

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>SANITA' D'INIZIATIVA PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS</p>	<p>PA.CCM.05 Rev.0 del 30.12.2009 Pag.1 di 14</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS

A cura del Gruppo di lavoro multidisciplinare

- Paola Bonini
- Claudio Paradiso
- Angela Giovani
- Nicola Briganti
- Anna Maria Di Troia

PREMESSA

L'ictus è una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare; la perdita della funzione cerebrale può essere globale (coma profondo).

L'ictus cerebrale rappresenta una delle patologie più frequenti, collegata ad un rilevante rischio di morte e disabilità residua. I fattori di rischio e i meccanismi fisiopatologici lo mettono in stretta relazione con il complesso delle malattie cardiovascolari (LG RT 2003).

L'incidenza è di 180-237/100.000/anno; in Toscana si stimano circa 6.000 nuovi casi di ictus/anno(9.000 comprese le recidive). Il tasso medio di prevalenza in Italia nella classe di età 65-84 aa. è del 6,5% con una prevalenza del sesso maschile. Per l'80% sono forme ischemiche, nel 20% forme emorragiche (con maggiore mortalità a breve termine).

La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da più patologie, la cui interazione produce condizioni cliniche complesse, dinamiche, soprattutto nelle fasce d'età più avanzate. Il modello orientato alla singola malattia deve essere quindi integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura che tenga conto delle condizioni di comorbidità.

Si concorda che, negli interventi sanitari sulle malattie croniche, rivestono un ruolo primario la prevenzione e l'educazione terapeutica. Tutto questo passa attraverso il miglioramento delle abitudini e dello stile di vita delle famiglie, l'identificazione precoce delle forme a rischio ed il rallentamento dell'evoluzione clinica.

Poiché la medicina di iniziativa tende a migliorare l'autocontrollo della malattia, è necessaria l'elaborazione di linee guida che prevedano il coinvolgimento del cittadino-utente, della famiglia, della comunità e dei professionisti della salute.

RIFERIMENTI

PSR 2008/2010
DGR 595/05
DGR n.894/08
DGR n.716/09

DGR.n.467/09

The European Stroke Organization (ESO) 2008

Linee guida nazionali SPREAD

Linee Guida Regionali (ottobre 2009)

Nell'ambulatorio proattivo verranno seguiti:

- i pazienti ad alto rischio cerebrovascolare (con fibrillazione atriale (FA) cronica o parossistica, con protesi valvolari meccaniche, con pregresso infarto miocardico, con malattie rare ad alto rischio di ictus;
- i pazienti con pregresso ictus;
- i pazienti con pregresso attacco ischemico transitorio (TIA).

Il team assistenziale è composto da:

3. Medico di Medicina Generale (MMG)
4. Infermiere
5. Operatore Socio Sanitario
6. Medico di Comunità
7. Specialisti di riferimento
8. Terapista della Riabilitazione

L'organizzazione prevede:

- ◆ l'utilizzo di protocolli diagnostico terapeutici condivisi tra la medicina generale e gli specialisti di riferimento
- ◆ il monitoraggio, la verifica e la valutazione dei risultati attraverso gli indicatori di processo e di esito

OBIETTIVI

Nei pazienti con pregresso Ictus

- ◆ Ridurre il rischio di recidiva
- ◆ Migliorare la soddisfazione dell'assistenza
- ◆ Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- ◆ ridurre il numero di ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera
- ◆ Migliorare l'appropriatezza degli interventi e migliorare l'aderenza al programma terapeutico e alle misure relative allo stile di vita
- ◆ Assicurare un appropriato ed efficace percorso riabilitativo.

Nei pazienti ad elevato rischio cardiovascolare

- ◆ Migliorare l'appropriatezza degli interventi preventivi
- ◆ Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- ◆ Individuare ed educare alla salute le persone a rischio di ictus al fine di migliorare la conoscenza della malattia.

L'arruolamento da parte del MMG avviene sulla base del consenso dell'assistito, della famiglia o del caregiver ed il percorso si articola in funzione delle condizioni di gravità, del grado di autosufficienza e della presenza della rete primaria di supporto (famiglia e conoscenti).

Per ogni paziente, al momento dell'inserimento nel percorso, si programma un piano assistenziale, domiciliare o ambulatoriale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata.

Per l'**identificazione del livello di rischio** relativo alla tipologia di paziente arruolabile, sono state utilizzate le seguenti scale:

- Per i pazienti ad alto rischio: misura multidimensionale del rischio (Essen Stroke Risk Score)
- Per i pazienti con TIA ad alto rischio Ictus:ADCD2
- Per i pazienti con Ictus con disabilità lieve, moderata e grave: Scala di Rankin

	TIPOLOGIA PAZIENTE	CRITERI IDENTIFICATIVI	LIVELLO GESTIONE	
Pazienti ad alto rischio o cerebr ovascolare	-Misura multidimensionale del rischio(ESRS)\geq3 - FA cronica o parossistica - Progresso TIA - Protesi valvolari meccaniche - Malattie rare con alto rischio di ictus	Misura multidimensionale del rischio (Essen Stroke Risk Score):	LIVELLO BASE (INFERMIERI) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team Chronic Care Model (CCM), previa espressione del consenso	
		Diabete mellito		1 p
		Età 65-75 aa		1 p
		Età > 75 aa		1 p
		Ipertensione arteriosa		1 p
		Progresso IMA		1 p
		Altre malattie cardiovascolari(eccetto IM e FA)		1 p
		Arteriopatia periferica fumo		1 p

	TIPOLOGIA PAZIENTE	CRITERI IDENTIFICATIVI	LIVELLO GESTIONE		
Pazienti TIA ad alto rischio o Ictus	Pazienti con TIA a rischio ictus: ADCD 0-2	ABCD 2	LIVELLO AVANZATO (+MMG) sono presi in carico dal team CCM; le U.O. Specialistiche svolgono il ruolo di consulenti		
		A età		>=60aa	1 p
		B PA		>= 140/90	1 p
		C clinica		Deficit linguaggio senza ipostenia	1 p
				Ipostenia unilaterale	2 p
		D durata		10-59'	1 p
				>= 60'	2 p
		D		diabete	1 p
Ictus disabilità lieve	Scala di Rankin 0-2	Calcolo punteggio (allegato)	LIVELLO INTERMEDIO (fisioterapista/MMG) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team CCM, previa espressione del consenso		
Ictus disabilità moderata o grave	Scala di Rankin >=3	Calcolo punteggio (allegato)	LIVELLO AVANZATO sono presi in carico dal team CCM; le U.O. Specialistiche svolgono il ruolo di consulenti		

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>SANITA' D'INIZIATIVA PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS</p>	<p>PA.CCM.05 Rev.0 del 30.12.2009 Pag.6 di 14</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

Il modello assistenziale si pone i seguenti obiettivi:

- ◆ promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- ◆ migliorare l'appropriatezza degli interventi preventivi, non solo come efficacia ed efficienza clinica, ma anche maggiore aderenza ai bisogni del paziente
- ◆ migliorare la qualità di vita ed il reinserimento sociale
- ◆ valutare e definire un appropriato ed efficace percorso riabilitativo
- ◆ ridurre il rischio di recidiva
- ◆ migliorare la soddisfazione e l'assistenza

PERCORSO ASSISTENZIALE

Prima che il paziente con ictus venga dimesso dal reparto per acuti e possa venir preso in carico dal team CCM è necessario che sia fornito di:

- lettera di dimissione con la sua valutazione, secondo la scala di Rankin
- eventuale prescrizione di ausili
- segnalazione del paziente al PUA
- attivazione del trattamento nutrizionale, se necessario.

Il percorso riabilitativo ha inizio nella fase acuta ospedaliera e in caso di instabilità clinica il neurologo potrà predisporre il passaggio nei pl cod. 56 con attivazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), attraverso la presa in carico da parte del team riabilitativo, previa condivisione del percorso e consenso del paziente e familiari. Prima della dimissione l'equipe riabilitativa aggiornerà il progetto, predisponendo il percorso più appropriato:

- ◆ riabilitazione residenziale (pl cod.26 a Manciano) e/o semiresidenziale.
- ◆ regime domiciliare o ambulatoriale, con attivazione del percorso 3, previsto per la presa in carico delle disabilità complesse, come da DGR 595/05.

A conclusione del PRI, si invia al MMG la valutazione funzionale conclusiva.

Negli ictus stabilizzati, con assenza di prognosi di recupero funzionale, è indicata l'attivazione di percorsi di Attività Fisica Adattata (AFA), per prevenire la perdita delle capacità motorie funzionali residue.

AMBULATORIO PROATTIVO

1) Arruolamento dopo consenso informato del paziente

- ◆ pazienti con pregresso ictus
- ◆ pazienti con pregresso TIA
- ◆ pazienti ad alto rischio cerebrovascolare (FA cronica o parossistica; protesi valvolari meccaniche; pregresso infarto miocardico; malattie rare ad alto rischio di ictus)

2) Il MMG stila l'elenco dei pazienti elegibili con i criteri diagnostici individuati.

3) definizione del piano assistenziale personalizzato in accordo con la equipe territoriale

RUOLI E COMPITI dei PROFESSIONISTI del TEAM

Compiti del MMG

- *raccogliere il consenso con la compilazione dell'apposita informativa (allegato)*
- *prevenire la patologia cerebrovascolare(TIA/Ictus) individuando i soggetti a rischio (segni, sintomi e/o fattori di rischio)*
- *effettuare la diagnosi precoce secondo i criteri validati*
- *individuare tra gli assistiti con TIA, i soggetti a rischio di progressione della malattia (Score ABCD2) e inviare allo specialista la richiesta specifica (allegato 4)*
- *valutare periodicamente gli assistiti arruolati in condizioni di stabilità (schema di follow up) e ottimizzazione della terapia*
- *contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici*
- *gestire (ne è responsabile) la cartella clinica informatizzata, l'elenco di patologia e il patient summary*
- *organizzare il modulo (MMG coordinatore) dove svolge l'attività il team CCM*

Compiti degli specialisti

- *fornire la consulenza specialistica ai mmg per la valutazione del caso alla dimissione ed in caso di variazione del quadro clinico-strumentale*
- *individuare i pazienti stabilizzati che possono essere inviati al team CCM*
- *gestire direttamente i pazienti con grave instabilità, in fase evolutiva*
- *contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici*
- *collaborare alle attività di formazione del personale coinvolto ed alle iniziative di*

	<i>educazione alla salute.</i>
Compiti dell'infermiere	<ul style="list-style-type: none"> - <i>espletare la funzione proattiva di richiamo dei pazienti</i> - <i>compilare la scheda raccolta dati e predisporre la cartella integrata</i> <ul style="list-style-type: none"> - <i>gestire i dati raccolti in cartella e verificare l'aderenza del paziente al percorso</i> - <i>eseguire la rilevazione dei parametri di follow up</i> - <i>favorire l'empowerment del paziente</i> - <i>educare sugli stili di vita corretti</i> - <i>monitorare i comportamenti alimentari</i>
Compiti del Medico di Comunità	<p><i>Monitorare i dati epidemiologici della zona di riferimento</i></p> <p><i>Collaborare con il coordinatore del modulo alla realizzazione del percorso</i></p> <p><i>Favorire l'attività di formazione del personale coinvolto anche attraverso lo strumento degli audit</i></p> <p><i>Valutare il processo e l'esito di sistema utilizzando i set di indicatori regionali</i></p> <p><i>Collaborare alla stesura e revisione sistematica del percorso</i></p> <p><i>Collaborare alla costruzione di reti di servizi e alleanze per la gestione integrata del paziente</i></p>
Compiti della dietista	<i>Educazione alimentare e dieta personalizzata</i>
Compiti dell'OSS	<i>Quelli propri del profilo professionale rispetto all'igiene della persona</i>

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>SANITA' D'INIZIATIVA PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS</p>	<p>PA.CCM.05 Rev.0 del 30.12.2009 Pag.10 di 14</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

	<p><i>Mobilizzazione dei pazienti per la prevenzione dei decubiti</i> <i>Richiamo attivo dei pazienti per le visite programmate</i> <i>Gestione dei dati per la reportistica di attività</i></p>
<p>Compiti del Terapista della Riabilitazione</p>	<p><i>Promuovere e valutare l'adesione all'attività fisica adattata (sia a bassa che ad alta disabilità)</i> <i>Predisposizione (con lo specialista) del progetto riabilitativo</i> <i>Valutare la dotazione di ausili e verificarne l'appropriatezza in funzione del quadro clinico</i></p>
<p>Compiti del Servizio Sociale</p>	<p><i>Valutare gli aspetti di competenza</i> <i>Predisporre eventuale piano specifico di assistenza</i> <i>Attivare le risorse di comunità presenti a supporto sia del paziente che della famiglia</i></p>

Ruolo del paziente

La persona affetta da ictus è l'elemento centrale del sistema integrato ed ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia.

Ruolo dell'Associazione

- ◆ garantisce la tutela dei diritti riconosciuti
- ◆ collabora all'informazione e alla educazione del paziente
- ◆ collabora alla progettazione e realizzazione di attività che facilitino la conoscenza della patologia, delle complicità e l'autocontrollo della malattia
- ◆ collabora con il medico di comunità per la verifica e la valutazione del percorso, nonché alla valutazione dei risultati e degli obiettivi raggiunti.

 <p>SST Azienda USL 9 Grosseto Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p>SANITA' D'INIZIATIVA PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI CON ICTUS</p>	<p>PA.CCM.05 Rev.0 del 30.12.2009 Pag.11 di 14</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------

Indicatori di processo e di esito

Gli indicatori di processo e di esito faranno riferimento a quelli in corso di formalizzazione con deliberazione dalla Regione Toscana. Pertanto il presente percorso sarà sottoposta a revisione ed integrazione.

SCHEMA DI FOLLOW UP

STADIO DI MALATTIA			INDAGINE DA ESEGUIRE:	TRIMESTRALE	SEMESTRALE	ANNUALE	
ICTUS DISABILITANTE GRAVE	ICTUS DISABILITANTE GRAVE	PAZIENTI A RISCHIO	Valutazione Clinica BMI	*			
			Controllo del peso				
			Pressione Arteriosa	*			
			Vaccinazione Antinfluenzale			*	
			Educazione Counseling Abitudini/stili di vita		*		
			Educazione al riconoscimento dei sintomi (TIA/ICTUS) ed uso appropriato 118	All'ingresso del percorso			
			Ecodoppler tronchi sovra aortici >65 aa e fattori di rischio multipli	All'ingresso del percorso (riprogrammato in funzione dei risultati)			
			Esami bioumorali: glicemia, creatinemia, colesterolemia, emocromo + ritenuti necessari per le variabili cliniche			*	
			Valutazione esiti riabilitativi con scale validate: Barthel index o FISM			*	
			Verifica dotazione ed utilizzo ausili			*	
Valutazione insorgenza complicanze (disfagia, lesioni da pressione, incontinenza sfinterica, prevenzione cadute, prevenzione malnutrizione)		*					



SANITA' D'INIZIATIVA
PERCORSO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE
DEI PAZIENTI CON ICTUS

PA.CCM.05
Rev.0 del 30.12.2009
Pag.14 di 14