 		
FISIATRA	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione ed attuazione del progetto riabilitativo elaborato dallo Stroke Team del ricovero precedente • Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indice di motricità ➤ Test controllo del tronco ➤ Forza/sensibilità ➤ Ipertono con scala di Ashworth ➤ Equilibrio ➤ Deambulazione ➤ MMSE ➤ Disabilità (Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica compromissione funzionale • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). • Conferma o modifica del progetto riabilitativo 	<p>Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indice di motricità • Test di controllo del tronco • Forza/sensibilità • Ipertono con scala di Ashworth • Equilibrio • Deambulazione • MMSE • Disabilità (scala di Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi • Riunione Stroke Team • Stesura di una relazione sul bilancio funzionale, sugli obiettivi raggiunti e sulla scelta del setting per la prosecuzione del progetto riabilitativo se indicato
FISIOTERAPISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della mobilità • Addestramento del paz nelle ADL • Addestramento del caregiver alla stimolazione del paz nelle ADL 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento del trattamento • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Adattamento dei programmi riabilitativi • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Riunione dello Stroke Team ed indicazioni, in collaborazione con il Team, al proseguimento del trattamento, se necessario
LOGOPEDISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione disfagia/disartria/afasia se presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento disfagia/disartria/afasia se presente • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione disfagia/disartria/afasia se presente • Riunione dello Stroke Team
OSS	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza ai pasti • Igiene orale • Collabora al corretto posizionamento del paziente e all'igiene del corpo
ASS. SOCIALE	<ul style="list-style-type: none"> • Colloquio con i familiari • Valutazione sociale: <ul style="list-style-type: none"> ➤ situazione familiare 		<ul style="list-style-type: none"> • Riunione dello Stroke Team • Facilitazione

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ integrazione sociale ➤ situazione assistenziale ➤ situazione abitativa ➤ situazione economica ➤ problemi sociali 		all'inserimento domiciliare
TEAM		<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione dell'andamento del progetto e sue eventuali modifiche • Comunicazione con paz e caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione del progetto curativo, assistenziale e riabilitativo post-dimissione e scelta del setting • Comunicazione con paz e caregiver
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze • Miglioramento delle autonomie • Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione del proseguimento progetto curativo/riabilitativo/assistenziale • Garantire la continuità assistenziale • Prevenzione delle complicanze • Miglioramento delle autonomie • Educazione del paziente e del caregiver

Profilo Ictus Cerebrale-ASSISTENZA/RIABILITAZIONE ESTENSIVA DOMICILIARE

	INGRESSO PROGRAMMA	SVOLGIMENTO PROGRAMMA	VALUTAZIONE AL TERMINE
MMG	<ul style="list-style-type: none"> visita medica Prescrizione terapia Colloquio informativo con il paz, familiari/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Visite mediche di controllo in relazione allo stato clinico Eventuale controllo esami Controllo terapia Eventuale convocazione riunione dello Stroke Team (se sollecitata da parte di un componente del Team e ogni qualvolta ne ravveda la necessità in funzione dello stato clinico) Colloquio informativo con il paz, familiari/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> Visita medica finale Riunione dello Stroke Team per definizione della sospensione o prosecuzione del programma assistenziale/riabilitativo
Coordinatore territoriale	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none"> 	<ul style="list-style-type: none">
INFERMIERE	<ul style="list-style-type: none"> Presa in carico del pz compilazione cartella infermieristica <p>Valutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continenza sfinterica (procedura) disfagia con test dell'acqua (allegato) rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 NPUAP) disabilità: scala di Barthel all'ingresso stato nutrizionale: BMI (plica tricipitale, circonferenza del braccio, circonferenza addominale se il paziente non mantiene la posizione eretta) dispositivi e presidi (SNC, PEG, CVC, CVP, CV) <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione incontinenza (procedura) Medicazione cateteri venosi e/o decubiti se presenti Educazione del paziente e del caregiver su: <ul style="list-style-type: none"> Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizione (utilizzo presidi). Mobilizzazione nutrizione 	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali PA, FC, TC Eventuale prelievo venoso <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali PA, FC, TC Eventuale prelievo venoso <p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione incontinenza (procedura) Medicazione cateteri venosi e/o decubiti se presenti Educazione del paziente e del caregiver su: <ul style="list-style-type: none"> Prevenzione delle TVP Prevenzione delle cadute. Adeguate posizione (utilizzo presidi). Mobilizzazione nutrizione Eventuale partecipazione alla riunione dello Stroke Team (se convocata dal MMG) 	<ul style="list-style-type: none"> Misurazione parametri vitali PA, FC, TC Eventuale prelievo venoso <p>Rivalutazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> continenza sfinterica (procedura) disfagia con test dell'acqua (allegato) rischio di lesioni da decubito (scala di Norton plus) presenza di lesioni da decubito (scala 1-4 NPUAP) disabilità: scala di Barthel alla dimissione stato nutrizionale: BMI (plica tricipitale, circonferenza del braccio, circonferenza addominale se il paziente non mantiene la posizione eretta) <ul style="list-style-type: none"> Riunione dello Stroke Team e partecipazione alla definizione delle necessità assistenziali residue

	(utilizzo presidi). ➤ Mobilizzazione ➤ nutrizione		
FISIAT RA	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione ed attuazione del progetto riabilitativo elaborato dallo Stroke Team del ricovero precedente • Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indice di motricità ➤ Test controllo del tronco ➤ Forza/sensibilità ➤ Iper tono con scala di Ashworth ➤ Equilibrio ➤ Deambulazione ➤ MMSE ➤ Disabilità (Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica compromissione funzionale • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). • Conferma o modifica del progetto riabilitativo 	<p>Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indice di motricità • Test di controllo del tronco • Forza/sensibilità • Iper tono con scala di Ashworth • Equilibrio • Deambulazione • MMSE • Disabilità (scala di Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi • Riunione Stroke Team • Stesura di una relazione sul bilancio funzionale, sugli obiettivi raggiunti e sulla eventuale necessità di prosecuzione del progetto riabilitativo
FISIOT ERAPIS TA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della mobilità • Addestramento del paz nelle ADL • Addestramento del caregiver alla stimolazione del paz nelle ADL 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento del trattamento • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Adattamento dei programmi riabilitativi • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Riunione dello Stroke Team ed indicazioni, in collaborazione con il Team, all'eventuale proseguimento del trattamento, se necessario
LOGOP EDISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione disfagia/disartria/afasia se presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento disfagia/disartria/afasia se presente • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione disfagia/disartria/afasia se presente • Riunione dello Stroke Team
ASSOC IALE	<ul style="list-style-type: none"> • Colloquio con i familiari • Valutazione sociale: <ul style="list-style-type: none"> ➤ situazione familiare ➤ integrazione sociale ➤ situazione assistenziale ➤ situazione abitativa ➤ situazione economica ➤ problemi sociali 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Riunione dello Stroke Team • Facilitazione all'inserimento domiciliare
PSICOL OGO	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •
TEAM	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventuale rivalutazione dell'andamento del progetto e sue eventuali modifiche • Comunicazione con paz e 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione del bisogno di prosecuzione o della sospensione del progetto assistenziale e/o riabilitativo

		caregiver	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione con paz e caregiver
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze • Miglioramento delle autonomie • Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione del progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze • Miglioramento delle autonomie • Educazione del paziente e del caregiver

Profilo Ictus Cerebrale-/RIABILITAZIONE ESTENSIVA AMBULATORIALE

	INGRESSO PROGRAMMA	SVOLGIMENTO PROGRAMMA	VALUTAZIONE AL TERMINE
MMG	<ul style="list-style-type: none"> • visita medica • Prescrizione terapia • Colloquio informativo con il paz, familiari/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Visite mediche di controllo in relazione allo stato clinico • Eventuale controllo esami • Controllo terapia • Eventuale convocazione riunione dello Stroke Team (se sollecitata da parte di un componente del Team e ogni qualvolta ne ravveda la necessità in funzione dello stato clinico) • Colloquio informativo con il paz, familiari/caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Visita medica finale • Riunione dello Stroke Team per definizione della sospensione o prosecuzione del programma assistenziale/riabilitativo
Coordinator e ambulatoriale	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> •
FISIATRA	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione ed attuazione del progetto riabilitativo elaborato dallo Stroke Team del ricovero precedente • Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indice di motricità ➤ Test controllo del tronco ➤ Forza/sensibilità ➤ Iper tono con scala di Ashworth ➤ Equilibrio ➤ Deambulazione ➤ MMSE ➤ Disabilità (Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica compromissione funzionale • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). • Conferma o modifica del progetto riabilitativo 	<p>Rivalutazione compromissione funzionale e sua evoluzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indice di motricità • Test di controllo del tronco • Forza/sensibilità • Iper tono con scala di Ashworth • Equilibrio • Deambulazione • MMSE • Disabilità (scala di Rankin e FIM) • Verifica dei singoli programmi • Riunione Stroke Team • Stesura di una relazione sul bilancio funzionale, sugli obiettivi raggiunti e sulla eventuale necessità di prosecuzione del progetto riabilitativo
FISIOTERAPISTA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione della mobilità • Addestramento del paz nelle ADL • Addestramento del caregiver alla stimolazione del paz nelle ADL 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento del trattamento • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Adattamento dei programmi riabilitativi • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione della compromissione funzionale • Verifica del raggiungimento degli obiettivi • Riunione dello Stroke Team ed indicazioni, in collaborazione con il Team, all'eventuale proseguimento del trattamento, se necessario

LOGOPEDI STA	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione disfagia/disartria/afasia se presente 	<ul style="list-style-type: none"> • Trattamento disfagia/disartria/afasia se presente • Eventuale Riunione Stroke Team (se convocata dal MMG). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione disfagia/disartria/afasia se presente • Riunione dello Stroke Team
TEAM	<ul style="list-style-type: none"> • 	<ul style="list-style-type: none"> • Rivalutazione dell'andamento del progetto e sue eventuali modifiche • Comunicazione con paz e caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione del bisogno di prosecuzione o della sospensione del progetto assistenziale e/o riabilitativo • Comunicazione con paz e caregiver
OUTCOME	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> • Proseguimento progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze • Miglioramento delle autonomie • Educazione del paziente e del caregiver 	<ul style="list-style-type: none"> • Pianificazione del progetto riabilitativo/assistenziale • Prevenzione delle complicanze • Miglioramento delle autonomie • Educazione del paziente e del caregiver

7 Stroke Team

7.1 Stroke Team Acuto e Lungodegenza

AZIENDA	Zona Territoriale 7
Ospedale di:	Loreto
N° Riunioni settimanali:	2

Unità Operativa	Figura professionale*	Disciplina	Nominativo
COMPONENTI SEMPRE PRESENTI			
UO MEDICINA e LPA	MEDICO	INTERNISTA	GELIBTER DANIELE ZAGAGLIA MARCELLA LANZAFAME PAOLO
	CAPO SALA	CASE MANAGER	MONGIELLO PATRIZIA
	INFERMIERE PROFESSIONALE		TUTTI
UO Assistenza Riabilitativa distretto sud	MEDICO	FISIATRA	LONGHI GIORGIO
UO Assistenza Riabilitativa distretto nord	MEDICO	FISIATRA	MARINOZZI LUCIA
Distretto sud	MEDICO	MMG	TUTTI
UO Assistenza Riabilitativa distretto sud	FISIOTERAPISTA		MARCONI IVANA STORTI LOREDANA RUGGERO P. PAOLO RANALLI IDA
Servizio Igiene degli alimenti	NUTRIZIONISTA		ALBANESI ANTONELLA
COMPONENTI CONVOCABILI AL BISOGNO			
Struttura convenzionata	MEDICO	NEUROLOGO	
Psicologia clinica	PSICOLOGO		LINDA CLAUDIO
U.O. cure primarie domiciliari e	ASSISTENTE SOCIALE		CIUCCARELLI FABRIZIA

residenziali			
UO Assistenza Riabilitativa distretto sud	LOGOPEDISTA		RITA DANIELA
Medicina	OSS		TUTTI

7.2 Stroke Team Territoriale

AZIENDA	Zona Territoriale 7
Distretto:	Ancona sud, centro, nord
N° Riunioni previste	Riunione al termine del programma pianificato, riunioni intermedie opzionali

Unità Operativa	Figura professionale*	Disciplina	Nominativo
COMPONENTI SEMPRE PRESENTI			
Distretto sud, centro, nord	MEDICO	MMG CASE MANAGER	TUTTI
UO Assistenza Riabilitativa distretto sud	MEDICO	FISIATRA*	LONGHI GIORGIO
UO Assistenza Riabilitativa distretto centro	MEDICO	FISIATRA*	GIANNINI LAMBERTO
UO Assistenza Riabilitativa distretto nord	MEDICO	FISIATRA*	MARINOZZI LUCIA
Distretto sud U.O. cure primarie domiciliari e residenziali	INFERMIERE PROFESSIONALE	coordinatori territoriali per ADI e riabilitazione domiciliare	STACCHIOTTI MARINA
Distretto centro U.O. cure primarie domiciliari e residenziali	INFERMIERE PROFESSIONALE		GALASSI MARIA ROSA
Distretto nord U.O. cure primarie domiciliari e residenziali	INFERMIERE PROFESSIONALE		ORSETTI

Cooperative convenzionate	FISIOTERAPISTA		TUTTI
U.O. cure primarie domiciliari e residenziali	INFERMIERE PROFESSIONALE		TUTTI
COMPONENTI CONVOCABILI AL BISOGNO			
Struttura convenzionata	MEDICO	NEUROLOGO	
Psicologia clinica	PSICOLOGO		LINDA CLAUDIO
U.O. cure primarie domiciliari e residenziali	ASSISTENTE SOCIALE		CIUCCARELLI FABRIZIA
UO Assistenza Riabilitativa distretto sud	LOGOPEDISTA		RITA DANIELA
UO Assistenza Riabilitativa distretto centro	LOGOPEDISTA		RENZI ROSSELLA
U.O. cure primarie domiciliari e residenziali	OSS		TUTTI

* Coordinatore Riabilitazione Ambulatoriale Distrettuale.

8 Scale di valutazione

8.1 Fase di emergenza territoriale e Pronto Soccorso

GLASCOW COMA SCORE (GCS)¹

GLASCOW COMA SCORE		
Apertura degli occhi	Spontanea	4
	Agli stimoli verbali	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Risposta verbale	Orientata, appropriata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
Risposta motoria	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1
Punteggio totale		

Lo score può assumere tutti i valori da un minimo di 3 ad un massimo di 15 ; quest'ultimo valore è quello che si ottiene dal paziente cosciente, mentre i punteggi progressivamente più bassi indicano una sempre maggiore compromissione della coscienza fino al coma, che corrisponde ad uno score uguale od inferiore a 8.

CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE (CPSS)²

La positività di almeno uno di questi tre segni è fortemente suggestiva di Stroke

- **PARESI FACCIALE:** chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e notare se entrambi i lati della faccia sono simmetrici.
- **DEFICIT MOTORIO ARTI SUPERIORI :** chiedere di estendere gli arti superiori e notare la caduta da un lato.
- **ANOMALIE DEL LINGUAGGIO:** chiedere di ripetere una frase e notare se il linguaggio è fluente e le parole appropriate

RICONOSCIMENTO PRECOCE SEGNI/SINTOMI DI ICTUS³

- Improvviso intorpidimento o debolezza di faccia, braccio o gamba specialmente da un lato del corpo.
- Improvvisa confusione mentale, difficoltà nell'eloquio o nella comprensione.

- Improvvisa difficoltà alla deambulazione, vertigine o disturbi dell'equilibrio e della coordinazione.
- Improvvisa comparsa di cefalea severa senza cause note.

ANAMESI -RACCOLTA INFORMAZIONI UTILI ³

- Ogni evento medico o neurologico recente, inclusi traumi, emorragie, interventi chirurgici, infarto del miocardio o pregressi ictus;
- Terapie in atto, specialmente anticoagulanti o antiaggreganti;
- Ora di insorgenza dei sintomi (per i pazienti con sintomi al risveglio va assunta l'ultima ora in cui il paziente era libero dai sintomi prima di coricarsi)

8.2 Fase di ricovero in Reparto per acuti

Area Medica

NATIONAL INSTITUTE of HEALTH STROKE SCORE (NIHSS)⁴⁵⁶

		Ingr.		Dimis.		
1a. Livello di coscienza	0	Vigile				
	1	sonnolento (non vigile, ma risvegliabile con stimolazioni verbali o motorie lievi)				
	2	stuporoso. Risponde solo a stimoli ripetuti o a stimoli intensi o dolorosi				
	3	Coma				
1b. Orientamento	0	Risponde correttamente a entrambe le domande				
	1	Risponde correttamente ad una domanda				
	2	Non risponde correttamente a nessuna delle due domande				
1c. Esecuzione di ordini semplici	0	Esegue entrambi gli ordini				
	1	Esegue uno degli ordini				
	2	Non esegue gli ordini				
2 Sguardo orizzontale	0	Normale				
	1	paralisi parziale, cioè sguardo anormale in uno o entrambi gli occhi. In quest'ultimo caso oltrepassa comunque la linea mediana				
	2	paralisi totale (non oltrepassa la linea mediana) o deviazione forzata				
3 Campo visivo	0	Normale				
	1	Emianopsia parziale				
	2	Emianopsia completa				
	3	Emianopsia bilaterale (inclusa cecità corticale)				
4 Paralisi facciale	0	Assente				
	1	Ipostenia lieve (appiattimento solco nasolabiale, asimmetria della rima buccale)				
	2	Ipostenia moderata (paralisi totale o quasi totale della parte inferiore dell'emifaccia)				
	3	Paralisi completa di uno o di entrambi i lati (assenza di movimenti facciali della parte superiore ed inferiore della faccia)				
5 Motilità arti superiori			Dx	Sn	Dx	sn
	0	normale (tiene l'arto esteso a 90° se seduto, o a 45° se supino, per 10 sec)				
	1	slivellamento (l'arto mantiene i 90° (se seduto) o i 45° (se supino) per meno di 10 secondi ma non cade sul letto)				
	2	deficit contro gravità (l'arto cade sul letto)				
	3	deficit a gravità eliminata (non solleva l'arto dal letto)				
	4	Nessun movimento				
9	Anchilosi o amputazione					
6 Motilità arti inferiori	0	normale (in posizione supina tiene l'arto esteso a 30° per 5 sec)				
	1	slivellamento (l'arto mantiene i 30° per meno di 5 secondi ma non cade sul letto)				
	2	deficit contro gravità (l'arto cade sul letto)				
	3	deficit a gravità eliminata (non solleva l'arto dal letto)				
	4	Nessun movimento				
9	Anchilosi o amputazione					
7 Atassia	0	Assente				
	1	Presente in 1 arto				
	2	Presente in 2 arti				
8 Sensibilità	0	Normale				
	1	lievemente ridotta nel lato affetto				
	2	gravemente ridotta nel lato affetto				
9 Linguaggio	0	Normale				
	1	lieve disturbo di fluenza e/o comprensione				
	2	afasia grave: comunicazione frammentaria				
	3	mutismo o comprensione assente o afasia totale				

10 Disartria	0	Assente		
	1	Lieve o moderata (alcune parole sono pronunciate male ma può essere compreso con difficoltà)		
	2	Severa. Eloquio incomprensibile o mutismo		
	9	Eloquio impossibile (intubato, altro)		
11 Estinzione e Inattenzione	0	Assente		
	1	emiinattenzione o estinzione allo stimolo bilaterale in una delle modalità sensoriali		
	2	Emiinattenzione grave o a più modalità sensoriali		
PUNTEGGIO				

La scala NIHSS è una scala ordinale costituita da 11 item la somma dei quali ha un valore numerico, un punteggio totale che va da un minimo di 0 (esame neurologico normale) ad un massimo di 42 (grave danno neurologico).

TEMPO DI SOMMINISTRAZIONE

Occorrono da 5 a 8 minuti per somministrare in toto la scala, ma chiaramente questo tempo è anche in funzione della capacità del paziente di collaborare con l'esaminatore.

COME FUNZIONA LA SCALA

La scala prevede l'uso di uno schema standardizzato formale. Ciascun item della scala è stato scelto per obiettivare i disturbi neurologici dei pazienti con ictus, ed è bene sottolineare che l'uso della scala non prevede l'impiego di alcuna tecnica semeiologica nuova e che tutti e 11 gli item di questo strumento rientrano nel normale esame neurologico del paziente con ictus.

Non dimenticare che occorre:

- valutare il paziente in base all'ordine preconstituito degli item. Non tornare mai indietro durante l'esecuzione del test per cambiare i punteggi già assegnati.
- assegnare il punteggio in base a ciò che si vede e non a ciò che si pensa si dovrebbe vedere
- non influenzare il paziente nelle risposte ai test. Unica eccezione sono le pantomime non verbali utilizzate per catturare l'attenzione del paziente

ASSEGNAZIONE DEI PUNTEGGI

1a. Livello di coscienza

l'esaminatore deve scegliere una risposta anche se la valutazione è ostacolata da tubi endotracheali, endotracheali, barriere linguistiche, traumi o medicazioni orotracheali. Il punteggio '3' viene attribuito solo se il paziente non fa alcun movimento (eccettuati i riflessi posturali, in risposta alle stimolazioni nocicettive)

1b. Orientamento

chiedere al paziente il mese e l'età. La risposta deve essere esatta. I pazienti afasici o stuporosi, che non comprendono le domande, hanno punteggio '2'. I pazienti con trauma orotracheale, intubati, gravemente disartrici o con altri problemi non secondari ad afasia hanno punteggio '1'. Va valutata solo la prima risposta data. L'esaminatore non deve aiutare il paziente in modo verbale nè non verbale.

1c. Esecuzione di ordini semplici

chiedere al paziente di aprire/chiudere gli occhi e aprire/chiudere il pugno dal lato non paretico. Se le mani non possono essere usate (per traumi, amputazioni, o altri impedimenti fisici). va utilizzato un ordine breve equivalente. L'ordine è da considerarsi eseguito, anche se non viene completato correttamente, per esempio a causa di deficit di forza.

2 Sguardo orizzontale: il paziente segue il dito dell' esaminatore. Se il paziente ha una deviazione coniugata dello sguardo che può essere superata da attività volontaria o riflessa, il punteggio è 1. Se il paziente ha una paralisi isolata dei nervi oculari III, IV, o VI, il punteggio è ugualmente 1. Lo sguardo è testabile in tutti i pazienti afasici. Nei pazienti con impedimenti visivi (cecità preesistente, bende, etc.) lo sguardo va testato provocando movimenti riflessi. L'esaminatore può anche tentare di stabilire un contatto visivo col paziente e quindi valutare l'integrità dello sguardo movendosi da un lato all'altro.

3 Campo visivo

I campi visivi (quadranti superiori ed inferiori) vanno valutati tramite confronto, utilizzando il conto delle dita o, se appropriato, la minaccia visiva. Il paziente va incoraggiato a rispondere, ma se guarda appropriatamente verso il lato delle dita può essere considerato normale. Se c'è cecità monolaterale o enucleazione va misurato il punteggio nell'occhio residuo. Il punteggio "1" va assegnato solo se c'è una asimmetria ben delimitata, inclusa la quadrantanopsia. Se il paziente è cieco per qualsiasi causa il punteggio è 3. Se c'è disattenzione il punteggio è "1" e i risultati sono utilizzati per rispondere al punto 11.

4 Paralisi facciale

chiedere di mostrare i denti e sollevare le sopracciglia. Nei pazienti non collaboranti valutare la simmetria della smorfia in seguito a stimolazione nocicettiva

5 e 6. Motilità arti superiori ed inferiori

Posizionare l'arto correttamente: arto superiori esteso (palmo verso il basso) a 90° (se seduto) a 45° (se supino) e arto inferiore a 30° (sempre supino). Si parla di slivellamento se l'arto superiore cade prima di 10 secondi e l'arto inferiore prima di 5 secondi. I pazienti afasici vanno stimolati con il tono della voce o mimando l'atto da compiere ma non con stimoli dolorosi. Ogni arto va valutato singolarmente iniziando con l'arto superiore non paretico. Solo in caso di amputazione o di fusione articolare della spalla o dell'anca il punteggio sarà di "9" e l'esaminatore deve chiaramente giustificare tale punteggio.

7 Atassia

Si indaga la presenza di lesione cerebellare unilaterale. Il test va eseguito ad occhi aperti. In caso di difetto del campo visivo, il test va eseguito nel campo visivo intatto. La prova indice-naso e calcagno-ginocchio va eseguita da entrambi i lati. L'atassia è assente se il paziente non è in grado di comprendere o se è paralizzato. Solo nel caso di amputazione o anchilosi va utilizzato il punteggio di "9". In caso di cecità il test va eseguito facendo toccare il naso da braccio esteso.

8 Sensibilità

Il test va valutato su faccia, arti (no mano) e tronco, confrontando i due lati.

Uno punteggio di "2" deve essere dato solo quando una severa o totale perdita di sensibilità può essere dimostrata. Quindi per i pazienti afasici o stuporosi il punteggio sarà probabilmente di "1" o "0". I pazienti in coma hanno arbitrariamente un punteggio di "2".

9 Linguaggio

Si chiede al paziente di descrivere cosa sta avvenendo in un quadro, di assegnare un nome agli oggetti di una figura e di leggere una lista di frasi. I pazienti intubati devono scrivere le risposte. I pazienti in coma hanno un punteggio di "3".

10 Disartria

Un adeguato campione di eloquio deve essere ottenuto chiedendo al paziente di leggere o ripetere parole da una lista. Il punteggio di "9" deve essere utilizzato solo se il paziente è incubato o se presenti altre barriere fisiche alla produzione di eloquio. Non dire al paziente che è in atto un test.

11 Estinzione e Inattenzione

Sufficienti informazioni per identificare il neglect si possono ottenere durante l'esecuzione dei punti precedenti del test. Se il paziente ha una severa perdita visiva che impedisce una doppia simultanea stimolazione ma gli stimoli cutanei sono normali il punteggio è normale. Se il paziente è afasico ma attende ad entrambi i lati il punteggio è normale. La presenza di neglect visuo-spaziale o anosagnosia può essere interpretato come anormalità.

REGOLE IMPORTANTI

Il punteggio 9 non viene mai conteggiato nella somma totale.

Se il paziente è in coma:

Se un paziente è in coma i punteggi vengono assegnati come segue:

item 1.a=3

item1.b=2

item1.c=2

item 2= eseguire la manovra degli occhi di bambola e assegnare il punteggio

item3= valutare il campo visivo "per minaccia"

item4=3

item5 & 6= assegnare 4 sia all'arto superiore che inferiore

item7=0

item8=2

item9=3

item10=2

item11=2.

ALLEGATI AL TEST

Le figure e le frasi da somministrare al paziente sono scaricabili dal sito:

http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/ssi/ssi_nih.php?ssi=ni

CRITERI DI ALTO RISCHIO PER L'INSORGENZA DI TVP⁷

Criteri di alto rischio di TVP

- plegia
- alterazione della coscienza
- obesità
- pregressa patologia TEV
- scompenso cardiaco congestivo
- insufficienza respiratoria severa
- malattia neoplastica in fase attiva
- età superiore a 75 aa
- infezione/malattia infiammatoria acuta

Criteri di basso rischio di sanguinamento

- quadro TAC
- assenza di coagulopatie
- assenza di piastrinopenia
- assenza di ipertensione arteriosa non controllata > 200/110
- assenza di ulcera peptica attiva
- assenza di varici esofagee
- assenza di grave insufficienza epatica /renale

PROTOCOLLO PER LA PREVENZIONE DELLA TVP

- Alto rischio di TVP + basso rischio di sanguinamento: terapia con eparina
- Alto rischio di TVP + alto rischio di sanguinamento: mobilizzazione precoce, calze elastiche
- Moderato / basso rischio di TVP: mobilizzazione precoce, calze elastiche

La terapia profilattica va eseguita con:

- EPARINA calcica 5000 U.I. sc due volte al di
- In alternativa eparina a basso peso molecolare 20 /40 mg die

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ CLINICA PER LA DIAGNOSI DI TVP⁸

caratteristiche cliniche (se entrambi gli arti sono sintomatici valutare quello più accentuato)	punteggio
cancro in atto (terapia in corso, o nei precedenti 6 mesi, o palliativa)	1
paralisi, paresi o recente immobilizzazione di un arto inferiore	1
recente allettamento >3 giorni o chirurgia maggiore (entro 4 settimane)	1
dolorabilità localizzata lungo il decorso del sistema venoso profondo	1
edema di tutto l'arto	1
gonfiore del polpaccio, 3 cm > controlaterale (10 cm sotto la tuberosità tibiale)	1
edema improntabile (più accentuato nell'arto sintomatico)	1
circolo collaterale superficiale (non vene varicose)	1
diagnosi alternativa (verosimile almeno quanto quella di TVP)	-2
Punteggio totale	

valutazione conclusiva: punteggio ≥ 3 alta probabilità
punteggio = 1 o 2 media probabilità
punteggio ≤ 0 bassa probabilità

Classificazione TOAST⁹ (meccanismo eziopatologico):

Aterosclerosi dei vasi di grosso calibro

Cardioembolia (possibile/probabile)

Occlusione dei piccoli vasi

Ictus da cause diverse

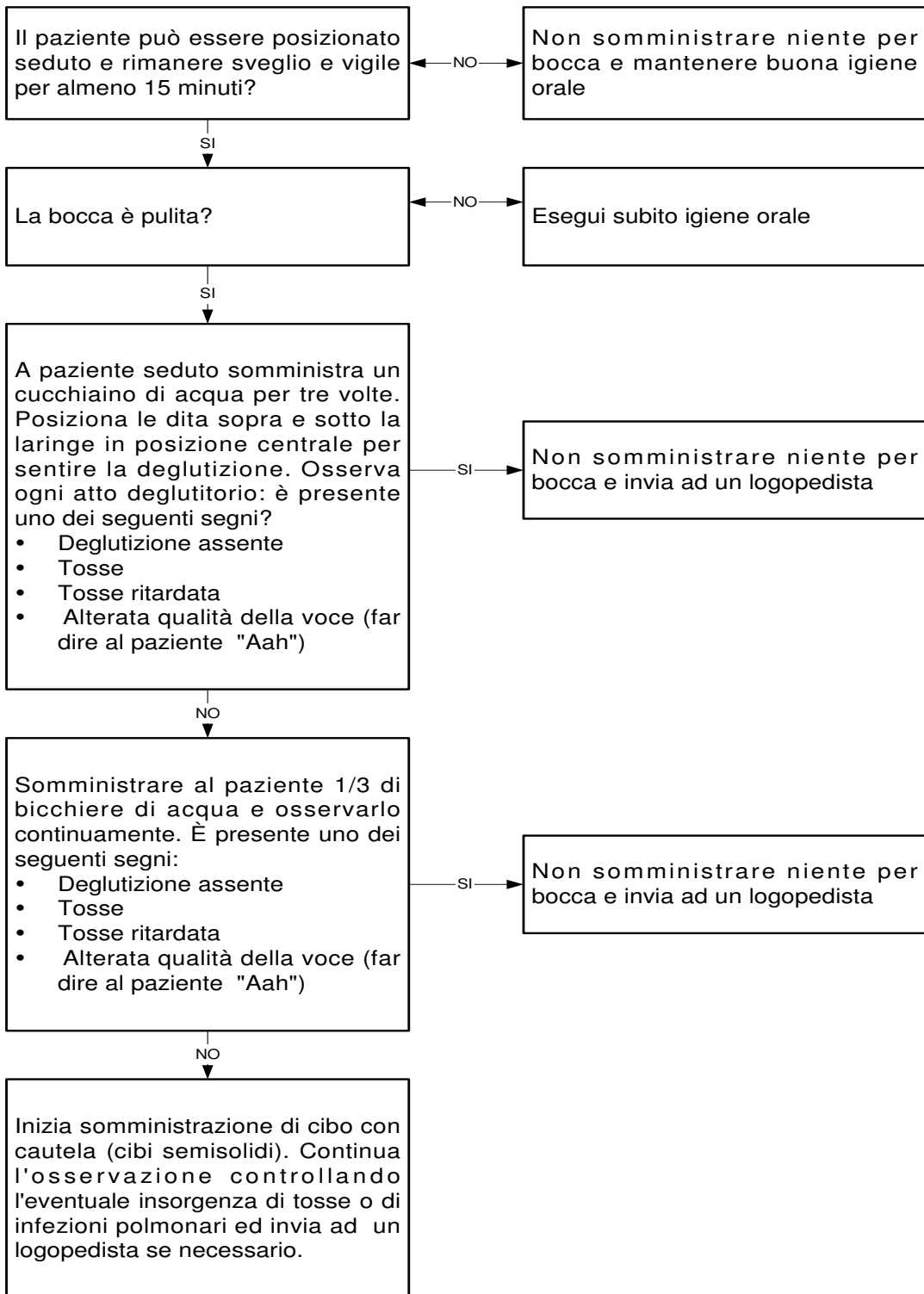
Ictus da cause non determinate a. identificazione di due o più cause
b. valutazione negativa
c. valutazione incompleta

Classificazione Bamford¹⁰:

diagnosi	definizione
sindromi lacunari (<i>lacunar syndromes</i> o LACS)	Ictus (o TIA) senza afasia, disturbi visuospatiali, e senza compromissione definitiva del tronco encefalico e della vigilanza. Categorie: <input type="checkbox"/> ictus motorio puro: deficit motorio puro che deve coinvolgere almeno metà faccia e l'arto superiore o l'arto superiore e quello inferiore <input type="checkbox"/> ictus sensitivo puro: deficit sensitivo, anche solo soggettivo, che deve coinvolgere almeno metà faccia e l'arto superiore o l'arto superiore e quello inferiore <input type="checkbox"/> ictus sensitivo-motorio: ictus sensitivo+ictus motorio <input type="checkbox"/> emiparesi atassica: (includere la sindrome della mano goffa-disartria e la sindrome atassia omolaterale-paresi crurale)
sindromi del circolo posteriore (<i>posterior circulation syndromes</i> o POCS)	Uno dei seguenti <input type="checkbox"/> paralisi di almeno un nervo cranico omolaterale con deficit motorio e/o sensitivo controlaterale <input type="checkbox"/> deficit motorio e/o sensitivo bilaterale <input type="checkbox"/> disturbo coniugato di sguardo (orizzontale o verticale) <input type="checkbox"/> disfunzione cerebellare senza deficit di vie lunghe omolaterale (come visto nell'emiparesi atassica) <input type="checkbox"/> emianopsia isolata o cecità corticale.
I casi con disturbi di funzione corticale ed uno dei punti sopra considerati devono essere considerati POCS	
sindrome completa del circolo anteriore (<i>total anterior circulation syndrome</i> o TACS)	Tutti i seguenti: <input type="checkbox"/> emiplegia controlaterale alla lesione <input type="checkbox"/> emianopsia controlaterale alla lesione <input type="checkbox"/> nuovo disturbo di una funzione corticale superiore (per esempio afasia o disturbo visuospatiali)
sindrome parziale del circolo anteriore (<i>partial anterior circulation syndrome</i> o PACS)	Uno dei seguenti: <input type="checkbox"/> deficit sensitivo/motorio + emianopsia <input type="checkbox"/> deficit sensitivo/motorio + nuova compromissione di una funzione corticale superiore <input type="checkbox"/> nuova compromissione di una funzione corticale superiore +emianopsia <input type="checkbox"/> deficit motorio/sensitivo puro meno esteso di una sindrome lacunare (per esempio la monoparesi) <input type="checkbox"/> deficit di una nuova funzione corticale superiore isolata
Quando sono presenti più deficit essi devono sempre essere riferibili ad uno stesso emisfero.	

Area Assistenziale

TEST DI SCREENING PER LA DISFAGIA¹¹



BODY MASS INDEX¹²

Peso (Kg)/Altezza² (m²)

TABELLA DI NORTON PLUS¹³

Tabella A:

Punteggio	1	2	3	4
condizioni generali	pessime	scadenti	Discrete	buone
stato mentale	stuporoso, comatoso, poco vigile	confuso	disorientato , schema motorio assente	lucido ed orientato
capacità di camminare	costretto a letto	costretto su sedia	cammina con appoggio	normale
capacità di muoversi nel letto	immobile	molto limitata	leggermente limitata	normale
incontinenza	doppia	abituale (urine)	Occasionale	no

Tabella B:

diagnosi clinica di diabete	si
Diagnosi clinica di ipertensione arteriosa	si
Ematocrito basso (<38 g/dl)	si
Albuminemia (<3,5/dl)	si
Temperatura corporea (>37°)	si
Uso di 5 o più farmaci	si
Modificazione dello stato mentale nelle prime 24 ore con comparsa di confusione mentale o letargia	si
Attribuire 1 punto ad ogni risposta da sottrarre al punteggio della tabella A.	

Punteggio totale (A-B):

- >16: rischio basso
- 12-16: rischio medio
- 9-11: rischio alto
- < 9: rischio altissimo

CLASSIFICAZIONE DELLA LESIONE SECONDO NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL (N.P.U.A.P.)¹⁴

Stadio I eritema ed edema
Stadio II distruzione della cute a tutto spessore con o senza interessamento del derma
Stadio III distruzione del sottocute senza oltrepassare la fascia
Stadio IV necrosi profonda

BARTHEL INDEX ¹⁵

		Prima dell'evento	Ingresso	Dimissione
1. Alimentazione	10	Indipendente		
	5	Aiuto per tagliare, spalmare, etc.		
	0	Incapace		
2. Fare il bagno	5	Indipendente		
	0	Dipendente		
3. Igiene personale	5	Indipendente Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
	0	Necessita di aiuto		
4. Vestirsi	10	Indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni.		
	5	Necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole		
	0	Dipendente		
5. Controllo del retto	10	continente		
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto		
	0	Incontinente		
6. Controllo della vescica	10	continente		
	5	occasionalmente incidenti o necessità di aiuto		
	0	Incontinente		
7. Trasferimenti nel bagno	10	Indipendente con l'uso del bagno o della padella		
	5	necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica		
	0	Dipendente		
8. Trasferimento sedia-letto	15	Indipendente		
	10	minima assistenza e supervisione		
	5	in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi		
	0	Incapace, no equilibrio da seduto		
9. Deambulazione	15	indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
	10	necessita di aiuto di una persona per > 45 m		
	5	indipendente con la carrozzina per > 45 m		
	0	Immobile		
10. Salire le scale	10	indipendente, può usare ausili		
	5	necessita di aiuto o supervisione		
	0	Incapace		
PUNTEGGIO TOTALE 0-100	Il punteggio medio indica che il paziente provvede ad oltre il 50% del lavoro			

BARTHEL INDEX – LINEE GUIDA

1. L'indice dovrebbe essere usato per registrare quello che un pz. fa realmente, NON quello che potrebbe fare.
2. Lo scopo principale è di stabilire il grado di indipendenza da qualsiasi aiuto, fisico o verbale, per quanto minimo o per qualsiasi ragione.
3. La necessità di supervisione rende il pz. NON indipendente
4. La prestazione del pz. dovrebbe essere stabilita usando i migliori dati disponibili. Le fonti abituali saranno domande dirette al pz., ad amici/parenti e ad infermieri, ma sono anche importanti l'osservazione diretta ed il buon senso. Non è necessario un esame diretto.
5. Di solito è importante la prestazione nelle precedenti 24 – 48 h ma occasionalmente saranno rilevanti anche periodi più lunghi.
6. I pz. in stato di incoscienza dovrebbero ricevere un punteggio "0" in tutte le voci, anche se non ancora incontinenti.
7. Le categorie intermedie implicano che il pz. partecipa ad oltre il 50% dello sforzo.
8. L'uso di ausili per essere indipendenti è permesso.

ALIMENTAZIONE

5= è necessario un aiuto (es. taglio del cibo)

10= pz. autonomo, anche utilizzando ausili per raccogliere il cibo

FARE IL BAGNO

5= pz. indipendente se è in grado di svolgere tutte le operazioni richieste SENZA supervisione

IGIENE PERSONALE

5= pz. in grado di lavarsi viso, denti, mani; l'uomo deve essere in grado di farsi la barba gestendo autonomamente rasoio elettrico o lametta, la donna deve essere in grado di truccarsi

VESTIRSI

5= il pz. necessita di aiuto nell'indossare/togliere/abbottonarsi ma deve svolgere almeno metà del lavoro necessario e compierla in un tempo ragionevole. Per le donne non è necessario valutare anche l'uso del reggiseno o ventriere a meno che non siano capi di vestiario prescritti.

10= pz. in grado di indossare qualunque tipo di indumento con qualsiasi allacciatura

CONTROLLO RETTO

5= il pz. necessita di aiuto nell'usare supposte o clisteri, oppure presenta occasionalmente episodi di incontinenza

10= il pz. non presenta episodi di incontinenza, può utilizzare supposte o clisteri se necessario

CONTROLLO VESCICA

5= occasionale incontinenza, non riesce ad attendere la padella o ad arrivare in tempo al bagno, necessita di aiuto per eventuale dispositivo esterno

10= nessuna incontinenza, gestione autonoma di eventuale dispositivo esterno

TRASFERIMENTI NEL BAGNO

10= pz. indipendente se è in grado di svestirsi/vestirsi da solo utilizzando appropriatamente WC (o eventuale padella) e carta igienica senza richiedere aiuto

TRASFERIMENTI SEDIA/LETTO

5= il pz. è in grado di mettersi a sedere sul letto senza aiuto, ma deve essere portato fuori dal letto, oppure il trasferimento letto/carrozzina richiede un notevole aiuto

10= qualche piccolo aiuto in alcune fasi di questa attività, oppure il pz. necessita di suggerimenti o supervisione

15= pz. del tutto indipendente

DEAMBULAZIONE

5= pz. non in grado di camminare ma che muove autonomamente la carrozzina per almeno 45 m

10= cammina per almeno 45 m con aiuto di un'altra persona o con supervisione

15= cammina per almeno 45 m senza aiuto o supervisione; può usare ausili ad eccezione del girello

SALIRE/SCENDERE LE SCALE

5= necessità di aiuto o supervisione

10= aiuto o supervisione non necessari, il pz. può usare corrimano o bastone

8.3 Area Riabilitativa

SCALA DI RANKIN MODIFICATA^{16,17}

PUNTEGGIO	DESCRIZIONE
0	Asintomatico
1	Non disabilità significativa nonostante la presenza di sintomi; in grado di eseguire le abituali attività quotidiane
2	Disabilità lieve; non in grado di eseguire le abituali attività quotidiane ma capace di badare a se stesso senza bisogno di aiuto
3	Disabilità moderata; richiede aiuto, ma è in grado di deambulare senza assistenza
4	Disabilità moderatamente grave; incapace di deambulare e di provvedere alle sue esigenze personali senza assistenza
5	Disabilità grave; allettato, incontinente, richiede assistenza infermieristica continuativa.
6	Deceduto

FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)^{18,19}

Grado di Assistenza		Livelli	Descrizione
SENZA ASSISTENZA		7	Autosufficienza completa
		6	Autosufficienza con adattamenti
CON ASSISTENZA	NON-AUTOSUFFICIENZA PARZIALE	5	Supervisione-predisposizione/adattamenti
		4	Assistenza minima (contributo paziente $\geq 75\%$)
		3	Assistenza moderata (contributo paziente 50-75%)
	NON-AUTOSUFFICIENZA COMPLETA	2	Assistenza intensa (contributo paziente 25-50%)
		1	Assistenza totale (contributo paziente $<25\%$)

Valutazione		Punteggio (1-7)
Cura della persona	A. Nutrirsi	
	B. Rassettersi	
	C. Lavarsi	
	D. Vestirsi, dalla vita in su	
	E. Vestirsi, dalla vita in giù	
Controllo sfinterico	F. Igiene perineale	
	G. Vescica	
	H. Alvo	
Mobilità/Trasferimenti	I. Letto-sedia-carrozzina	
	J. W.C.	
	K. Vasca o doccia	
Locomozione	L. Cammino, carrozzina	
	M. Scale	
Comunicazione	N. Comprensione	
	O. Espressione	
Capacità relazionali/cognitive	P. Rapporto con gli altri	
	Q. Soluzione di problemi	
	R. Memoria	
PUNTEGGIO TOTALE FIM		

9 Elenco dei criteri che indirizzano le scelte di ogni snodo decisionale

9.1 Criteri per la selezione della struttura idonea alla gestione del paziente.

Nell'ambito del dipartimento di medicina interna della Zona Territoriale 7 si è fatta una scelta di indirizzo funzionale di attività, che ha portato ad individuare per la U.O. di medicina di Osimo la patologia cardiovascolare, e per la U.O. di Medicina di Loreto quella cerebrovascolare.

A Loreto si è dato inizio ad una attività di *stroke care* caratterizzata dalla multidisciplinarietà dell'approccio, dall'applicazione di protocolli espliciti per la cura e la prevenzione delle complicanze maggiori, organizzazione di riunioni periodiche dello *stroke team* per la gestione ed organizzazione del singolo caso.

La presenza dello *stroke team*, la disponibilità della TAC e del laboratorio analisi 24 ore al giorno, la valutazione fisiatrica precoce, hanno indicato l'ospedale di Loreto come l'ospedale della Zona 7 idoneo al ricovero di pazienti con ictus cerebrale.

9.2 Criteri per l'invio alla U.O. di ricovero più appropriata.

Nell'ambito della fase di implementazione del progetto regionale "Profilo Ictus" le Direzioni Generali dell'ASUR Zona 7, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, l'INRCA di Ancona e l'Area di Reingegnerizzazione dei Processi e Reti Cliniche dell'Agenzia Sanitaria Regionale, nel Giugno 2005, hanno definito i criteri di allocazione dei pazienti con sospetto ictus cerebrale nell'area della Zona 7 di Ancona.

Sono stati definiti tre ambiti territoriali:

- Ambito A: Agugliano, Camerata Picena, Chiaravalle, Falconara, Monte San Vito, Montemarciano, Polverigi, Ancona Collemarino-Torrette.
- Ambito B: Ancona (tranne Collemarino-Torrette), Camerano, Sirolo, Offagna.
- Ambito C: Castelfidardo, Loreto, Osimo, Numana, Marcelli.

Sono state individuate tre fasce di età:

- < 65 anni
- 65-85 anni
- > 85 anni

I pazienti con sospetto ictus cerebrale vanno allocati secondo le seguenti modalità^{3,4}:

	< 65 anni	65-85 anni	> 85 anni
Ambito A	TORRETTE	TORRETTE	INRCA
Ambito B	TORRETTE	INRCA	INRCA
Ambito C ⁵	TORRETTE	LORETO	LORETO

Particolari target di pazienti, candidati alla trombolisi, saranno inviati alle *stroke unit* di Torrette o INRCA.

³ Gli equipaggi BLS/D, privi di personale sanitario a bordo, hanno comunque l'obbligo di fermarsi al PS più vicino.

⁴ L'allocazione dei pazienti prescinde dalla locale disponibilità di posti letto fatti salvi specifici regolamenti ed accordi.

⁵ I pazienti con GCS < 9 vanno allocati presso l'Ospedale di Osimo.

9.3 Criteri per la definizione del setting di dimissione.

Per il paziente non dimissibile nel territorio il grado di disabilità, la potenzialità di recupero, la tolleranza allo sforzo, la stabilizzazione delle comorbilità determineranno la scelta del setting intensivo od estensivo e quindi la sede dell'invio.

Per il paziente dimissibile nel territorio il fabbisogno riabilitativo ed assistenziale, la disponibilità del *caregiver*, la situazione abitativa ed i problemi di trasporto, determineranno la sede della riabilitazione estensiva domiciliare o ambulatoriale oppure residenziale (RSA, residenza protetta).

9.4 Attivazione di protocolli per la dimissione

Il profilo prevede una riunione in terza giornata dello *stroke team* acuto per formulare un primo piano clinico assistenziale e riabilitativo che individui precocemente il setting riabilitativo necessario dopo la fase acuta.

Questo permette di avviare immediatamente, via fax, la richiesta alle sedi ospedaliere o territoriali deputate all'intervento riabilitativo prescelto.

Il profilo prevede che queste scelte operate dallo *stroke team* siano subito operative, senza più necessità di essere approvate dalla UVD e/o dal MMG, proprio perchè già rappresentati all'interno dello *stroke team*.

In aggiunta, accordi con le strutture di riferimento territoriale per la riabilitazione, garantiranno percorsi preferenziali ai pazienti con ictus cerebrale. Anche la erogazione facilitata di protesi, presidi e materiale sanitario contribuiranno a ridurre al minimo il tempo morto tra la dimissione dal reparto per acuti e il successivo intervento di riabilitazione, garantendo una reale continuità assistenziale.

10 Protocolli di laboratorio e diagnostica strumentale

ESAME	PS	REPARTO									
	PS	1° giorno	2° giorno	3° giorno	4° giorno	5° giorno	6° giorno	7° giorno	8° giorno	9° giorno	Dimissione
LABORATORIO											
Emocromo	X						X				
Glicemia	X						X				
Elettroliti sierici	X						X				
Creatininemia	X						X				
Azoto ureico	X						X				
Tempo di protrombina	X						X				
APTT	X						X				
Proteine totali	X						X				
Albumina	X						X				
Bilirubina	X						X				
Transaminasi	X						X				
STRUMENTALE											
TAC	X		X [*]					Entro X			
Eco doppler			X								
RMN											
ECG 12 deriv.	X										
Rx Torace	X										

*La TAC encefalo viene ripetuta entro 48 ore nei pazienti con prima TAC negativa o in quelli con Ictus grave e progressivo o per chiarimento diagnostico prognostico (vedi algoritmo decisionale).

APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO RISPETTO AD EVENTUALI FATTORI DI RISCHIO

- fibrinogeno
- trigliceridi
- colesterolo HDL/LDL
- antitrombina III
- omocisteina; ac anticardiolipina; proteina C-S
- lupus anticoagulante.

LA RNM trova specifica indicazione in fase acuta, solo nei pazienti con ictus clinicamente riferibile ad una sede cerebellare o troncoencefalica qualora, nonostante la TAC, permangano dubbi diagnostici sulla lesione e/o sul piano clinico, e nel sospetto di trombosi venosa cerebrale.

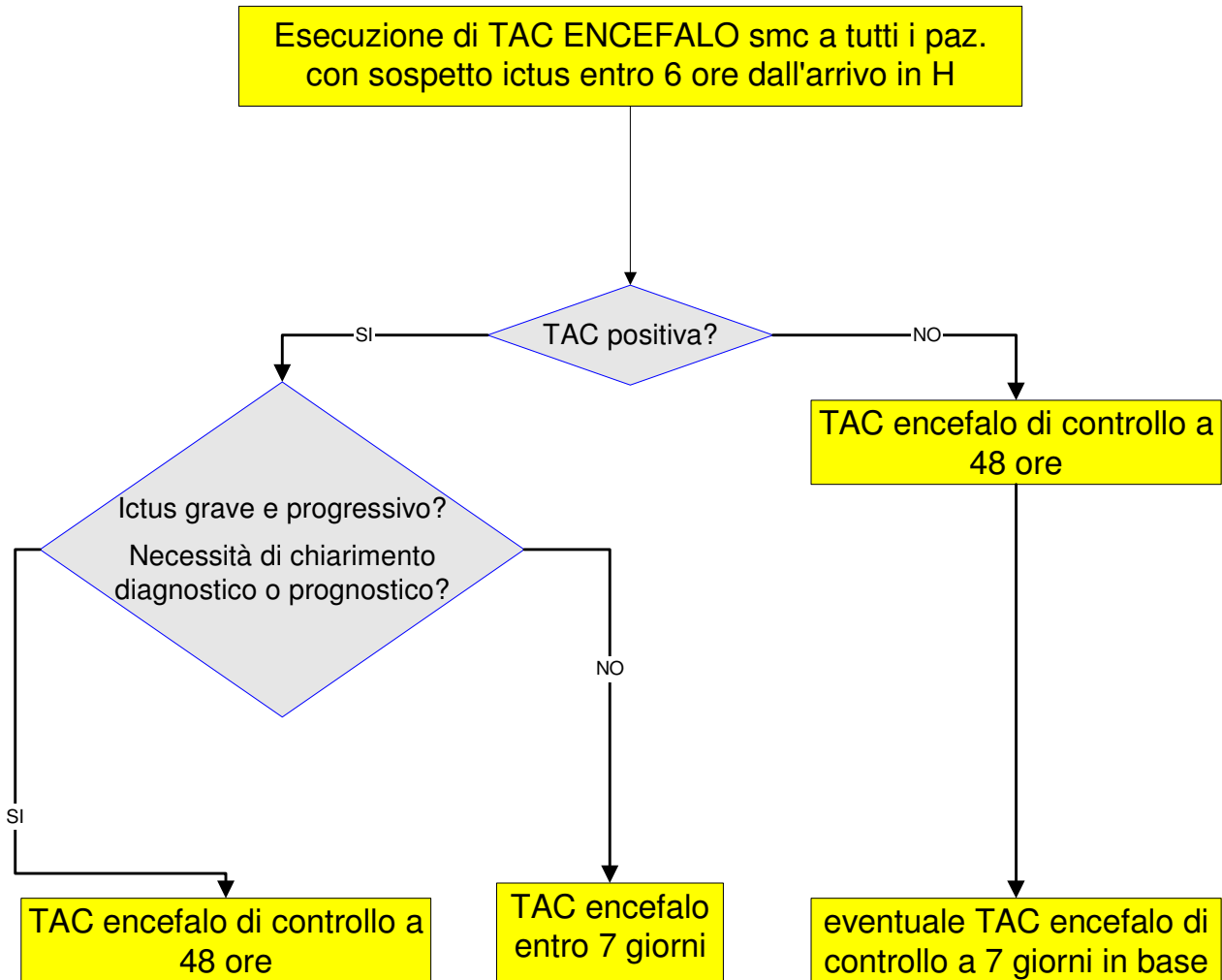
L'ANGIOGRAFIA trova specifica indicazione nella valutazione delle stenosi carotidee quando esiste una indicazione chirurgica, nel caso non sia esaustiva la valutazione ecodoppler + RNM.

L'EEG è indicato nei pazienti nei quali si sospetti la natura epilettica del disturbo focale in esame.

L'HOLTER ECG è indicato solo nei pazienti con TIA o ICTUS in cui si sospetti la genesi cardioembolica o qualora non sia emersa una causa definitiva di tali eventi.

L'ECOCARDIOGRAMMA/DOPPLER è indicato nei pazienti nei quali si sospetti una causa cardioembolica e/o abbiano patologie cardiache associate.

Algoritmo decisionale TAC encefalo Profilo Ictus ZT 7



11 Allegato "Farmaci"

LABETALOLO	bolo ev 10-20 mg - ripetere ogni 10-20 min. - dose massima 150 mg
NITROGLICERINA	0.1- 1 mcg/kg/min ev fino ad un massimo di 2 mcg/kg/min
EPARINA	Calcica 5000 U.I. sc 2 v/die - EBPM : 20-40 mg sc /die
PARACETAMOLO	Supposte- gocce- compresse fino ad un massimo di 3 gr/die
FUROSEMIDE	Compresse 25 mg 2-3/ die - Fiale 20 mg im o ev 2-3 volte/die
DIAZEPAM	Per os fino 5 mg die - Fiale im-ev fino a 10 mg die
AC. ACETILSALICILICO	160 – 320 mg/die per os
TICLOPIDINA	500 mg/die per os
CLOPIDOGREL	75 mg/die per os
WARFARIN	2,5 – 10 mg/die per os
DIPIRIDAMOLO	fino a 300 mg/die per os

12 Procedure assistenziali

GESTIONE INCONTINENZE NEI PAZIENTI CON ICTUS²⁰

Il catetere vescicale a permanenza aumenta il rischio di infezioni delle vie urinarie e di batteriurie, peggiorando la morbilità e mortalità nell'ictus.

Tale procedura va riservata ai pz non gestibili diversamente, e come trattamento a breve termine nei casi di :

- ritenzione urinaria secondaria ad ostruzione
- incontinenza funzionale grave
- in paz. con severi deficit cognitivi
- in paz terminali
- in paz. con ulcere da decubito
- in paz con necessità del monitoraggio diuresi

Per tutti gli altri pazienti affetti da ictus:

- minzione programmata
- induzione della minzione
- cateterismo intermittente (con tecnica pulita nei giovani e sterile negli anziani)
- dispositivi esterni (urocondom) per paz. con adeguato svuotamento vescicole, e cute integra a livello genitale

13 Scheda integrata Stroke Team

SCHEDA INTEGRATA STROKE TEAM								
Cognome / Nome : _____				Età ____ Sesso ____		Data evento ____ / ____ / ____		
ANAMNESI		Data ____ / ____ / ____		Firma _____				
CONDIZIONE SOCIALE, FAMILIARE, ABITATIVA								
Stato lavorativo:		Occupato	Disoccupato	Casalinga	In pensione	Inabile	Non Noto	
Vive: a)		solo (con supporto / senza supporto)		b) con familiari: Numero Autonomi ____		Numero Non Autonomi ____		
c) Tipo di abitazione:		piano terra	piani superiori (con ascensore / senza ascensore)		Non Noto			
In struttura Territoriale:		Residenza protetta	RSA	Casa di riposo				
		<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Non Noto</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Non Noto</u>
Pregresso Ictus					Abuso di alcool			
Pregresso TIA					Demenza			
Pregresso IMA					Depressione			
Pregressa PTCA					Emicrania			
Pregresso CABG					Anemia			
CAD nota (*)					I.R.C. (creatina \geq 2,5 mg/dl)			
Cardiopatía organica					Neoplasie maligne			
Fibrillazione atriale					Malattie respiratorie			
Iperensione arteriosa					Malattie osteo-articolari			
Diabete mellito					Malattie gastrointestinali			
Ipercolesterolemia					Malattie epatobiliari			
Vasculop. periferica arteriosa					Contraccettivi orali			
Vasculop. periferica venosa					Morbo di Parkinson e parkinsonismi			
Fumo								
(*) Coronario stenosi \geq 50% in un vaso maggiore								
• TERAPIA CRONICA ALL'AMMISSIONE								
		<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Non Noto</u>		<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>Non Noto</u>
ANTIAGGREGANTI	ASA				Diuretici			
	Ticlopidina				Calcioantagonisti			
	Clopidogrel				ACE-Inibitori			
	Dipiridamolo				Sartanici			
	Indobufene				Beta-bloccanti			
Anticoagulante orale					Antiarritmici			
Insulina					Statine			
Antidiabetico os					Altro			

VALUTAZIONE																
Area Medica		Ingr: Data ___/___/___ Firma _____						Dimiss: Data ___/___/___ Firma _____								
		INGRES			DIMISS			INGRES				DIMISS				
NIH Stroke Scale (Score)								<ul style="list-style-type: none"> Rischio TVP alto (almeno un criterio): Plegia, Alterazione dello stato di coscienza, Obesità, Pregressa pat. venosa arti inferiori 				SI	NO	SI	NO	
Area Assistenziale		Ingr: Data ___/___/___ Firma _____						Dimiss: Data ___/___/___ Firma _____								
		INGRES			DIMISS			INGRES				DIMISS				
Parametri Vitali	PA (mmHg)							Disfagia				SI	NO	SI	NO	
	FC (bpm)							Peso (Kg)								
	TC (C°)							Altezza (m)								
	Sat O2 (%)							BMI (Kg/m ²)								
Incontinenza	Fecale	No	Tot	Par	No	Tot	Par	Scala Norton Plus (Score)								
	Urinaria	No	Tot	Par	No	Tot	Par	Presenza decubiti (grado I – IV)								
Ritenzione	Fecale	No	Tot	Par	No	Tot	Par	Indice Barthel (Score)								
	Urinaria	No	Tot	Par	No	Tot	Par					PRE-RICOV	INGRES		DIMISS	
Area Riabilitativa		Ingr: Data ___/___/___ Firma _____						Dimiss: Data ___/___/___ Firma _____								
		INGRES			DIMISS			INGRES				DIMISS				
Indice motricità arto sup. (score)								Controllo tronco (TCT score)								
Indice motricità arto inf. (score)								Controllo posturale Standing balance (Score)								
Deambulazione (Holden score)																
Spasticità (Hashworth score)	Spalla							Linguaggio	Disartrico				SI	NO	SI	NO
	Gomito								Afasico				SI	NO	SI	NO
	Polso							Disabilità (Rankin score)	PRE-RICOV				INGRES		DIMISS	
	Anca															
	Ginocchio							Deficit cognitivo (MMSE score)								
	Caviglia							Neglect				SI	NO	SI	NO	

COMPLICANZE durante la degenza										Data ___/___/___		Firma _____	
		SI		NO				SI		NO			
Neurologiche	Ipersten endocran					Cardio vascolari	IMA						
	Recidiva Ictus						Angina						
	Trasfor emorrag						Aritmie						
	Crisi convulsive						Scompenso						
Infettive	Polmoniti					Trombo emboliche	TVP						
	IVU						Embolia polmonare						
	Altro:.....					Cadute							
Spalla dolorosa						Fratture							
Depressione													
Sanguinamenti /Emorragie (Specificare) _____													
Decubiti (Indicare il grado magg.)													

INTERVENTI PIANIFICATI DALLO STROKE TEAM														
Area Medica						Data ___ / ___ / ___			Firma _____					
Terapia medica														
Antiaggregante	Aspirina		Antipertensivo				ACE Inibitore							
	Ticlopidina						Ca Antagonista							
	Clopidogrel						Beta-Bloccante							
	Dipiridamolo						Sartanici							
Anticoagulante		Coumadin				Diuretici								
		Eparina				Altro								
Altro				Ippocolesterolemizzante		Antidiabetico orale								
Altro				Antibiotico		Insulina								
Richiesta consulenze/attivazione componenti facoltativi del Team Ictus														
			SI		NO					SI		NO		
Rianimatore							Cardiologo							
Neurochirurgo							Psicologo							
Nutrizionista							MMG							
Assistente sociale							Altro:.....							
Area Assistenziale				Data ___/___/___			Firma _____			Data ___/___/___		Firma _____		
			INGRESS		DIMISS									
Nutrizione	os	Dieta libera		SI	NO	SI	NO	Prevenzione decubiti	Mobilizzazione a letto		SI	NO		
		Dieta modificata		SI	NO	SI	NO		Materasso antidecubito		SI	NO		
		Integratori		SI	NO	SI	NO		Precoce verticalizzazione		SI	NO		
	Enterale	SNG		SI	NO	SI	NO							
		PEG		SI	NO	SI	NO							
	Parenterale	CVC		SI	NO	SI	NO		Prevenzione TVP		Calze elastiche		SI	NO
Pannolone		SI	NO	SI	NO									
Gestione incontinenza	Cateter a permanenza		SI	NO	SI	NO	Compressione pneumatica intermittente				SI	NO		
	Cateter. Intermittente		SI	NO	SI	NO								
	Urocondom		SI	NO	SI	NO								
	Minzione sollecitata		SI	NO	SI	NO								
	Minzione programmata		SI	NO	SI	NO								
Area Riabilitativa: Interventi pianificati durante il ricovero														
						Data ___ / ___ / ___			Firma _____					
Progetto Riabilitativo. Obiettivo: _____														

Modalità	Estensiva				Professionisti coinvolti nel piano riabilitat.			Fisioterapista		SI	NO			
	Intensiva							Logopedista		SI	NO			
								Terapista occupaz		SI	NO			
Interventi specifici														
Trattamento neuromotorio			SI	NO	Trattamento logopedico		Disfagia		SI	NO				
Rieducazione delle ADL			SI	NO			Linguaggio		SI	NO				
Terapia del neglect			SI	NO										

EDUCAZIONE FAMILIARI e/o PAZIENTE

Data ___ / ___ / ___

Firma _____

Colloquio informativo del Team	INGRE			DIMISS
	S	SI	NO	SI NO

DIMISSIONE

DIAGNOSI Data ___ / ___ / ___ Firma _____

- TIA Ictus ischemico Ictus Emorragico ESA

Classificazione Bamford: LACS sindromi lacunari POCS sindromi del circolo posteriore TACS sindrome completa del circolo anteriore PACS sindrome parziale del circolo anteriore	Classificazione TOAST (mecc. eziopatologico): cardioembolico malattia piccoli vasi aterosclerosi grandi vasi altre cause note criptogenetico.
---	---

Criteria del setting Data ___ / ___ / ___ Firma _____

Fabbisogno riabilitativo	SI	NO	Fabbisogno assistenziale	SI	NO
Gravi patologie concomitanti	SI	NO	Scarsa potenzialità di recupero	SI	NO
Tolleranza di 3 h di riabilitazione	SI	NO	Disponibilità del caregiver	SI	NO

Destinazione del paziente

Domicilio	ADI	ADP	AID	ADR
	RSA	Residenza protetta	Lungodegenza	Riabilitazione Intensiva

Area Riabilitativa: Interventi pianificati alla dimissione

Data ___ / ___ / ___ Firma _____

Progetto Riabilitativo. Obiettivo:

Modalità	Estensiva	Professionisti coinvolti nel piano riabilitat.	Fisioterapista	SI	NO
	Intensiva		Logopedista	SI	NO NO
			Terapista occupaz	SI	NO

Interventi specifici					
Trattamento neuromotorio	SI	NO NO	Trattamento logopedico	Disfagia	SI NO
Rieducazione delle ADL	SI	NO		Linguaggio	SI NO
Terapia del neglect	SI	NO			

Richiesta AUSILI / ORTESI

Carrozzina	Deambulatore	Tripode / Bastone	Letto
Presidi antidecubito	Presidi per assorbenza	Ortesi	

<ul style="list-style-type: none"> • TEAM ICTUS: Partecipanti alle riunioni • Data ___ / ___ / ____ 			
Nominativo	Figura professionale (*)	Firma	Note
(*) Specificare chi riveste il ruolo di Case Manager			

<ul style="list-style-type: none"> • TEAM ICTUS: Partecipanti alle riunioni • Data ___ / ___ / ____ 			
Nominativo	Figura professionale (*)	Firma	Note
(*) Specificare chi riveste il ruolo di Case Manager			

<ul style="list-style-type: none"> • TEAM ICTUS: Partecipanti alle riunioni • Data ___ / ___ / ____ 			
Nominativo	Figura professionale (*)	Firma	Note
(*) Specificare chi riveste il ruolo di Case Manager			

14 Bibliografia aggiuntiva utilizzata oltre alle raccomandazioni regionali

-
- ¹ Teasdale G, Jennett B. "Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale." *The Lancet* 13;2(7872):81-4, 1974.
- ² Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J. "Cincinnati Prehospital Stroke Scale: reproducibility and validity." *Ann Emerg Med* 1999 Apr;33(4):373-8
- ³ Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento. SPREAD Marzo 2003.
- ⁴ Goldstein LB, Bertels C, Davis JN, "Interrater reliability of the NIH Stroke Scale", *Archives of Neurology* 46(6)660-2, 1989 June.
- ⁵ Brott TG, Adams HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, Spilker J, Holleran R, Eberle R, Hertzberg V, Rorick M, Moomaw CJ, Walker M. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*. 1989;20:864-870
- ⁶ Lyden P, et al, "Improved reliability of the NIH Stroke Scale using video training. NINDS TPA Stroke Study Group", *Stroke*. 25(11):2220-6, 1994 Nov.
- ⁷ CHEST 2004 THE SEVENTH ACCP conference on antithrombotic therapy. STUDIO MEDENOX
- ⁸ Wells PS, Anderson DR, Bormanis J, Guy F, Mitchell M, Gray L, Clement C, Robinson KS, Lewandowski B. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. *Lancet* 1997; 350: 1795-1798.
- ⁹ Madden KP, Karanjia PN, Adams HP, Clarke WR, and the TOAST investigators. Accuracy of the initial stroke subtype diagnosis in the TOAST study. *Neurology* 1995; 45:1975-1979
- ¹⁰ Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet* 1991; 337:1521-1526.
- ¹¹ Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. SIGN 2004. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign78.pdf>
- ¹² WHO. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO; 1995. Technical Report Series 854.
- ¹³ Fumagalli: "Le lesioni da decubito: i sistemi per la prevenzione e la terapia" Edizione Ricerca e Sviluppo, Casala G., Tamaro A., Frustaglia A.: Manuale di Geriatria e Gerontologia- Edizioni McGraw-Hill 2° Ed. Milano 2000-09-28
- ¹⁴ the National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) staging system from the 1989 Consensus Development Conference <http://www.npuap.org/positn6.html>
- ¹⁵ Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. *Md State Med j* 1965; 14:61-5.
- ¹⁶ Rankin J. "Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60." *Scott Med J* 1957;2:200-15.
- ¹⁷ Bonita R, Beaglehole R. "Modification of Rankin Scale: Recovery of motor function after stroke." *Stroke* 1988 Dec;19(12):1497-1500.
- ¹⁸ International Standards for Neurological and Functional Classifications of Spinal Cord Injury. Chicago, IL: American Spinal Injury Association, 1992.
- ¹⁹ Dodds TA, Matrín DP, Stolov WC, Deyo, RA. A validation of the Functional Independence Measurement and its performance among rehabilitation inpatients. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74(5):531-6.
- ²⁰ Direzione Servizio Infermieristico e tecnico. Centro studi EBN, Azienda Ospedaliera di Bologna, Policlinico S. Orsola-Malpighi.