

**MEDICI  
MEDICINA  
GENERALE**



## **Linee guida per la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione del paziente con ictus ischemico**

*Progetto finanziato dall'Assessorato alla Sanità, Regione Piemonte  
Direzione Sanità Pubblica e inserito nel programma di:  
Ministero della Sanità, Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari e Ceveas (ASL di Modena)  
"Sperimentazione in nove Regioni di strumenti per l'implementazione delle linee guida nel SSN"*

**REALIZZATO CON IL CONTRIBUTO DI**



**Gruppo IntesaBci**

Biella, novembre 2001

## INTRODUZIONE

Con il termine di ictus si intende la improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore o ad esito infuato, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale.

Ogni anno in Italia si contano oltre 130.000 nuovi casi, con un'incidenza (181 per 100.000), che aumenta progressivamente con l'età. L'ictus con i relativi postumi rappresenta una delle maggiori cause di morte, essendo responsabile del 10-12% di tutti i decessi, e la principale causa d'invalidità.

Nel Biellese si stimano circa 500 nuovi casi anno, 300 decessi e 2500 casi prevalenti: a conferma della rilevanza epidemiologica e clinico assistenziale della patologia ictale cerebrale. La complessità della patologia, che coinvolge aspetti di natura preventiva, diagnostica, terapeutica e riabilitativa, determina il coinvolgimento di numerose e diversificate figure professionali, con possibili ricadute in termini di variabilità della gestione. La disponibilità di evidenze scientifiche di buona qualità che documentano come l'integrazione e l'approccio multidisciplinare alla patologia possano determinare benefici per i pazienti in termini di riduzione della mortalità e della disabilità, costituiscono le ragioni principali per la realizzazione di queste linee-guida basate su prove scientifiche e adattate alla realtà biellese. Queste linee-guida si ispirano in gran parte alle linee-guida prodotte da un gruppo di lavoro dell'Azienda Ospedaliera S. Giovanni Battista di Torino e ad analoghi documenti nazionali (SPREAD) e internazionali (Royal College of Physicians, Scottish Intercollegiate Guidelines Network).

## METODO DI CLASSIFICAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni riportate in queste linee-guida vengono classificate con le lettere A, B e C in diversi gradi. Queste lettere indicano in senso decrescente la forza delle raccomandazioni rispetto alla qualità delle prove scientifiche che ne supportano l'uso. È necessario sottolineare che la decisione di raccomandare o meno l'esecuzione di una determinata procedura non dipende soltanto dalle prove scientifiche ma anche da altre considerazioni quali: il peso assistenziale del problema, i costi, l'accettabilità e praticabilità dell'intervento. Per questo motivo anche una raccomandazione la cui forza sia di grado C può avere un impatto importante sulla qualità e appropriatezza dell'assistenza.

Livello di Prove Scientifiche	Le informazioni sono...	Forza della Raccomandazione
Ia	.. derivate da revisioni sistematiche o meta-analisi di studi clinici controllati randomizzati	A
Ib	.. derivate da almeno uno studio clinico controllato randomizzato ben disegnato	
IIa	.. derivate da almeno uno studio clinico prospettico di buona qualità	B
IIb	.. derivate da altri tipi di studi prospettici di minor qualità	
III	.. derivate da studi retrospettivi di buona qualità	
IV	.. basate unicamente su opinione di esperti	C

## GRUPPO DI LAVORO LINEE-GUIDA

Angelo Penna (Coordinatore) - Filippa Bua (Coordinatrice) - Antonio Barioglio (Geriatra) - Andrea Biolcati (Medico Pronto Soccorso) - Gregoria Cicoria (Anestesista) - Sebastiano De Maria (Medico Direzione Sanitaria) - Paola Ferrari (Radiologa) - M. Rosa Fogliano (Farmacista) - Francesco Gallio (Medico di Medicina Generale) - Paolo Garavoglia (Cardiologo Territoriale) - Gabriele Lanza (Internista) - Marco Marchioni (Medico Legale) - Vito Marinoni (Geriatra) - Umberto Massazza (Neurologo) - Brunella Padovan (Terapista) - Monica Panella (Logopedista) - Marinella Piana (Assistente Sociale) - Carla Porta (Chirurga Vascolare) - Roberto Tiepolo (Medico Riabilitazione) - Bruno Tomassini (Cardiologo) - Michelangelo Valenti (Dietologo) - Pier Carlo Vercellino (Medico Prevenzione) - Eleonora Verico (Caposala) - Vito Zampaglione (Internista).

## GRUPPO DI LAVORO PROTOCOLLI VALUTAZIONE E ASSISTENZA

- **Stato Nutrizionale e Disfagia:** Cinzia Autelitano (Infermiera), Daniela Cum (Dietista), Paola Pagliarin (Dietista), Monica Panella (Logopedista), Antonella Petterino (Caposala Pronto Soccorso)
- **Incontinenza Urinaria:** Merina Colaiacomo (Caposala Medicina Riabilitativa), Mariangela Russo (Caposala Medicina B), Cinzia Colongo (Caposala ICI)
- **Lesioni da decubito:** Donatella Benetazzo (Caposala Servizi Territoriali), Marco Conio (Caposala Lungodegenza), Claudia Gatta (Caposala Medicina A), Mirna Marchionni (Infermiera Dermatologia), Franco Raineri (Infermiere Dermatologia), Eleonora Verico (Caposala Neurologia)
- **Posizionamento Cadute:** Enrica Borrione (Caposala Geriatria), Brunella Padovan (Coordinatrice Terapista)
- **Dimissione:** Carla Miglietti (Caposala Servizi territoriali), Chiara Bogetti (Assistente Sociale), Marinella Piana (Assistente Sociale), Roberto Tiepolo (Medico Riabilitazione).
- **Informazione:** Filippa Bua (Caposala Coordinatrice), Angelo Penna (Medico Coordinatore)

*Si ringraziano G. Ciccone, P.A. Visentin (Ospedale S. Giovanni Battista Torino) e C. Labate (Ospedale Mauriziano Torino) per il contributo fornito alla realizzazione di questo documento.*

## L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Studi di buona qualità hanno documentato che i pazienti affetti da ictus in fase acuta dovrebbero essere assistiti da un servizio multidisciplinare specificatamente formato e dedicato a questa patologia. Il gruppo di lavoro, autore di queste linee-guida, si impegna a promuovere, attraverso questo documento e a successive iniziative nei settori della formazione e del coordinamento interdisciplinare, un approccio integrato alla patologia.

In particolare il gruppo si impegna a realizzare:

- Riunioni periodiche multidisciplinari per la revisioni dei casi
- Aggiornamento e formazione del personale infermieristico

- Valutazione degli indicatori che verranno identificati per l'implementazione di queste linee-guida

Uno o più Operatori, identificati in ciascun Reparto, dovrebbero avere la responsabilità di fornire informazioni su natura, gestione e riabilitazione dell'ictus e sulle attese circa i risultati ottenibili; l'informazione viene fornita al paziente e a coloro che l'assistono in forma orale e scritta in modo omogeneo nei diversi reparti (A).

## LA FASE DIAGNOSTICA

### ■ TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA

- Tutti i pazienti con ictus insorto sul territorio o durante un ricovero, devono essere valutati con TAC entro 48 ore dall'episodio acuto insorto a domicilio e entro 24 ore dall'accesso in Ospedale allo scopo di discriminare un'eventuale emorragia cerebrale (A).  
*La TAC dovrebbe essere eseguita immediatamente nelle situazioni in cui si sospetti una patologia emorragica intra o extra parenchimale (perdita di conoscenza all'esordio, cefalea entro le 2 ore, rigidità nucale, vomito entro le 6 ore, terapia in atto con anticoagulanti, diatesi emorragica, alcoolismo, trauma cranico negli ultimi 3 mesi, disturbo significativo della vigilanza, rapida progressione deficit neurologici).*

*È opportuno ricordare l'importanza di provvedere ad un'adeguata sedazione del paziente prima dell'invio alla TAC in tutte le situazioni che lo rendano necessario.*

- Qualora la TAC precoce risultasse normale, la sua ripetizione è indicata nei pazienti con ictus esordito 5-7 giorni prima, se vi è necessità di un chiarimento diagnostico o prognostico, e a 24-48 ore nell'ictus clinicamente non stabilizzato (C).
- La risonanza magnetica è indicata solo nei pazienti con ictus clinicamente riferibile ad una sede cerebellare o troncoencefalica, qualora, nonostante la TAC, permangano dubbi diagnostici sulla natura della lesione e/o sulla gestione clinica (C).

### ■ ECO-DOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI

- Lo studio Eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nei pazienti con TIA o ictus recente, per un migliore inquadramento eziopatogenetico (A).
- Lo studio Eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nella valutazione della stenosi carotidea, ai fini della scelta terapeutica in senso chirurgico, quale indagine conclusiva e quindi sostitutiva dell'angiografia (C).
- Lesame eco-doppler non è indicato nei soggetti con controindicazioni all'intervento chirurgico di tromboendoarterectomia per patologie concomitanti (C).

### ■ ANGIOGRAFIA

- L'angiografia è indicata solo nel sospetto di vasculiti, dissecazioni, malformazioni e anomalie del circolo cerebrale (C).
- L'angiografia è indicata solo nella valutazione delle stenosi carotidee quando esiste un'indicazione chirurgica, nel caso lo studio Eco-Doppler non sia utilizzabile o risulti dubbio (C).

## ■ ECOCARDIOGRAMMA

- Nel TIA o nell'ictus, l'ecocardiogramma transtoracico è indicato dal cardiologo solo in caso di sospetto clinico-anamnestico di malattia cardiaca (C).
- Nel TIA o nell'ictus, in cui si sospetti un'origine cardioembolica, l'ecocardiogramma transtoracico e transesofageo è indicato qualora non vi siano cause evidenti dell'evento ischemico o evidenze strumentali di malattia dei vasi cerebrali (C).

*Durante la permanenza in Pronto Soccorso, il paziente deve essere sottoposto agli ulteriori accertamenti, necessari all'inquadramento diagnostico, con particolare riferimento a: elettrocardiogramma, radiografia del torace (in presenza di dispnea), emogasanalisi (in caso di coma o ipossia), glicemia e quadro coagulativo.*

## QUANDO RICOVERARE?

Nel paziente con ictus il ricovero ha lo scopo di:

- effettuare un corretto inquadramento diagnostico
- fornire un'adeguata assistenza

*Nel caso di ictus insorto in soggetto cronicamente e gravemente compromesso, non autosufficiente, in cui non ci si attenda alcun vantaggio clinico significativo dal ricovero e il paziente possa essere adeguatamente seguito a domicilio o presso una struttura alternativa, il ricovero può essere evitato.*

- Nel caso di TIA il ricovero immediato è indicato solo quando i sintomi sono ricorrenti o di durata superiore a 1 ora o quando sia nota una possibile fonte embolica arteriosa o cardiaca (A).

*L'implementazione di questa raccomandazione implica la possibilità di un monitoraggio in DEA per il tempo necessario a confermare la diagnosi di TIA.*

## TERAPIA FARMACOLOGICA

### **TRATTAMENTI DI PROVATA EFFICACIA**

- Tutti i pazienti con ictus ischemico dovrebbero essere trattati con ASA alla dose di 160-300 mg/die entro 48 ore dall'esordio dei sintomi (A).

*Il trattamento dovrà essere iniziato dopo che la TAC abbia escluso una causa emorragica, i pazienti non collaboranti o disfagici potranno essere trattati per via sistemica con derivati dell'acido acetilsalicilico (sali di lisina), pur in assenza di trial che ne abbiano valutato l'analogia efficacia.*

- Nei pazienti già in trattamento con ASA, a dosaggio efficace (160-300mg/die), per un primo evento ischemico, nei quali dovesse verificarsi un ulteriore evento ischemico, è indicata la sospensione dell'ASA e il trattamento alternativo con ticlopidina (250 mg.x2/die) (A) o clopidrogel (75mg/die) (B), controllando l'emocromo nei primi tre mesi di trattamento.

### **TRATTAMENTI DI NON PROVATA EFFICACIA**

- Nei Pazienti con ictus non dovrebbero essere utilizzati la nimodipina e i corticosteroidi (A).

*Numerosi studi hanno documentato da tempo che il trattamento con corticosteroidi dei pazienti con ictus non fornisce alcun beneficio e comporta molti effetti collaterali.*

- Nei Pazienti con ictus non è indicato l'uso routinario dell'eparina e dei diuretici osmotici (A).

*Il trattamento eparinico (eparina non frazionata, eparinoidi, nadroparina) del paziente con ictus in fase acuta può comportare dei rischi a fronte di benefici non certi, in quanto non vi sono dati conclusivi di efficacia e aumenta il rischio di emorragia. Circa l'uso dei diuretici osmotici (mannitolo, glicerolo) nel caso di alterazione dello stato di coscienza o altre evidenze di edema, va precisato che non esiste letteratura adeguata e che il loro uso è da considerare empirico.*

- Nei Pazienti con ictus, per la prevenzione delle trombosi venose profonde, è indicato l'uso di calze elastiche antitromboemboliche (C).

• Nei pazienti con ictus, in cui il rischio di tromboembolismo venoso sia giudicato superiore al rischio medio (*plegia degli arti inferiori, età >= ai 65, storia di tvp o embolia, patologia concomitante quale scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, infezioni in atto, tumori, emolinfopatie*) e il rischio di sanguinamento sia giudicato più basso del rischio medio (*assenza di: coagulopatie, piastrinopenie, ipertensione non controllata, ulcera peptica, varici esofagee, insufficienza epatica o renale*), potrebbe essere indicata una profilassi addizionale con eparina non frazionata (5000UI ogni 12 ore) o a basso peso molecolare (4000U/24 ore di enoxaparina sodica o dosi equivalenti di altre eparine a b.p.m.) (C).

- In tal caso risultando incrementato il rischio di danno iatrogeno gastrointestinale, è indicata farmacoprotezione con inibitore di pompa protonica (B).

#### **SPECIFICHE CATEGORIE DI PAZIENTI CHE POSSONO RICHIEDERE UN TRATTAMENTO**

- La terapia anticoagulante dovrebbe essere considerata per tutti i pazienti in fibrillazione atriale, ma non dovrebbe essere iniziata prima di aver escluso un'emorragia cerebrale (A).
- Un trattamento anticoagulante precoce con terapia orale può essere indicato solo in caso di lesioni TAC piccole o medie e non emorragiche a 48 ore, nei casi di lesioni ischemiche più estese il trattamento deve essere differito di 14 gg. (C).
- Leparina per via endovenosa potrebbe essere usata in casi selezionati (es. ictus cardiembolico in portatori di protesi valvolari, dissecazione sintomatica di arterie extracraniche, "crescendo TIA", coagulopatie da deficienza di proteina C e S); (C).

#### **PAZIENTI IPERTESI**

- Nei pazienti con ictus ischemico acuto e valori di pressione arteriosa superiori alla norma è indicato rimandare l'inizio del trattamento antipertensivo di circa 2 settimane (C).

- Nei pazienti con ictus ischemico acuto e che erano ipertesi precedentemente all'episodio acuto è indicato continuare il trattamento antipertensivo (C).

• Nei pazienti con ictus ischemico acuto e valori pressori particolarmente elevati (>220/120 mmHg) è indicato il trattamento antipertensivo precoce con una graduale riduzione dei valori pressori (C). *Devono essere evitati farmaci che inducano un repentino abbassamento pressorio, la scelta potrà ricadere su B-bloccanti, nifedipina AR 10-20 mg (o altro calcio antagonista) furosemide o captopril.*

Ricordare inoltre di:

- Tenere sotto controllo l'iperglicemia con insulina pronta in infusione continua
- Ridurre l'ipertermia con antipiretici e/o mezzi fisici
- Trattare le complicanze infettive preferibilmente dopo antibiogramma

## VALUTAZIONE E ASSISTENZA

Entro 5 giorni dal ricovero, in tutti i pazienti dovrebbero essere formalmente valutate e documentate in cartella:

**1. Stato di coscienza:** valutare al momento della ammissione o entro 48 ore dalla ripresa dello stato di coscienza, usando il Glasgow Coma Scale in uso presso la nostra Azienda (C).

PUNTEGGIO	RISP. VERBALE	APERTURA OCCHI	RISP. MOTORIA
6			Obbedisce
5	Orientata		Localizza
4	Confusa	Spontanea	Si ritrae
3	Parole non appropriate	A comando verbale	In flessione
2	Suoni incomprensibili	A stimolo doloroso	In estensione
1	Nessuna	Nessuna	Nessuna

**2. Stato Nutrizionale:** valutare entro 48 ore, con personale appropriatamente formato, usando il metodo validato in uso presso la nostra Azienda (B); Si ricorda che la malnutrizione è associata ad un rallentamento del recupero e ad un peggioramento degli esiti.

**3. Disfagia:** prima di somministrare alimenti o bevande, tutti i pazienti dovrebbero essere valutati per un'eventuale disfagia (test della deglutizione) (C); *Si ricorda che la disfagia si osserva nel 45 % dei pazienti affetti da ictus. Per la valutazione dovrà essere usato il metodo clinico validato in uso presso la nostra Azienda in presenza di anomalie instaurare una dieta per disfagici e richiedere la consulenza del fisiatra e del logopedista, per valutare la risposta ad alimenti di diversa consistenza, le manovre di deglutizione e la risposta alla stimolazione sensoriale (B)*

*Il test della deglutizione deve essere effettuato entro 24 ore dall'accesso in Ospedale, in caso di positività viene attivata la consulenza della logopedista.*

**4. Supporto nutrizionale:** dovrebbe essere considerato in ogni paziente in cui sia stata documentato uno stato malnutritivo, ricorrendo eventualmente anche all'utilizzo di sondini nasogastrici o PEG (gastrostomia endoscopica percutanea) (A);

**5. Incontinenza ritenzione urinaria e fecale:** i cateteri urinari dovrebbero essere utilizzati con cautela e dovrebbero essere esplorati metodi alternativi di gestione dell'incontinenza (C). *La maggior parte dei pazienti con ictus presenta un'incontinenza, che spesso permane anche alla dimissione. L'utilizzo dei cateteri dovrebbe essere limitato ai casi di ritenzione e alla valutazione del bilancio idrico, gli operatori dovranno fare riferimento al protocollo di valutazione e gestione dell'incontinenza urinaria e fecale in uso presso la nostra Azienda.*

**6. Tono dell'umore:** valutare e trattare prontamente un eventuale stato depressivo (B).

**7. Condizione neuromotoria:** valutare al momento dell'ammissione e aggiornare regolarmente durante il ricovero in relazione alla gravità e invalidità del paziente (C).

**8. Lesioni da decubito e rischio di cadute: mettere in atto tutte le procedure in grado di ridurre il numero di cadute e di lesioni da decubito(C).** Valutare al momento dell'ammissione quantificandone il rischio (Scala di Norton) e aggiornare regolarmente durante il ricovero in relazione alla gravità e invalidità del paziente, utilizzando il metodo clinico validato in uso presso la nostra Azienda;

**9. Trombosi venosa profonda: nei pazienti con ipostenia o plegia degli arti inferiori dovrebbero essere utilizzate le calze elastiche o l'eparina. (C)** Per le calze valutare controindicazioni quali: edema massivo, grave patologia ischemica, trombosi in atto, dermatiti, fratture.

**10. Riabilitazione: tutti i pazienti con ictus dovrebbero ricevere una valutazione fisiatria entro 7 giorni dall'ingresso. (C)** La richiesta di consulenza dovrebbe essere predisposta all'ammissione del paziente in reparto, ed eventualmente annullata nel caso in cui il decorso clinico non la renda più necessaria.

DECALOGO VALUTAZIONE E ASSISTENZA PAZIENTI CON ICTUS		
VALUTARE	COME	QUANDO
1 Stato di coscienza	Glasgow Coma Scale	Ammissione o entro 48 ore dalla ripresa della coscienza
2 Stato Nutrizionale	Protocollo di valutazione e trattamento	Entro 48 ore ammissione e aggiornamenti
3 Disfagia	Test deglutizione ev. Consulenza Logopedista	Entro 24 ore ammissione e aggiornamenti
4 Supporto nutrizionale	Nutrizione enterale se indicata	Previa valutazione stato nutrizionale
5 Incontinenza urinaria e fecale	Protocollo di valutazione e di gestione	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
6 Tono dell'umore	Valutazione ed eventuale trattamento	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
7 Condizione neuromotoria	Valutazione	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
8 Decubiti e Cadute	Protocollo di prevenzione e trattamento	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
9 Trombosi venosa profonda	Calze elastiche o eparina se indicate	Ammissione in reparto
10 Riabilitazione	Consulenza Medico Riabilitazione	Ammissione in reparto

## COMUNICAZIONE

Tutti i pazienti con un problema di comunicazione conseguente all'ictus, devono essere visitati dallo Specialista della Riabilitazione e dalla Logopedista entro 7 giorni, l'eventuale trattamento deve iniziare entro 10 giorni dal ricovero. La terapia logopedica intensiva dovrebbe essere iniziata appena le condizioni del paziente sono stabili (A) .



- Quando la parola intelligibile non rappresenta un traguardo realistico, il logopedista esalta l'importanza di attenuare il linguaggio verbale e di mettere in grado il paziente di sviluppare una comunicazione attraverso strumenti diversi dal linguaggio parlato (B). *Poiché il servizio di Logopedia non ha la possibilità di affrontare e gestire tutti i casi presenti in Ospedale e sul territorio, ai familiari sono fornite alcune informazioni sul comportamento consigliato con persone portatrici di disturbi della comunicazione*

## RIABILITAZIONE

- La rieducazione dovrebbe essere iniziata appena le condizioni cliniche del paziente sono giudicate idonee dallo Specialista della Riabilitazione (B).
- Gli scopi della riabilitazione, con gli obiettivi a breve e lungo termine, dovrebbero essere stabiliti e concordati da tutte le parti interessate, compresi il paziente e le persone che l'assistono (C).
- La rieducazione dovrebbe: favorire l'apprendimento del controllo motorio e l'esecuzione più corretta possibile dei compiti funzionali, garantire un apporto ottimale d'informazioni sensitive, e prevenire le complicanze terziarie (C).
- Il posizionamento dei pazienti, deve tendere a prevenire le complicanze legate all'allettamento (contratture muscolari, problemi respiratori, sindromi dolorose della spalla, piaghe da decubito ecc.) e favorire l'apprendimento di posture corrette (C). *Il personale dovrebbe posizionare e mobilizzare i pazienti secondo il protocollo in uso presso la nostra Azienda.*
- Le attività della vita quotidiana e di cura della persona sono incoraggiate solo se non interferiscono sulle abilità motorie acquisite (C). La terapia occupazionale è riservata alle fasi conclusive del programma rieducativo (C).

## DIMISSIONE

- Nella prevenzione secondaria farmacologica a lungo termine dell'ictus (o TIA embolico) associato a fibrillazione atriale non valvolare, è indicata la terapia anticoagulante orale (con warfarin) mantenendo un INR di 2-3 (A).
- Nella prevenzione secondaria del TIA e nell'ictus ischemico non cardioembolico è indicato il trattamento antiaggregante con ASA 100-325 mg. (A).
- L'endoarterectomia carotidea è indicata nella stenosi carotidea sintomatica (>70% valutata con il metodo NASCET) e deve essere eseguita entro 6 mesi. (A).
- Nei mesi successivi alla dimissione dovrebbe essere prevista una revisione (I controllo a 2-3 mesi) post-dimissione dei provvedimenti consigliati, per identificare i pazienti in cui un ulteriore intervento potrebbe essere utile (C).
- I Reparti dovranno evitare dimissioni nei giorni di sabato, domenica, festivi e prefestivi (C).
- Prima di dimettere il paziente verificare che siano state eseguite le seguenti procedure (C).

PRO-MEMORIA DIMISSIONE PROTETTA PAZIENTE CON ESITI DI ICTUS				
	Quando	Azione	In quali pazienti	Obiettivo
1	entro 3gg dal ricovero	Consulenza Assistente Sociale	Pazienti che dall'anamnesi presentano problemi socio-assistenziali	Valutazione socio-assistenziale Attivazione Servizi Sociali Territoriali
2	entro 7 gg dal ricovero	Consulenza Medico Riabilitazione	Sempre	Programma Riabilitativo
3	8-10 gg prima dimissione	Consulenza Unità di Valutazione Geriatrica	Pazienti che dall'anamnesi necessitano di ricovero in strutture alternative	Valutazione ricovero in post/lungodegenza residenze socio-assistenziali ecc.
4	4-5 gg prima dimissione	Contatto con il Medico di Famiglia	Sempre	Valutazione clinica e prognostica proposta attivazione ADI
5	4-5 gg prima dimissione	Contatto con i Familiari	Pazienti che necessitano di richiesta di invalidità civile e bisognosi di ausili	Disponibilità di ausili presidi necessari al domicilio
6	4-5 gg prima dimissione	Consulenza Specialistica	Pazienti che necessitano di ausili e presidi al domicilio	Disponibilità di ausili presidi necessari al domicilio
7	3-4 gg prima dimissione	Contatto Servizio Assistenza Domiciliare Integrata	Pazienti che necessitano di assistenza domiciliare multidisciplinare	Programma assistenziale e riabilitativo domiciliare

## NOTE

Le indicazioni sopra esposte potranno subire delle modificazioni sulla base della situazione clinica e della prognosi del paziente.

**5.** Il Medico di Reparto dovrà, quando indicato, invitare i Familiari a presentare al servizio di Medicina Legale competente (a Biella c/o Poliambulatorio di via Fecia di C 10, a Cossato in via XXV Aprile 4) la richiesta di invalidità civile; presso i Reparti è disponibile la relativa modulistica da compilare a cura del Medico di Reparto. Nei casi in cui sia stata presentata la richiesta di invalidità, prima della dimissione predisporre la valutazione ADL a cura del Geriatra.

**6.** La prescrizione di ausili e presidi è a carico di: Medico della Riabilitazione (letto ortopedico, carrozzina, materassini), Neurologo, Geriatra o Urologo (presidi per incontinenza), Dermatologo o Geriatra (lesioni da compressione), le prescrizioni dovranno essere presentate dai Familiari o dai Servizi Sociali ai Servizi di Assistenza Protesica (a Biella c/o Poliambulatorio di via Fecia di C 10, a Cossato presso Poliambulatorio di via Pier Maffei, 59).

**7.** I pazienti dimessi dai Reparti che possono beneficiare di un'assistenza domiciliare integrata devono essere segnalati al Distretto di Biella (015.3503619/3629) o al Distretto di Cossato (015.9899826), preferibilmente al mattino.



## LINEE GUIDA ICTUS ISCHEMICO

### DECALOGO VALUTAZIONE E ASSISTENZA PAZIENTI CON ICTUS

VALUTARE	COME	QUANDO
1 Stato di coscienza	Glasgow Coma Scale	Ammissione o entro 48 ore dalla ripresa della coscienza
2 Stato Nutrizionale	Protocollo di valutazione e trattamento	Entro 48 ore ammissione e aggiornamenti
3 Disfagia	Test deglutizione ev. Consulenza Logopedista	Entro 24 ore ammissione e aggiornamenti
4 Supporto nutrizionale	Nutrizione enterale se indicata	Previa valutazione stato nutrizionale
5 Incontinenza urinaria e fecale	Protocollo di valutazione e di gestione	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
6 Tono dell'umore	Valutazione ed eventuale trattamento	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
7 Condizione neuromotoria	Valutazione	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
8 Decubiti e Cadute	Protocollo di prevenzione e trattamento	Ammissione e aggiornamenti quotidiani
9 Trombosi venosa profonda	Calze elastiche o eparina se indicate	Ammissione in reparto
10 Riabilitazione	Consulenza Medico Riabilitazione	Ammissione in reparto



## LINEE GUIDA ICTUS ISCHEMICO

PRO-MEMORIA DIMISSIONE PROTETTA PAZIENTE CON ESITI DI ICTUS				
	Quando	Azione	In quali pazienti	Obiettivo
1	entro 3gg dal ricovero	Consulenza Assistente Sociale	Pazienti che dall'anamnesi presentano problemi socio-assistenziali	Valutazione socio-assistenziale Attivazione Servizi Sociali Territoriali
2	entro 7 gg dal ricovero	Consulenza Medico Riabilitazione	Sempre	Programma Riabilitativo
3	8-10 gg prima dimissione	Consulenza Unità di Valutazione Geriatrica	Pazienti che dall'anamnesi necessitano di ricovero in strutture alternative	Valutazione ricovero in post/lungodegenza residenze socio-assistenziali ecc.
4	4-5 gg prima dimissione	Contatto con il Medico di Famiglia	Sempre	Valutazione clinica e prognostica proposta attivazione ADI
5	4-5 gg prima dimissione	Contatto con i Familiari	Pazienti che necessitano di richiesta di invalidità civile e bisognosi di ausili	Disponibilità di ausili presidi necessari al domicilio
6	4-5 gg prima dimissione	Consulenza Specialistica	Pazienti che necessitano di ausili e presidi al domicilio	Disponibilità di ausili presidi necessari al domicilio
7	3-4 gg prima dimissione	Contatto Servizio Assistenza Domiciliare Integrata	Pazienti che necessitano di assistenza domiciliare multidisciplinare	Programma assistenziale e riabilitativo domiciliare

### NOTE

Le indicazioni sopra espone potranno subire delle modificazioni sulla base della situazione clinica e della prognosi del paziente.

**5.** Il Medico di Reparto dovrà, quando indicato, invitare i Familiari a presentare al servizio di Medicina Legale competente (a Biella c/o Poliambulatorio di via Fecia di C 10, a Cossato in via XXV Aprile 4) la richiesta di invalidità civile; presso i Reparti è disponibile la relativa modulistica da compilare a cura del Medico di Reparto. Nei casi in cui sia stata presentata la richiesta di invalidità, prima della dimissione predisporre la valutazione ADL a cura del Geriatra.

**6.** La prescrizione di ausili e presidi è a carico di: Medico della Riabilitazione (letto ortopedico, carrozzina, materassini), Neurologo, Geriatra o Urologo (presidi per incontinenza), Dermatologo o Geriatra (lesioni da compressione), le prescrizioni dovranno essere presentate dai Familiari o dai Servizi Sociali ai Servizi di Assistenza protesica (a Biella c/o Poliambulatorio di via Fecia di C 10, a Cossato presso Poliambulatorio di via Pier Maffei, 59).

**7.** I pazienti dimessi dai Reparti che possono beneficiare di un'assistenza domiciliare integrata devono essere segnalati al Distretto di Biella (015.3503619/3629) o al Distretto di Cossato (015.9899826), preferibilmente al mattino.