

PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE

Le Aziende Ospedaliere pubbliche e private accreditate del territorio e la ASL Milano 1, hanno istituito un tavolo di lavoro riferito al paziente con ictus ed hanno definito il percorso assistenziale del paziente in coerenza con il DDGS n° 10854 del 26.10.2010.

prevenzione	<p>I pazienti a rischio cardiocerebrovascolare devono essere individuati dal medico di medicina generale e devono essere sottoposti a tutte le misure preventive atte a diminuire il rischio.</p> <p>I pazienti che presentano TIA devono essere gestiti dal servizio specialistico ospedaliero e sottoposti a tutte le indagini utili e alle misure atte a prevenire l'ictus.</p> <p>I soggetti con elevato rischio di ictus devono essere informati e sensibilizzati rispetto al rischio di patologia, ai corretti stili di vita, all'adesione alla terapia.</p> <p>I medici di medicina generale e gli specialisti devono condividere le modalità di gestione del paziente ad alto rischio cardiocerebrovascolare, anche attraverso specifici eventi formativi.</p>
pre-ricovero	<p>La popolazione deve essere informata relativamente ai sospetti sintomi di ictus e alle modalità di presentazione al pronto soccorso e di chiamata del 118, anche attraverso adeguata campagna informativa e di sensibilizzazione.</p> <p>Deve essere posta particolare attenzione al contenimento massimo del tempo che intercorre tra la comparsa dei sintomi e l'arrivo in Pronto Soccorso.</p> <p>Il Servizio di emergenza e urgenza 118 collabora nell'identificare i pazienti con sospetto ictus e nel trasporto presso i PS dei presidi ospedalieri in grado di gestire il paziente con ictus (stroke unit)</p> <p>I medici di medicina generale devono saper riconoscere i sintomi di esordio dell'ictus e devono educare i pazienti a chiamare tempestivamente il 118, anche attraverso specifici momenti informativi/formativi.</p>
pronto soccorso	<p>Il personale di Pronto Soccorso deve essere addestrato a riconoscere il paziente con sospetto TIA, ad ottimizzare i tempi necessari all'esecuzione delle prestazioni diagnostiche (TAC, esame neurologico, ecc.) e a individuare i pazienti idonei alla effettuazione della trombolisi entro i tempi previsti dai protocolli.</p>
percorso intra-ospedaliero	<p>Ogni presidio ospedaliero deve avere una procedura atta a garantire la corretta e tempestiva gestione del paziente con ictus.</p> <p>Laddove possibile, il paziente con ictus deve essere assistito presso una stroke unit.</p>
percorso inter-ospedaliero	<p>Qualora il paziente sia accolto presso un ospedale periferico e non vi sia la presenza del neurologo di guardia, devono essere presenti procedure e protocolli atti a garantire la trasmissione di dati e immagini dal presidio periferico al presidio dotato di stroke unit e di protocolli e procedure atti a garantire il trasporto secondario del paziente, ove necessario-</p>
dimissione	<p>La lettera di dimissione deve essere completa e riportare tutte le indicazioni utili al follow up del paziente.</p> <p>Particolare attenzione deve essere posta alla terapia consigliata alla dimissione, secondo le evidenze scientifiche attuali (vedi allegato 1).</p>

dimissione protetta	<p>Il paziente con esiti di ictus è un paziente fragile.</p> <p>La UO che dimette il paziente con esiti di ictus deve segnalare con almeno 72 ore lavorative di anticipo, la dimissione del paziente al distretto di residenza utilizzando la "scheda di dimissione programmata e protetta" da inviare via fax o via mail al distretto.</p>
riabilitazione	<p>La riabilitazione a favore del paziente con ictus deve iniziare durante il periodo di ricovero nella UO per acuti.</p> <p>La riabilitazione post dimissione può essere effettuata in regime residenziale, ambulatoriale, domiciliare a seconda delle condizioni cliniche, dei bisogni e delle potenzialità riabilitative del paziente, secondo il progetto riabilitativo definito dal fisiatra (vedi allegato 2).</p>
distretto	<p>Il distretto riceve la scheda di dimissione programmata protetta e attiva tutti i servizi (protesi, ausili, riabilitazione, ecc.) finalizzati all'accoglimento al domicilio del paziente.</p> <p>Il medico di distretto informa il medico di medicina generale della dimissione del paziente e concorda le modalità di presa in carico da parte del medico di medicina generale (vedi allegato 3)</p>
medico di medicina generale	<p>Il medico di medicina generale assicura la presa in carico post dimissione del paziente con esiti di ictus e governa il percorso, assicura la corretta adesione al follow up e alla terapia</p>
controlli	<p>La ASL effettua i controlli sulle lettere di dimissione dei pazienti con ictus.</p> <p>Almeno il 50% delle dimissioni di pazienti con esiti di ictus deve avvenire con la modalità della dimissione programmata e protetta.</p> <p>Almeno il 60% delle dimissioni a favore di pazienti con esiti di ictus deve riportare il percorso riabilitativo post dimissione.</p> <p>I ricoveri in continuità (0-5 giorni) in strutture riabilitative sanitarie e socio sanitarie deve essere incrementato del 10%.</p>

ALLEGATO 1

TERAPIA CONSIGLIATA ALLA DIMISSIONE DEI PAZIENTI CON EVENTO CEREBROVASCOLARE ACUTO

Dopo ictus ischemico non cardioembolico

ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI:

ASA 300 1 cp alla dimissione fino controllo dopo 3-6 mesi (poi riduzione a 100 mg)

Se non tollerata o inefficace (nuovo evento ischemico in terapia con ASA) TICLOPIDINA 250 x 2 (eseguendo 1- 2 controlli emocromo al mese per i primi 3 mesi) oppure

CLOPIDOGREL 75 mg/dì (preferibile alla Ticlopidina per miglior profilo di tollerabilità) oppure

DIPIRIDAMOLO a lento rilascio 200 mg + ASA 25 mg x 2 volte al dì

Dopo ictus ischemico cardioembolico

ANTICOAGULANTI ORALI -(TAO)- Warfarin o Acenocumarolo)

In caso di FA non valvolare cronica o parossistica .-mantenere INR tra 2 e 3-

In caso di FA valvolare -mantenere INR tra 2.5 e 3.5-

Se inefficace (nuovo evento ischemico in terapia con anticoagulante)

Associazione con ASA 100 mg o dipiridamolo 400 mg

Dopo ictus da dissecazione dei vasi intracranici:

ANTICOAGULANTI ORALI: proseguire nei 3-6 mesi successivi

proseguire altri 3-6 mesi dopo controllo angioTC o angioRM se mancata ricanalizzazione del vaso , poi passare ad ASA

Dopo ictus con forame ovale pervio:

ASA se primo evento trombo embolico e non trombosi venose

TAO o intervento endovascolare se nuovo episodio ischemico o trombosi venosa profonda e aumentato rischio trombofilico

Dopo trombosi venosa cerebrale

TAO per 3 mesi nei pazienti con fattori di rischio transitori e modificabili e per 6-12 mesi nei pazienti con forme idiopatiche o con stato trombofilico ereditario.

IPERTENSIONE ARTERIOSA

E' indicato il miglior controllo possibile dell'ipertensione arteriosa con l'obiettivo di mantenere i valori pressori < 130 <80. I requisiti più importanti per un farmaco antipertensivo sono rappresentati dalla sua efficacia nell'arco delle 24 ore, dal suo elevato profilo di tollerabilità e dalle proprietà ancillari di protezione cardiovascolare metabolica, che risultano particolarmente utili nel paziente a rischio cardiovascolare elevato e con danno d'organo (Linee Guida Europee 2009)

In presenza di danno d'organo subclinico:

ipertrofia ventricolare sx: ACE inibitori, calcioantagonisti e spartani

aterosclerosi asintomatica: Calcioantagonisti, ACE inibitori

microalbuminuria e insuff. renale: ACE inibitori, spartani

In presenza di eventi clinici

Pregresso ictus: tutti i farmaci

Pregresso infarto miocardico: beta bloccante, ACE inibitore, sartani

Angina pectoris: beta bloccante, calcio antagonista
Scompenso cardiaco: diuretici, beta bloccante, ACE inibitore, spartani, antialdosteronici
Fibrillazione atriale ricorrente: sartani e ACE inibitori
Fibrillazione atriale permanente: betabloccante, calcioantagonisti (non diidropiridinici)
Arteriopatia periferica: calcioantagonisti

In presenza di condizioni specifiche:

Iperensione sistolica isolata dell'anziano: diuretici e calcioantagonisti

Sindrome metabolica: ACE inibitori, sartani e calcioantagonisti

Diabete mellito: ACE inibitori, sartani

IPOLIPEMIZZANTI

STATINE:

Nell'ictus associato a aterosclerosi dei vasi extra e intracranici è consigliato il trattamento farmacologico con statine se i valori di colesterolo-LDL > 130 mg/dl con l'obiettivo di raggiungere livelli inferiori a 100.

Indicazioni più recenti indicano l'uso della statina anche in presenza di valori di colesterolo totale e LDL normali, (considerando il TIA e l'ictus "coronary heart disease risk equivalent" studio SPARCL

Sinvastina 40 mg/die

Atorvastatina 80 mg/die

DIABETE MELLITO

TIPO 1: INSULINA

TIPO 2: dieta, attività fisica

Ipoglicemizzante orale:

monoterapia: metformina

Glitazoni (eccetto in pazienti con scompenso cardiaco)

sulfanilurea

inibitore alfa glicosidasi

politerapia: possibili tutte le associazioni (ipoglicemizzanti orali-insulina)

Il passaggio alla politerapia è motivato da incompleto controllo metabolico della glicemia effettuata per un periodo di tempo ragionevole (1-2-mesi)

ALLEGATO 2

Appropriatezza del percorso riabilitativo del paziente colpito da ictus cerebrale

Fonti di riferimento:

- “ SPREAD 6° edizione” -2010
- “ Deliberazioni delle Regione Lombardia VII/ 19883” -16 Dicembre 2004
- “ Determinazioni in merito alla presa in carico ed alla gestione riabilitativa del paziente con ictus cerebrale” Decreto Regione Lombardia 10854 - 26.10.2010
- “ Piano di indirizzo per la riabilitazione” del Ministero della Salute - 2 Marzo 2011
- “ Sistema Esperto” della Regione Lombardia

A seguito di un ictus cerebrale è necessario che la presa in carico riabilitativa avvenga precocemente, nella fase acuta, sia per pazienti ricoverati in Stroke Unit che per degenti in altro reparto (Medicina interna, Geriatria, Neurologia, Cardiologia, Terapia intensiva, Neurochirurgia).

Infatti, il paziente affetto da ictus presenta sin dai primi giorni, ed in particolare nei primi tre mesi, un potenziale di recupero spontaneo che è significativamente influenzato dall'intervento riabilitativo, che favorisce i processi di recupero intrinseco e compensatorio legati a meccanismi di plasticità neuronale. Di grande importanza è anche la precoce e corretta gestione diagnostica-terapeutica di ulteriori problematiche che possono influenzare negativamente l'outcome, quali afasia, disfagia, disturbi sfinteriali, disatria, aprassia, malnutrizione e disturbi neuropsicologici. Soprattutto nelle fasi acute e subacute il paziente con ictus necessita di cure integrate multimodali e multiprofessionali, finalizzate alla stabilizzazione clinica (componente medica e nursing infermieristico), al recupero funzionale (componente riabilitativa), alla continuità terapeutica con allocazione appropriata in idonee “strutture intermedie” fino al ritorno al domicilio, quando possibile (componente assistenziale e sociale).

E' inoltre necessaria una valutazione riabilitativa effettuata al momento della stabilizzazione delle condizioni vitali, quando non appare più necessario il monitoraggio continuativo dei parametri vitali), che consentirà la definizione di un progetto riabilitativo individuale con la definizione del percorso di cura. Da questo punto di vista il triage riabilitativo rappresenta il processo di valutazione prognostica finalizzato ad identificare i pazienti che possono trarre un beneficio ottimale o significativo dal ricovero in ambito riabilitativo specialistico. Per i pazienti non ritenuti idonei al trasferimento in una struttura di riabilitazione specialistica è necessario identificare il setting appropriato (Riabilitazione Generale-geriatria, Mantenimento, ADI, Ambulatoriale).

Riabilitazione specialistica:

E' rivolta a disabilità importanti e complesse, ma modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico- terapeutico- riabilitativo, con necessità di tutela medica nell'arco delle 24 ore.

Il ricovero in riabilitazione specialistica è indicato quando il paziente è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali ed è in grado di tollerare un intervento riabilitativo intensivo (circa 3 ore al giorno, comprensive di nursing infermieristico e di interventi sugli aspetti psico-sociali).

E' condotto da un' equipe multispecialistica e multiprofessionale, in grado di valutare e trattare tutti gli aspetti della disabilità (motricità, linguaggio e altre funzioni corticali, deglutizione, psiche, stato nutrizionale, continenza), di gestire le comorbilità e di garantire, attraverso la presa in carico globale, il recupero della massima autonomia rispetto all'entità della lesione, anche attraverso la valutazione dell'ambiente ove avverrà il reinserimento e la fornitura di ausili idonei, anche complessi. Il risultato atteso è il rientro del paziente nel proprio ambiente socio-familiare direttamente (con eventuale supporto ADI o con prosecuzione del trattamento in

regime ambulatoriale) o previo passaggio attraverso un ricovero in riabilitazione generale-geriatrica.

I criteri di esclusione o di differimento dalla presa in carico in riabilitazione specialistica possono essere così riassunti:

criteri maggiori:

- monitoraggio continuo o invasivo delle funzioni vitali
- anamnesi premorbosa di insufficienza sistemica o multi sistemica ad impatto funzionale severo
- deterioramento mentale severo
- pregresse disabilità nelle B-ADL e/nel cammino

criteri minori:

- riduzione della vigilanza/coma,
- instabilità clinica moderata,
- delirium
- infezioni acute in atto,
- elevato carico assistenziale
- disabilità completa.

Riabilitazione generale – geriatrica:

E' rivolta a disabilità a lento recupero in pazienti che necessitano di un elevato supporto assistenziale ed infermieristico ed una tutela medica nelle 24 ore.

E' indicata per pazienti che non sono in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva, come quello previsto in riabilitazione specialistica, a causa di somma di comorbilità o di compromissione cognitiva che limita la partecipazione e la collaborazione al trattamento.

La valutazione sulla necessità di ausili e la loro prescrizione sono parte integrante della presa in carico da parte dello specialista del reparto di degenza. La prescrizione deve avvenire anticipatamente alla dimissione, così come i tempi di consegna da parte degli organi preposti devono essere tempestivi, in modo da scongiurare ritardi nella fruibilità dell'ausilio da parte del paziente, che potrebbero compromettere il livello di autonomia raggiunto.

Per i pazienti che presentano un potenziale di recupero e che non sono eligibili a trasferimento in reparto di degenza (secondo i criteri sopra definiti), è indicata la prosecuzione del trattamento in Assistenza Domiciliare Integrata o in Regime ambulatoriale.

Riabilitazione in regime di assistenza domiciliare (ADI):

E' indicata per coloro che sono impossibilitati a raggiungere l'ambulatorio in sicurezza a causa di comorbilità o per la presenza di barriere architettoniche non sormontabili. E' indicata in elezione quando il trattamento prevede il recupero di abilità strettamente legate all'ambiente di vita.

Il passaggio in ADI è attivato tramite la Scheda di Dimissione Programmata /Protetta, compilata anticipatamente rispetto alla dimissione dal reparto di degenza e accompagnata dalla formulazione del P.R.I. Il trattamento riabilitativo in regime ADI deve ritenersi appropriato se si svolge nel rispetto degli obiettivi e dell'intensività previste dal P.R.I. (in particolare per quanto riguarda la frequenza settimanale delle sedute).

Per i pazienti che alla dimissione dalla degenza riabilitativa sono impossibilitati al rientro al domicilio si rende necessario l'avvio presso una **RSA**, il cui reperimento deve essere favorito da un lavoro integrato tra sania tri che hanno in carico il paziente, Servizi di assistenza sociale delle strutture di degenza, Servizi di assistenza sociale dei comuni di residenza e ASL.

ALLEGATO 3

Procedura per assistenza protesica, integrativa e servizi ai pazienti in dimissione programmata e protetta dai presidi delle AAOO del territorio

Preparato UOC Assistenza Specialistica Dr.ssa Daniela Malnis Sig.ra Luigia Gianotti Data: 05/07/2011	Verificato UOS Internal Auditing Dr.ssa Marta Guffanti Data 18/07/2011	Approvato Direttore Generale Dr. Giorgio Scivoletto Data 05/08/2011	Entrata in vigore Data: 01/09/2011
---	--	---	---

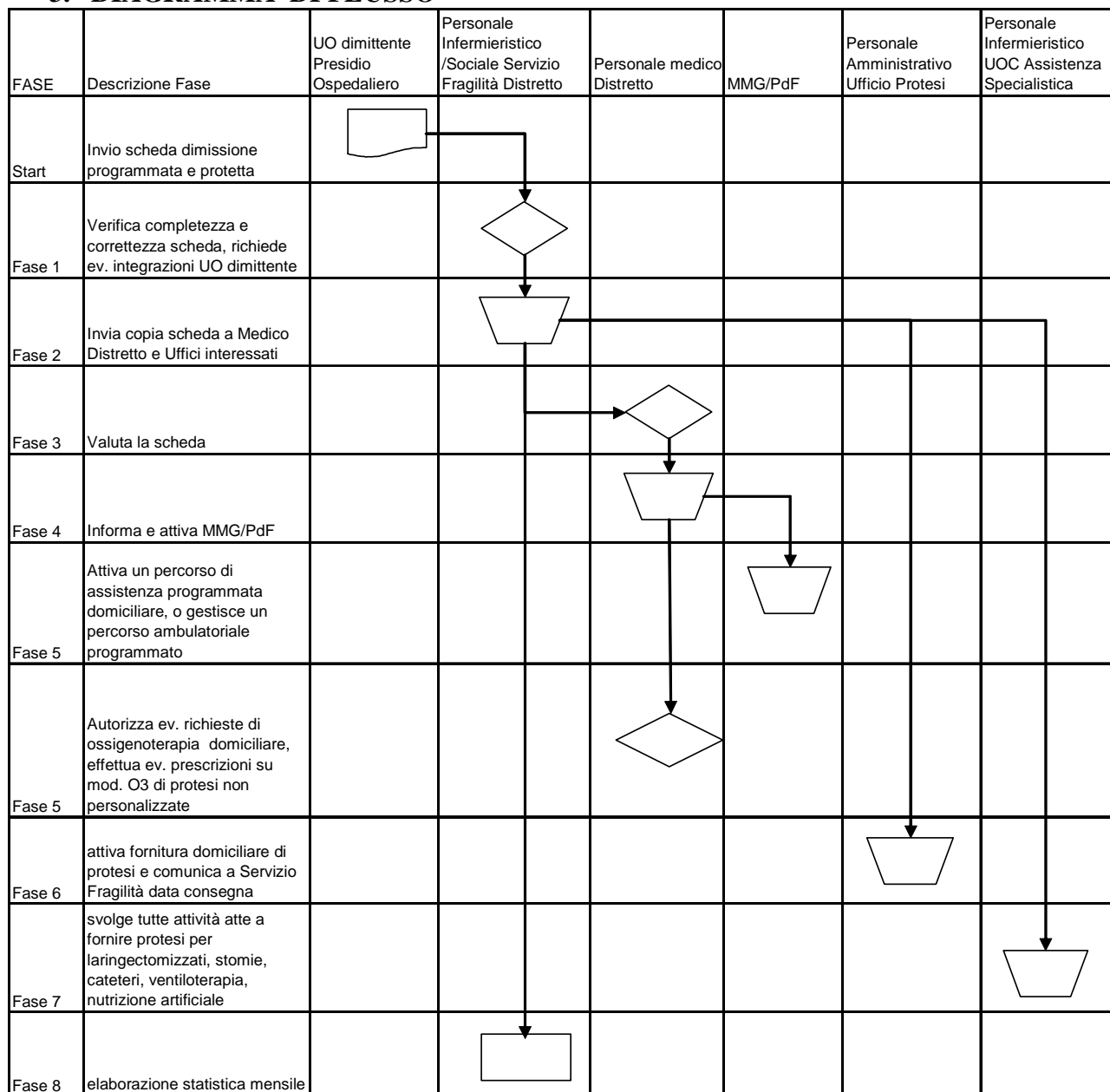
1. SCOPO

La presente procedura ha lo scopo di descrivere le attività relative alla fornitura tempestiva di protesi, ausili e servizi in modo uniforme al cittadino in dimissione dai presidi ospedalieri siti nel territorio dell'ASL Milano 1.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica alla fornitura di protesi non personalizzate, di protesi per laringectomizzati, di stomia e cateteri, di servizi di nutrizione artificiale domiciliare, ossigenoterapia, ventiloterapia a favore di pazienti in dimissione programmata e protetta.

3. DIAGRAMMA DI FLUSSO



4. RESPONSABILITA'

4.1 Personale infermieristico e sociale del servizio fragilità del distretto

- riceve la scheda di dimissione programmata/protetta inviata via fax o via mail dalla UO del presidio ospedaliero
- verifica la correttezza e la completezza della compilazione
- procede ad una lettura complessiva dei bisogni del paziente
- richiede eventuali specifiche alla UO dimittente
- inoltra copia della scheda di dimissione programmata/protetta al medico di distretto
- inoltra copia della scheda di dimissione programmata/protetta all'ufficio protesi distrettuale
- inoltra copia della scheda di dimissione programmata/protetta alle IP della UOC di Assistenza Specialistica
- inoltra copia della scheda di dimissione programmata/protetta allo Sportello Voucher

- si assicura che le eventuali richieste di ventiloterapia e nutrizione artificiale siano già state inoltrate alla UOC di Assistenza Specialistica
- comunica alla UO dimettente la data di fornitura al domicilio delle protesi non personalizzate di non immediato utilizzo, qualora la consegna sia oltre le 72 ore lavorative dal ricevimento della richiesta. Le protesi non personalizzate di utilizzo immediato (letto, sbarre, materasso antidecubito, carrozzina/comoda, deambulatore) devono di norma essere erogate nell'arco delle 72 ore lavorative dal ricevimento della richiesta.
- contatta il familiare di riferimento per fornire tutte le indicazioni relative alla documentazione necessaria e agli orari di accesso ai servizi distrettuali
- archivia la pratica comprensiva delle indicazioni relative alle forniture

4.2 Personale medico del distretto

- valuta la scheda di dimissione programmata/protetta
- informa e attiva il medico di medicina generale/pediatra di famiglia
- verifica, nel caso, la corretta compilazione della scheda regionale del registro degli ipossiemicici (vedi allegato) e autorizza la fornitura di ossigenoterapia/concentratore d'ossigeno
- compila il modello O3 per la richiesta di protesi non personalizzate

4.3 Personale amministrativo ufficio protesi

- verifica la richiesta di protesi non personalizzate
- attiva la fornitura domiciliare di protesi non personalizzate
- informa il Servizio Fragilità della data prevista per la consegna
- attiva il prescrittore per la prescrizione di protesi on line nei casi previsti
- richiede la prescrizione su modello O3 al medico di distretto, quando necessario
- comunica allo Sportello Fragilità l'elenco dei documenti necessari per completare la richiesta

4.4 Personale infermieristico UOC Assistenza Specialistica

- valuta la richiesta contenuta nella scheda di dimissione programmata/protetta relativa a protesi per laringectomizzati, stomie e cateteri
- richiede eventuali integrazioni e specifiche alla UO dimettente (tipo di cannula, ch del catetere, data ultima sostituzione, ecc.)
- si assicura che l'eventuale richiesta di ventiloterapia sia stata comunicata alla UOC Assistenza Specialistica
- si assicura che l'eventuale richiesta di nutrizione artificiale redatta sulla richiesta di avvio al trattamento di nutrizione artificiale (vedi allegato) sia stata trasmessa alla UOC Assistenza Specialistica
- comunica al Servizio Fragilità la data e le modalità di ritiro del materiale richiesto.

5 DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

5.1 Recepimento della scheda di dimissione programmata e protetta

La scheda di dimissione programmata/protetta viene inviata a cura della UO dimettente con almeno 72 ore lavorative di anticipo rispetto alla dimissione, via fax o via mail, secondo gli indirizzi e i recapiti segnalati nella tabella allegata.

5.2 Inoltro pratica

Il personale infermieristico/sociale richiede eventuali integrazioni e specifiche alla UO dimettente e inoltra la pratica al Dirigente Medico del Distretto e, a secondo dei casi, all'Ufficio Protesi, al Servizio di Assistenza Specialistica, allo Sportello Voucher che procederà, nel caso, agli atti di competenza per l'erogazione di voucher per l'assistenza domiciliare secondo le procedure già in atto.

5.3 Attivazione delle forniture/servizi

Il medico di distretto autorizza l'attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare, ove richiesta, e contatta il medico di medicina generale/pediatra di famiglia per la presa in carico territoriale del paziente. I servizi distrettuali attivano la fornitura domiciliare di protesi non personalizzate, nutrizione artificiale domiciliare, ventiloterapia domiciliare, o attivano la fornitura di protesica minore (cateteri, stomia, protesi per laringectomizzati) e/o di assistenza infermieristica / riabilitativa domiciliare

5.4 Comunicazione con l'utente

il Servizio Fragilità si occupa di comunicare al parente di riferimento la documentazione da presentare, le date di attivazione dei servizi, le modalità di accesso ai diversi uffici, le modalità di comunicazione diretta con gli operatori del caso e le modalità per esporre eventuali reclami.

5.5 Flussi

Il personale infermieristico/sociale del Servizio Fragilità distrettuale elabora una statistica mensile delle dimissioni programmate/protette suddivise per UO/presidio dimettente, per forniture richieste/attivate e per tempi di fornitura e la inoltra al Direttore di Distretto.

6 RIFERIMENTI

- scheda dimissione programmata e protetta
- scheda richiesta avvio al trattamento di nutrizione artificiale domiciliare
- scheda registro regionale degli ipossiemicici
- modello O3
- scheda indirizzi mail
- Modulo consenso al trattamento dei dati

Scheda di Dimissione Protetta

Al Medico del Distretto di

Utente:

Cognome..... Nome.....

Data di nascita.....

Residenza..... Tel.....

Domicilio (se diverso dalla residenza).....

Tessera Sanitaria..... C. F.....

Familiare di riferimento..... Tel.....

Mmg/Pdf.....

Motivo del ricovero.....

.....

dal

Diagnosi di dimissione e comorbilità

.....

.....

Ricoveri ripetuti negli ultimi tre mesi : sì no

Data presunta di dimissione.....

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

● STATO DI COSCIENZA orientato parz.disorientato molto disorientato. soporoso
 coma (allegare scala di Glasgow)

● FUNZIONI PSICHICHE/COMPORAMENTALI normali ansioso agitato
 depresso demenza o ritardo mentale Psicosi e stati deliranti
Comunicazione mantenuta compromessa

● AUTONOMIA autonomo parzialmente autonomo non autonomo allettato

● PRESENZA ACCESSO VENOSO CENTRALE tipo e gestione.....

● ALIMENTAZIONE: autonoma TPN Pompa Infusiva
sondino naso gastrico PEG Data ultimo posizionamento...../...../.....
Altro
Richiesta attivazione Nutrizione Artificiale sì no

● MINZIONE continente incontinente guaina esterna pannolone
catetere vescicale (tipo).....calibro..... Data ultimo posizionamento...../...../.....
nefro/urostomia (tipo).....

● ALVO normale diarrea stipsi stomia (tipo).....

● RESPIRAZIONE autonoma ventilazione assistita meccanica invasiva non invasiva
 ossigenoterapia lt/min.
 tracheostomia (modello cannula).....
Richiesta inoltrata sì no

● LESIONI DA DECUBITO sede.....
Grado.....

• ALTRE

LESIONI

.....
.....

ANAMNESI ALGOLOGICA

SCALA DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

BISOGNI RILEVATI / TERAPIA IN ATTO

Medici.....

Infermieristici.....

Riabilitative: no si (allegare referto visita fisiatrica)

Farmacologici.....

Assistenziali.....

SITUAZIONE ABITATIVA/ FAMILIARE

• vive da solo con coniuge figli altro

• supporto familiare si no

•Ausili – protesi necessari:

letto materasso antidecubito comoda carrozzina pannoloni traverse

cateteri vescicali

La pratica per la fornitura : è stata inoltrata non è stata inoltrata

•**Invalidità:** Presentata Riconosciuta

Data.....

Firma del referente del caso:

Medico.....

Infermiere.....

Familiare di riferimento informato dell'avvio della procedura

..... Tel:.....

Firma:

Riservato al Medico del Distretto

Pervenuta il...../...../.....

Timbro e sigla del ricevente

EMERGENZA ICTUS

PER RIDURRE LE CONSEGUENZE DELL'ICTUS BISOGNA RIVOLGERSI IMMEDIATAMENTE AL 118 PER FARSI TRASPORTARE ALL'OSPEDALE ATTREZZATO PIU' VICINO.

CHE COS'E'?

La parola deriva dal latino "colpo" e accade perchè si chiude o si rompe un'arteria cerebrale. la chiusura dell'arteria si chiama "ischemia" e la rottura di un'arteria si chiama "emorragia".

Se si chiude un'arteria vengono danneggiate le cellule del cervello dell'aria nutrita dall'arteria stessa.

Se si rompe un vaso cerebrale il sangue che fuoriesce provoca una compressione e un danno del tessuto cerebrale circostante. In Lombardia ogni anno 19.000 persone vengono ricoverate per un ictus, questa malattia rappresenta la principale causa di disabilità nell'adulto e la terza causa di morte.

COME RICONOSCERLO

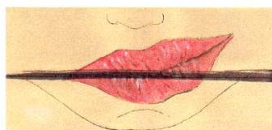
Improvvisamente mi accorgo



di non riuscire a muovere bene un braccio od una gamba

di avere un mal di testa molto violento, mai provato prima.

di avere la bocca storta



di non capire bene ciò che gli altri mi dicono



di non vedere bene metà degli oggetti



di avere un formicolio o mancanza di sensibilità quando tocco un braccio o una gamba



COSA BISOGNA FARE

Non perdere la testa, ma chiamare subito il 118
esporre al 118 in modo chiaro quello che sta succedendo

farsi portare in Pronto Soccorso, possibilmente in un ospedale con una Unità specializzata per l'ictus, la "Stroke Unit"

Esiste una terapia per riaprire l'arteria chiusa e salvare una parte del tessuto cerebrale colpito; questa terapia, che si chiama "trombolisi" si può eseguire solo nelle prime 3 ore dopo l'ischemia cerebrale.

IL TIA è un attacco ischemico transitorio in cui il paziente ha almeno uno dei sintomi dell'ictus che scompare rapidamente. In questo caso è indispensabile rivolgersi rapidamente al medico curante.

Se i TIA si ripetono più volte nell'arco di pochi giorni, è opportuno rivolgersi al Pronto Soccorso di un ospedale.



EMERGENZA ICTUS

ICTUS: CHE COS' E'?

La parola deriva dal latino "colpo"; accade che improvvisamente si chiude o si rompe una arteria cerebrale, con il rischio di un grave danno permanente.

La chiusura di una arteria si chiama "ischemia";

la rottura di una arteria si chiama "emorragia".

Se si chiude una arteria vengono danneggiate le cellule del cervello dell'area nutrita dall'arteria stessa.

Se si rompe un vaso cerebrale il sangue che fuoriesce provoca una compressione e un danno del tessuto cerebrale circostante.

COME RICONOSCERLO

Improvvisamente ti accorgi di:

- non riuscire a muovere bene un braccio od una gamba
- formicolio o mancanza di sensibilità a un braccio o a una gamba
- fare fatica a parlare
- non capire bene ciò che gli altri dicono
- avere la bocca storta
- non vedere bene metà degli oggetti
- avere un mal di testa violento, mai provato prima.



COSA BISOGNA FARE

CHIAMARE SUBITO IL 118 e farsi portare in Pronto Soccorso, possibilmente in un ospedale con una Unità specializzata per l'ictus, la "**Stroke Unit**".



E' importante arrivare rapidamente in pronto soccorso perché esiste una terapia per riaprire l'arteria chiusa e salvare una parte del tessuto cerebrale colpito; questa terapia, che si chiama "**trombolisi**" e si può eseguire solo nelle prime 3 - 4 ore dopo la comparsa dei sintomi.

Se hai avuto uno dei sintomi che però è scomparso nel giro di un quarto d'ora, rivolgiti comunque al Pronto Soccorso.

I FATTORI DI RISCHIO

- elevati livelli di pressione arteriosa: è il più importante fattore di rischio sia per l'ischemia cerebrale sia per l'emorragia cerebrale;
- elevati valori di glicemia o diabete non controllato;
- elevati livelli di colesterolo (in particolare è dannoso l'LDL);
- fumo di sigaretta: il rischio aumenta quante più sigarette si fumano;
- fibrillazione atriale: si tratta di un disturbo del ritmo cardiaco che può dare origine a degli emboli (coaguli di sangue) che arrivati al cervello chiudono un vaso sanguigno e danno origine ad un ictus;
- obesità;
- inattività fisica;
- eccessivo consumo di alcol;
- alimentazione scorretta;
- uso di stupefacenti.

DIECI REGOLE PER PREVENIRE L'ICTUS

1. è meglio prevenire che curare: bisogna correggere i fattori di rischio nelle persone che stanno bene per evitare l'insorgere dell'ictus, ma anche di altre importanti patologie;



2. non fumare;

3. praticare attività fisica regolare (ad esempio camminare con passo spedito per 30 minuti al giorno, per almeno 3 giorni la settimana);



4. controllare il peso corporeo e dimagrire se si è in soprappeso: ciò ha effetti positivi sulla pressione arteriosa, sul diabete e sul livello di grassi nel sangue;

5. limitare l'assunzione di alcol: bere una giusta quantità di alcol (2 bicchieri di vino al giorno o due lattine di birra nell'uomo; un bicchiere o una lattina nelle donne non fa male);



6. seguire una alimentazione sana: ridurre il consumo di grassi e non usare condimenti di origine animale; aumentare il consumo di frutta, verdura, legumi e cereali integrali; consumare pesce e limitare il consumo di carne soprattutto rossa e di formaggio; usare zucchero solo in occasioni speciali;

7. limitare il consumo di sale: non aggiungere sale a tavola, soprattutto se si è ipertesi; si consiglia di non superare il consumo di 6 gr di sale al giorno; usare le spezie per insaporire i cibi;



8. controllare la pressione arteriosa attraverso una stile di vita sano e, se occorre, i farmaci. I valori di pressione consigliati sono inferiori ai 140/90 e per i pazienti diabetici inferiori ai 130/80;

9. prevenire elevati valori di glicemia e di colesterolo con una dieta equilibrata ed una adeguata attività fisica e misurare periodicamente i livelli di zucchero e di colesterolo nel sangue;

10. tenere sotto controllo la fibrillazione atriale: è necessario seguire la terapia prescritta dal medico e seguire i suoi consigli anche se non si avvertono sintomi.



segui i consigli del tuo medico



test di valutazione per rischio ictus

Hai più di 55 anni?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
La tua pressione arteriosa è maggiore di 140/80?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Soffri di diabete o la tua glicemia a digiuno supera i 126 mg/dL?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fumi o hai smesso di fumare da meno di un anno?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Il tuo colesterolo totale supera i 200 mg/dL?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Fai 30 minuti di attività fisica meno di 2 volte a settimana?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Superi di 10 Kg il tuo peso ideale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Nella tua famiglia qualcuno è mai stato colpito da ictus?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Hai mai sofferto in passato di TIA, ictus o vasculopatie alle gambe?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
Soffri di fibrillazione atriale?	sì <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

Se hai risposto di sì in più quadratini potresti essere a rischio di un disturbo circolatorio.

Fattori di rischio comuni per ictus e infarto cardiaco

Fattori di rischio più importanti per infarto cardiaco

Fattori di rischio più importanti per ictus

*In Lombardia ogni anno **19.000** persone
vengono ricoverate per un ictus;
questa malattia rappresenta
la principale causa di disabilità nell'adulto
e la terza causa di morte*