

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Ictus

1.	Emissione	1
2.	Gruppo di lavoro multiprofessionale	2
3.	Obiettivo.....	3
4.	Metodologia	3
5.	Definizioni.....	4
6.	Flow- Chart Percorso	5
7.	Criteri condivisi	6
8.	Matrici tempi/fasi/attività	9
9.	Parametri di controllo	16

1. Emissione

Rev.	Descrizione modifiche	Data Approvazione	Redazione	Firma Verifica	Firma approvazione
0	Prima redazione	29/03/2012	Gruppo di lavoro	Responsabile Qualità Aziendale (Dott. U. Wienand)	Direttore Generale (Dott. G. Rinaldi)

2. Gruppo di lavoro multiprofessionale

Il gruppo di lavoro ha visto la partecipazione di unità operative e professionalità significative operanti nell'ambito della Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara.

Prof.ssa MR Tola Responsabile del gruppo di lavoro	Direttore Dipartimento di Neuroscienze – Riabilitazione / Direttore UO di Neurologia
Dott. ssa G. Borsetti Facilitatore	Medico Medicina Emergenza Urgenza
Dott. ssa MA Ricciardelli	Responsabile Modulo 118
Dott. R. Melandri	Responsabile UO Medicina Emergenza Urgenza
CPSE V. Michelini	Coordinatore 118/CO.
CPSE A. Lenzi	Coordinatore P.S Generale
Dott. S. Ceruti	Responsabile UO Neuroradiologia
Dott. A. Saletti	Responsabile Angiografia Interventiva
Dott. R. Zoppellari	Responsabile UO Anestesia Rianimazione Ospedaliera
Dott. E. Paolino	Medico UO di Neurologia
Dott. ssa C. Monetti	Medico UO di Neurologia
Dott. A. De Vito	Medico UO di Neurologia
CPSE G. Marchesini	Coordinatore UO di Neurologia
Dott. M. Gallerani	Responsabile UO Medicina Interna Ospedaliera
Dott. G. Zuliani	Responsabile UO Medicina Interna Universitaria
Dott. GB. Vigna	Medico UO Medicina Interna Universitaria
Dott. ssa E. Mari	Medico UO Medicina Interna Universitaria
CPSE E. Aguiari	Coordinatore UO Medicina Interna Universitaria
CPSE A. Schiavone	Coordinatore UO Medicina Interna Ospedaliera
Dott. A. Cavallo	Responsabile UO Neurochirurgia
Dott. M. Farneti	Medico UO Neurochirurgia
Dott F. Mascoli	Responsabile UO Chirurgia Vascolare
CPSE M. Pilastrini	Coordinatore UO Chirurgia Vascolare
Dott. N. Basaglia	Responsabile Medicina Riabilitativa
Dott. ssa S. Lavezzi	Responsabile UO Gravi Cerebrolesioni
Dott. A. Bertocchi	Medico UO Gravi Cerebrolesioni
CPSI I. Vetrova	Case Manager Neurologia
CPSI D. Ripa	Case Manager Riabilitazione
Dott. U. Wienand	Responsabile struttura semplice Accredитamento Qualità Ricerca Innovazione
CPSI. B. Chiarabelli Segreteria	Ufficio Accredитamento Qualità

3. Obiettivo

Obiettivo generale di questo percorso diagnostico-terapeutico è il miglioramento dell'appropriatezza delle cure dei pazienti affetti da ictus, attraverso la definizione di programmi assistenziali appropriati.

Obiettivi specifici del percorso sono:

1. rendere omogeneo l'intero percorso assistenziale
2. garantire un approccio coordinato ed integrato multiprofessionale e multidisciplinare nella diagnosi e nel trattamento
3. assicurare la tempestiva presa in carico del paziente e la precocità dell'intervento riabilitativo
4. Contenere l'ospedalizzazione e facilitare l'autonomia del paziente.

I risultati attesi sono una riduzione della mortalità e della disabilità residua.

4. Metodologia

Il gruppo di lavoro ha applicato la metodologia indicata dalla European Pathways Association (EPA) attraverso:

- costituzione del gruppo di lavoro multiprofessionale e multidisciplinare
- analisi della pratica corrente e dei punti critici
- condivisione delle linee guida (evidenze) e dei criteri che sottostanno agli snodi decisionali
- stesura del percorso in forma di diagramma di flusso
- stesura del percorso in forma di matrici fasi/tempi/attività
- identificazione di indicatori di monitoraggio del percorso ed individuazione degli standard
- condivisione del percorso con i professionisti dell'Azienda
- applicazione sperimentale del percorso e monitoraggio

Nella costruzione delle matrici fasi/tempi/attività il gruppo di lavoro ha utilizzato come riferimento per la classificazione delle attività le nove categorie dell'assistenza:

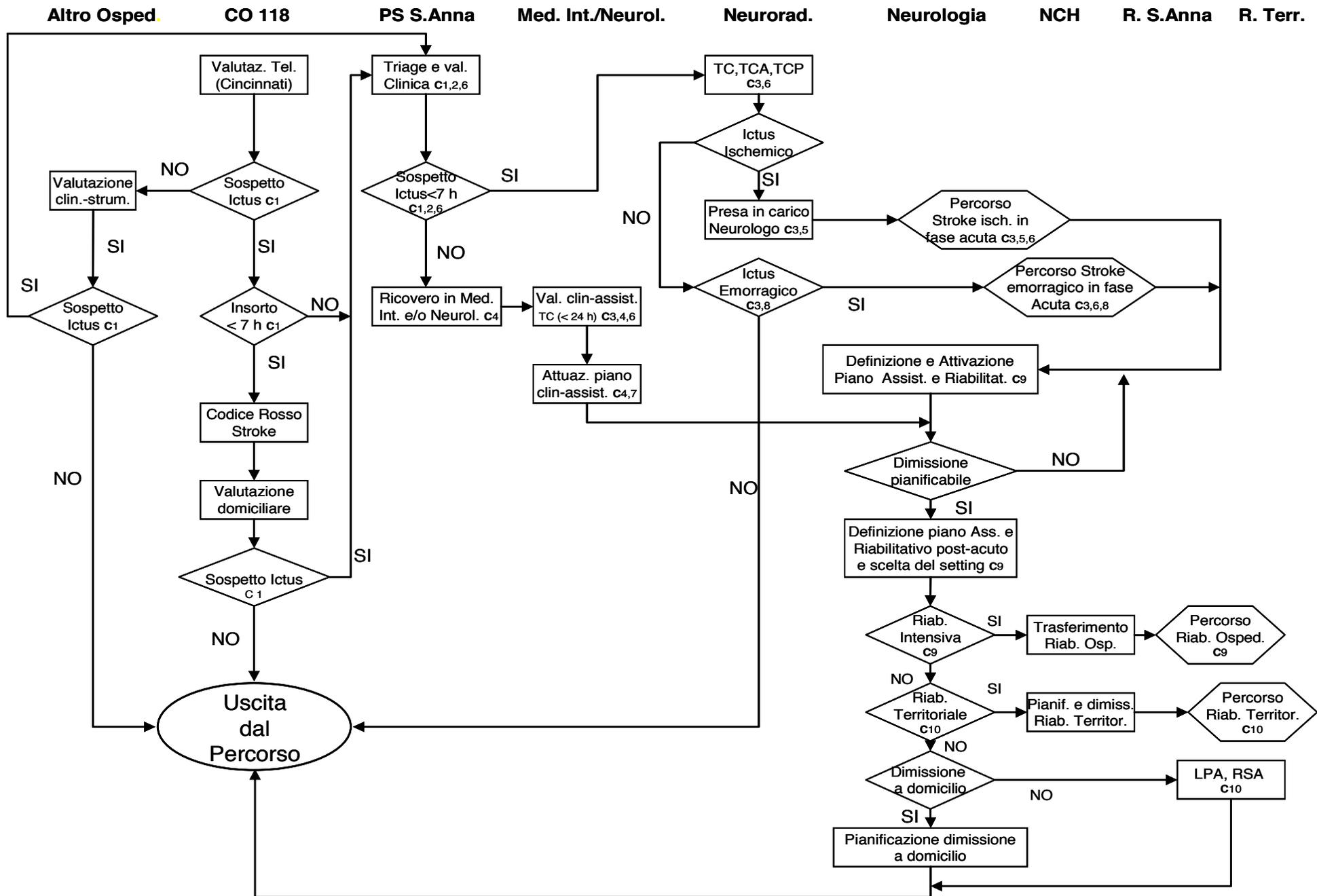
- valutazione del paziente
- educazione del paziente
- pianificazione del percorso
- esami diagnostici
- interventi o procedure
- consulenze
- terapia farmacologica
- nutrizione
- attività per la sicurezza del paziente

Le attività elencate all'interno delle matrici fasi/tempi/attività sono finalizzate al raggiungimento di obiettivi delle varie fasi del percorso (goals), intesi come obiettivi di salute per il paziente intermedi o finali, obiettivi di processo, obiettivi di lavoro in team, obiettivi di servizio, obiettivi di efficienza.

5. Definizioni

ANGIO TC TSA	Angio tac tronchi sovraortici
APTT	tempo di tromboplastina parziale
ECG	Elettrocardiogramma
EPA	Edema polmonare acuto
GCS	Glasgow Coma Scale
PAD	Pressione arteriosa diastolica
PAM	Pressione arteriosa media
PAS	Pressione arteriosa sistolica
SAP	Systems & Applications Products; Sistema gestionale aziendale
SCA	Sindrome Coronarica Acuta
SF	Soluzione fisiologica
TC	Tac Cerebrale
Valutazione *ABC	*Airways Breathing Circulation Valutazione della pervietà aerea, respiratoria, circolatoria.
TP	Tempo di protrombina
UVGO	Unità Valutazione Geriatrica Ospedaliera
UVGT	Unità Valutazione Geriatrica Territoriale

6. Flow- Chart Percorso



7. Criteri condivisi

Fase	Quesito	Risposta	Fonte
118 / PS	1 - Criteri inserimento nel percorso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cincinnati Scale ▪ Valutazione tempo < 7 ore o al risveglio ▪ Età tra 18 e 80 anni 	Decisione del team Multidisciplinare
118 / PS	2 - Criteri scelta farmacologica	In base alla PA per la terapia antipertensiva si veda apposita istruzione operativa	Linee Guida Spread
Neuroradiologia	3 - Criteri Neuroradiologici	<p>"Brain imaging" in emergenza (< 1 h) se:</p> <ul style="list-style-type: none"> -indicazioni a trombolisi i.v. o i.a. o a trattamento anticoagulante precoce -in trattamento anticoagulante -nota predisposizione a sanguinamenti -GCS <13 -sintomi in progressione peggiorativa o fluttuanti -papilledema, rigidità nucale o febbre -cefalea severa all'esordio dei sintomi ictali <p>"Brain imaging" entro 24 h dall'esordio ictale in tutti gli altri casi</p>	Linee Guida NICE
Medicina Neurologia	4 - Criteri di ricovero	<p>Neurologia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SE indicata TROMBOLISI dopo valutazione neurologica; - SE NON RILEVANTE COMORBILITA' <p>Medicina</p> <p>I malati che dovrebbero essere ricoverati in Dip. Medico sono quelli affetti da patologie di prevalente interesse internistico e/o da elevata comorbidità, in particolare se affetti da: cardiopatia, scompenso cardiaco, polivasculopatia, pneumopatie, diabete mellito complicato, ipertensione arteriosa complicata, epatopatia, nefropatia, emopatie, ecc. o altre comorbidità che richiedono una gestione internistica del paziente</p> <p>Gli stroke emorragici non chirurgici seguono le stesse regole.</p> <p>Profilo ematologico Stroke (in reparto) Se non eseguiti in PS da fare in urgenza in reparto: emocromo, TP, APTT, elettroliti: Na, K, Cl, Ca; glicemia, creatinina.</p>	Decisione del team Multidisciplinare
Neuroradiologia / Stroke Unit	5 - Criteri per trombolisi	<p>Pazienti candidati alla riperfusione cerebrale con terapia endovascolare</p> <p>Insorgenza stroke > 4.5 ore</p> <p>Inefficacia della terapia trombolitica e.v., valutata a 1 h dal bolo farmacologico</p> <p>Controindicazioni alla terapia trombolitica e.v</p> <p>Insorgenza stroke < 4.5 ore con occlusione grosso vaso e NIHSS >10 preceduta da infusione e.v 2/3 farmaco trombolitico.</p> <p>Indicazioni alle diverse procedure di riperfusione e relative raccomandazioni da linee guida.</p> <p>1)Trombolisi i.a.: controindicazioni assolute alla trombolisi e.v.; stroke > 4.5 h; NIHSS > opp. = 10; ASPECTS > 7; occlusione grosso vaso (CI, M1 o M2); viene attivato il Rianimatore ed in Sala AGF si esegue trombolisi i.a. farmacologica (entro 6 h) e/o meccanica.</p> <p>2)Terapia "rescue": si esegue trombolisi e.v. con dose totale di rTPA (NIHSS > opp. = 10; occlusione grosso vaso - CI, M1 -); valutazione NIHSS dopo 1 h di infusione; se si ha miglioramento clinico (almeno 1 punto NIHSS ?) si prosegue normalmente; se non si ha miglioramento o peggioramento (NIHSS > opp. = 10) viene allertato il neuroradiologo interventista; si esegue</p>	Linee Guida SPREAD , ESO, AHA-ASA

		<p>TC + TCP; se emorragia o ASPECTS < 7 e no mismatch alla TCP → STOP; se non emorragia, ASPECTS > 7 e mismatch alla TCP, si attiva il Rianimatore ed in Sala AGF si esegue trombolisi meccanica.</p> <p>3)Terapia "bridging": se NIHSS > opp. = 10, occlusione grosso vaso (CI, M1) e ASPECTS > 7, viene attivato in neuroradiologo interventista e il Rianimatore; il paziente esegue una trombolisi e.v. con 2/3 di rTPA e in Sala AGF esegue trombolisi i.a. farmacologica (1/3 dose rimanente di rTPA) e/o meccanica.</p>	
<p>PS Neuroradiologia</p> <p>E in qualsiasi momento del percorso</p>	<p>6 - Criteri per sedazione e per l'anestesia</p>	<p>Allertamento precoce: La richiesta della presenza dell'anestesista per assistenza sedazione o anestesia richiede un precoce allertamento dello stesso , anche in casi dubbi , al fine di gestire anche altre urgenze eventualmente in corso o programmate secondo un criterio di priorità e/o tramite la possibile attivazione di altri professionisti , se disponibili.</p> <p>NORA: L'attività anestesiológica si configura come NORA(Non Operative Room Anestesia) ; a seconda delle condizioni cliniche del paziente, del suo livello di collaborazione e/o necessità di immobilità, del tipo di indagine / intervento e della durata presunta verrà definita la tipologia di tecnica utilizzata, che potrà anche essere variata nel corso del/della procedura/intervento stessa /o</p> <p>Anestesia generale: I pazienti con funzioni vitali compromesse (assente pervietà delle vie aeree , insufficienza respiratoria , insufficienza cardiocircolatoria , stato di coma definito da GCS < 9) e/o non collaboranti e richiedenti immobilità durante la procedura / intervento richiedono l'esecuzione di anestesia generale</p>	<p>Linee guida SIAARTI</p>
<p>Consulenza Chirurgica vascolare</p>	<p>7 - Criteri per TEA carotidea emergente/urgente</p>	<p>Eco-Doppler TSA:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Occlusione carotidea con trombosi isoecogena non oltre il sifone 2) Embolia biforcazione carotidea 3) Stenosi >70% 4)Stenosi < 70% con placca instabile 	<p>Linee Guida SPREAD</p>
<p>Neuroradiologia Neurochirurgia</p>	<p>8 - Criteri neurochirurgici</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Emorragie cerebellari di diametro >3 cm con quadro di deterioramento neurologico o con segni di compressione del tronco e idrocefalo secondario a ostruzione ventricolare - Emorragie lobari di medie (≥30 e <50 cm3) o grandi (≥50 cm3) dimensioni, in rapido deterioramento per compressione delle strutture vitali intracraniche - Emorragie intracerebrali associate ad aneurismi o a malformazioni artero-venose, nel caso in cui la lesione strutturale associata sia accessibile chirurgicamente <p>Controindicazioni alla chirurgia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assenza di deterioramento neurologico - Piccole emorragie intracerebrali (<10 cm3) o deficit minimi - GCS ≤4 (non vanno trattate chirurgicamente, per l'esito neurologico estremamente povero) - Età superiore a 80 anni - Emorragie intracerebrali associate ad aneurismi o a malformazioni artero-venose, nel caso in cui la lesione strutturale associata non sia accessibile chirurgicamente. 	<p>Indicazioni STICH</p>

<p>Medicina Neurologia Neurochirurgia</p>	<p>9 - Criteri Riabilitazione</p>	<p>Riabilitazione Intensiva - pazienti con disabilità medio-grave modificabile: Pazienti suscettibili di miglioramenti funzionali durante il ricovero - Pazienti in condizioni cliniche che richiedono la disponibilità continuativa nell'arco delle 24 h di prestazioni diagnostico-terapeutiche-riabilitative ad elevata intensità - pazienti non autonomi nelle ADL primarie (punteggio 3-5 scala di Rankin) Riabilitazione territoriale - Pazienti con quadro di menomazioni e limitazioni di attività residue lievi suscettibili di beneficiare di trattamenti piu' limitati in regime Dh o ambulatoriale La riabilitazione territoriale puo' rappresentare non soltanto la destinazione dopo la fase acuta , ma anche dopo la fase ospedaliera riabilitativa, per completamento dei programmi, in caso di bisogno di programmi riabilitativi a termine per riacquistare le ADL e autonomia nell'ambiente di vita normale (casa, mobilità, lavoro) Paziente con ictus - Individuazione del percorso di cura post-acuto Collocazione in strutture tipo RSA /struttura protetta: Pazienti con prognosi riabilitativa sfavorevole, problematiche di reinserimento socio-familiare La residenzialità a lungo termine in RSA/struttura protetta può rappresentare la destinazione non solo a termine della fase acuta, ma anche di quella post-ospedaliera riabilitativa per le persone non in grado di rientrare momentaneamente o definitivamente a domicilio per mutate condizioni cliniche, funzionali o sociali.</p>	<p>Linee Guida Riabilitazione Ministeriali, 1998 (D.G.R. n. 1720 16.11.2007 Programma Stroke Care)</p>
<p>Neurologia Medicina Neurochirurgia</p>	<p>10 - Criteri per attivazione UVGO / UVGT</p>	<p>L'UVGO viene attivato quando il paziente non necessita più di assistenza nel reparto per acuti ma sono ancora necessarie cure in lungodegenza post-acuti (LPA). Paziente idoneo al trasferimento in LPA . polipatologia . rischio o problemi attuali di didisabilità . presenza di instabilità clinica . piano diagnostico esaurito o delineato (necessità di controlli) . programma terapeutico definito ma non completato . possibilità riattivate finalizzate al mantenimento delle abilità presenti o al recupero di quelle perse (riabilitazione estensiva) . - necessità di cure complesse, prolungate nel tempo e non erogabili al domicilio . prospettive di dimissibilità una volta consolidati i problemi clinici emergenti L'UVGT viene attivato in caso di dimissione difficile o per trasferimento in RSA. MMG e ADI in caso di dimissione in cui sono necessari però interventi e servizi sanitari offerti a domicilio per garantire la continuità assistenziale.</p>	<p>Lettera informativa Percorsi di Continuità Assistenziale U.O. Geriatrics (PG 0017434 11/5/2009</p> <p>Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n. 2314 del 29 dicembre 2005 promuove l'incentivazione dei programmi di qualificazione e sviluppo dell'assistenza domiciliare.</p>

8. Matrici tempi/fasi/attività

Per ogni fase del percorso vengono definite le attività svolte, i Professionisti cui è affidata la responsabilità di esecuzione, la sequenza cronologica e gli obiettivi specifici.

118 <i> Criterio 1</i>		PRONTO SOCCORSO <i> Criteri 1, 2, 6</i>			
DISPATCH CENTRALE	SOCCORSO	TRIAGE	BOX VISITA		
<p>OPERATORE TELEFONICO: identificazione candidato alla trombolisi: definizione codice rosso stroke: Cincinnati valutazione tempo 7 ore o al risveglio Età 18 - 80 anni</p> <p>OPERATORE DI GESTIONE: - se candidato alla trombolisi: invio mezzo CODICE ROSSO BASE STROKE. - Se non candidato: invio mezzo per problema neurologico con codice attribuito in base ai criteri di triage</p>	<p>EQUIPE DI SOCCORSO: conferma codice 2 stroke (candidato alla trombo lisi): - Cincinnati Prehospital Scale - Valutazione tempo < 7 ore o al risveglio - Età tra 18 e 80 anni - Valutazione ABC parametri vitali, GCS, - ECG 12 derivazioni - Glicemia capillare - Accesso venoso - Monitoraggio ECG - Eventuale catetere vescicale - Eventuale O2 - Se PAD > 140 in due misurazioni successive (5 min): trattare secondo criteri farmacologici SPREAD - Prevenzione cadute e protezione del paziente durante il trasporto OPERATORE DI GESTIONE Se candidato alla trombolisi: 1) AVVISO AL TRIAGE DI PS 2) Attivazione Neurologo 3) Allertamento Rianimatore 4)ATTIVAZIONE EQUIPE NEURORADIOLOGIA (medico, tecnico, infermiere, OSS) Se non candidato: Avviso al triage se codici 2 o 3</p>	<p>Definizione candidato alla trombo lisi (codice giallo stroke): - CINCINNATI/TEMPO 8 ORE O AL RISVEGLIO/ETA' 18-80</p> <p>-Esclusione trombolisi (non candidato): - CINCINNATI/TEMPO/ETA' - Codifica in base ai criteri di triage</p> <p>Se candidato alla trombolisi (codice giallo stroke):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivazione medico PS • Attivazione neurologo (se non già attivato dal 118) • Ingresso immediato in box visita <p>Se non candidato: - Eventuale rivalutazione di triage - Ingresso in box visita quando box disponibile</p>	<p>- Valutazione ABC - Parametri vitali - GCS - Anamnesi + esame obiettivo - Visita neurologica + NIHSS - Conferma/esclusione criteri x trombolisi - Glucostik (se non già eseguito) - ECG - Esami ematochimici (profilo stroke). Se candidato trombolisi: specificare "profilo stroke" nella richiesta informatica. Richiesta TC via SAP specificando "candidato alla trombolisi". Se non candidato: - TC cerebrale secondo criteri NICE 2008, invio del paziente in Neuroradiologia con un OSS dedicato ed eventualmente medico di PS e/o un CPSI - Eventuale O2 - Se PAD > 140 in due misurazioni successive (5 min): trattare secondo criteri farmacologici SPREAD - Informazioni sullo stato del paziente ed il percorso programmato - Protezione del paziente secondo procedura aziendale Attivazione Equipe Neuroradiologica Allertamento Rianimatore consulente Attivazione immediata Rianimatore consulente se funzioni vitali compromesse e/o in caso di paziente non collaborante e necessità di immobilità durante la procedura /intervento. Invio del paziente in Neuroradiologia con un OSS dedicato ed eventualmente un CPSI con eventualmente un medico di PS. Il Neurologo segue il paziente in Neuroradiologia Nel caso di attivazione del Rianimatore, lo stesso segue il paziente in Neuroradiologia, in caso di instabilità. Ricovero: NEUROLOGIA se: indicato dal neurologo consulente non rilevanti comorbidità. MEDICINA se: rilevanti comorbidità</p>		
GOALS	<ul style="list-style-type: none"> - stabilizzazione clinica -valutazione bisogni clinici /assistenziali -terapia -standardizzazione valutazioni -corretta individuazione paz candidati alla trombolisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Correttezza attribuzione codice triage - Tempestività avvio percorso trombolisi 	<ul style="list-style-type: none"> - Stabilizzazione clinica - Individuazione candidato alla trombolisi - Valutazione bisogni clinico/assistenziali 	<ul style="list-style-type: none"> - Timinig diagnostica secondo criteri NICE - Esami di laboratorio entro 30' 	<ul style="list-style-type: none"> - Appropriatezza Terapia secondo L.G. SPREAD - Standardizzazione valutazioni

Neuroradiologia – Neurologia: Stroke Unit Trombolisi						
Neuroradiologia (P. S) Criteri 3, 4, 6		Neurologia Criteri 3, 5, 6				
1° fase 15 MINUTI	2° fase 45 MINUTI	Prime 12 ore	Prime 24 ore	2-5 giornata	6-8 giornata	Dimissione Trasferimento
<p>NEUROIMAGING : ESECUZIONE TC BASE a) EMORRAGIA: VEDI PERCORSI DEDICATI b) NON EMORRAGIA: ASPECT SCORE Refertazione e valutazione Clinico- Neuroradiologica (Neuroradiologo e Neurologo) (CRITERI trombolisi) non candidato: refertazione candidato: Fase 2 - Ev. attivazione Anestesista- rianimatore in collaborazione con l'infermiere di neuroradiologia - Eventuale assistenza anestesilogica</p>	<p>Se candidato a trombolisi ANGIO TC TSA E INTRACRANICA + TC PERFUSIONE - Rivalutazione Clinico- Neuroradiologica e refertazione (Neuroradiologo e Neurologo) - Attivazione Rianimatore se paz. con funzioni vitali compromesse e/o non collaboranti e necessità di immobilità durante procedura / intervento -Attivazione infermiere di neuroradiologia -Informazione, richiesta di consenso al paziente collaborante da parte del neuroradiologo/neurologo per ambiti di competenza -Informazione ai famigliari se paziente non collaborante da parte del neuroradiologo/neurologo per ambiti di competenza - <u>Se indicato trattamento endovascolare richiesta assistenza anestesilogica</u> in base a: - disponibilità Neuroradiologo interventista - disponibilità sala angiografica - ricovero in Neurologia- Rianimazione</p>	<p>- Anamnesi, mRS premorbosa, ADL - es. neurologico, NIHSS -Controllo,,monitoraggio parametri vitali, ECG - Acquisizione profilo ematologico Stroke per trombolisi -verifica Accesso venoso - eventuale cateterismo vescicale - Informazione paziente e/o familiari- su scelta diagnostico-terapeutica, - Acquisizione consenso a procedure di riperfusione -Es. neurologico pre- post procedura (a 1h, 2h) - Trombolisi e.v., i.a. farmacologica e/o meccanica - Chirurgica (equipe neurovascolare) _Farmaci/ sostanze usati: - Mezzo di contrasto iodato - rTPA - O2 terapia (SpO2<92%) -Conferma/Revisione terapia domiciliare -Prevenzione complicanze -Consulenze: Chirurgia Vascolare, Cardiologia, NCH, Neuroradiologia, Rianimatore in base al quadro clinico ed alla evoluzione -Informazioni a paziente/familiari su: - condizioni cliniche. - esito finale della procedura -Protezione del paziente</p>	<p>- Monitoraggio parametri vitali ,ECG - allettamento: testiera 30°, 90° durante i pasti - cambi di postura a letto -Prev. decubiti c cadute -Protezione paziente -Prevenzione e trattamento complic. -Mobilizzazione precoce -Scala dolore, compilazione scheda -E.O. Neurologico, NIHSS -Valutaz. disfagia -Bilancio idrico/nutrizionale -Completamento es. ematochimici -TC controllo in base a quadro clinico,/evoluzione -Eco-Doppler TSA -Eco-cuore, TCCD per ictus criptogenetico Se necessario: -Posizionamento SNG -Posizionamento CVC -Interventi NCH (decompressione osteodurale, trattamento complicanze emorragiche intracraniche) - Rvascolarizzazione carotidea chirurgica/endovascolare -Rimozione introduttore se trombolisi i.a. -Conferma- adeguamento Terapia - O2 terapia (SpO2<92%) - Profilassi secondaria precoce Stroke -Consulenze: Chirurgia Vascolare, Cardiologia, NCH, Neuroradiologia Rianimatore Dietologo/dietista -Bilancio nutrizionale -Richiesta consulenza fisiatrice</p>	<p>-Valutaz. parametri Vitali e dolore - NIHSS -Valutaz. rischio Decubiti (Scala Braden) -Valutaz rischio cadute (Scala Morse) -Prima visita fisiatrice entro 72 h -In base a evoluzione., controllo TC /RM -Gestione problemi emergenti Eco-doppler TSA Se necessario: -Posizionamento SNG -Posizionamento CVC -gestione SNG e prevenzione ab ingestis -gestione CVC, prevenzione infezioni - rimozione catetere vescicole, valutazione minzione spontanea (Scanner vescicale) e continenza urinaria - routine intestinale Se indicati: -Interventi NCH (Decompressione osteodurale, trattamento complicanze emorragiche intracraniche) - Interventi di rivascolarizzazione carotidea chirurgica Esame clinico fisiatrice(***)vedi criteri): - prosecuzione terapia farmacologia - O2 terapia (SpO2<92%) - Attuazione indicazioni fiatriche (riabilitazione in reparto se indicata) - Consulenze: Chirurgo vascolare, NCH</p>	<p>Bilancio neurologico e della disabilità residua (mRS, Barthel index) -ADL Rivalutazioni fiatriche (team) -TC/RM di controllo se clinicamente indicata -visita cardiologica/ ecocardiografia Se necessario: - rivalutazione minzione spontanea e continenza urinaria - routine intestinale -Interventi NCH (trattamento complicanze emorragiche intracraniche) - Interventi di rivascolarizzazione carotidea chirurgica - Attuazione indicazioni fiatriche (riabilitazione in reparto se indicata) - Attivazione: UVGO, UVGT, MMG, ADI - Rivalutazione longitudinale deglutizione e pianificazione /attuazione programmi specifici - Informazione su: -condizioni cliniche -Risultati indagini- menomazioni e disabilità, fabbisogno riabilitativo-assistenziale, normative x ausili e invalidità , percorso di cura - pianificazione- attuazione programmi di educazione alla gestione dei problemi residui ed opportune stimolazioni</p>	<p>- PEG a distanza (se permene il problema) - Procedura dimissione/ Trasferimento - Avvio del piano di dimissione/ trasferimento</p>

				<ul style="list-style-type: none"> - Alimentazione in base a screening per disfagia e valutazione logopedista Informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> - condizioni cliniche - Risultati indagini - Pianificazione percorso diagnostico-assistenziale Educazione su ictus e fattori di rischio - Valutazione risorse familiari, sociali, finanziarie 	<p>Neuroradiologo , Cardiologo Rianimatore Dietologo /dietista</p> <ul style="list-style-type: none"> - nutrizione per via naturale se tollerata, in base a screening disfagia e valutazione logopedista -NPT, NE -Informazioni a pz e familiari: su condizioni cliniche, risultati indagini, pianificazione del percorso diagnostico, educazione alla corretta mobilitazione, rieducazione alle attività di vita quotidiana, precauzioni alimentari. - informazioni su menomazioni e disabilità, indicazioni all'approccio e stimolazioni opportune da parte del fisiatra -Prev. decubiti e cadute -Protezione del paziente - mobilitazione in poltrona o in sedia a rotelle - utilizzo appositi presidi per deambulazione 	<ul style="list-style-type: none"> -Prev. decubiti e cadute -Protezione del paziente -mobilitazione in poltrona o in sedia a rotelle - utilizzo appositi presidi per deambulazione - aumento attività secondo tolleranza -Pianificaz. dimissione: <ul style="list-style-type: none"> -rivedere opzioni dimissione con pz/caregiver in base condizione clinica -definire setting assistenziale successivo -valutazione per presidi sanitari 	
GOALS	Esclusione Patologia emorragica e selezione pazienti da sottoporre a trombolisi	Scelta strategia terapeutica <ul style="list-style-type: none"> -terapia sistemica -terapia endovascolare -trattamento chirurgico 	<ul style="list-style-type: none"> -Riperfusione parenchima -Stabilizzazione pz -Inquadramento clinico-eziopatogenetico -Prevenzione secondaria 	<ul style="list-style-type: none"> -Inquadramento clinico-eziopatogenetico -Stabilizzazione pz -Prevenzione complicanze 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione complicanze da ipomobilità , avvio di strategie di recupero funzionale -Controllo comorbidity Definizione fabbisogno riabilitativo e pianificazione programmi riabilitativi 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevenzione complicanze da ipomobilità ed avvio di strategie di recupero funzionale -Continuità assistenziale -assistenza personalizzata 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuità assistenziale - Definizione progetto riabilitativo - Definizione percorso di cura post-acute

Neurologia - Dipartimento Medico *Criteri 4, 7, 9, 10*

Prime 12 ore		Prime 48 ore		3 ^a - 5 ^a giornata		6 ^a - 8 ^a giornata		Dimissione/Trasferimento			
<p>VALUTAZIONE e SICUREZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anamnesi, E.O., NIHSS, mRS premorbosa, GCS, ADL ▪ Parametri vitali, dolore ▪ Continenza urinaria ▪ Prevenzione decubiti e cadute (Scale di Morse, Norton, Braden, Conley ...) ▪ Protezione paziente ▪ Screening disfagia <p>ESAMI, CONSULENZE e PROCEDURE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TC cerebrali entro 24 h (se non già eseguita) <ul style="list-style-type: none"> – Se TC positiva, controllo in base a evoluzione ▪ Integrazione esami ematochimici ▪ Consulenze: Chirurgia Vascolare, Cardiologia, NCH, Neuroradiologia, Rianimatoria, Dietologo/dietista, altre (se necessarie) ▪ Accesso venoso ▪ Scanner vescicale (in Neurologia) ▪ Eventuale cateterismo vescicale ▪ Richiesta Valutazione Fisiatrice <p>NUTRIZIONE, FARMACI, RIABILITAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferma/Revisione terapia domiciliare <ul style="list-style-type: none"> – O2 terapia (se SpO₂<92%) ▪ Profilassi secondaria precoce Stroke ▪ Definizione alimentazione in base a screening disfagia ▪ Prevenzione complicanze <p>INFORMAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A paziente e familiari (se consenso) su: <ul style="list-style-type: none"> – condizioni cliniche – scelta diagnostico-terapeutica – regime terapeutico e nutrizionale 		<p>VALUTAZIONE e SICUREZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ E.O. generale, neurologico, NIHSS, ADL ▪ Parametri vitali e dolore ▪ Disfagia ▪ Bilancio idrico/diuresi ▪ Prevenzione decubiti e cadute (Scale) ▪ Protezione del paziente <p>ESAMI, CONSULENZE e PROCEDURE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TC: entro 72 h (se negativa al basale) ▪ Completamento es. ematochimici ▪ Eco-doppler TSA (entro 48 ore/h lavorative) ▪ Richiesta altri esami in base al quadro clinico ed alla evoluzione (ecocardiogramma e TCCD per ictus criptogenetico) ▪ Possibili consulenze (in base a quadro clinico ed evoluzione): <ul style="list-style-type: none"> – Cardiologia, Rianimatoria, Logopedia, Dietistica – Chirurgia Vascolare, Neuroradiologia (rivascolarizzazione carotidea chirurgica/endovascolare) – Neurochirurgica (decompressione osteodurale; emorragia intracranica) ▪ Richiesta visita fisiatrice ▪ Se necessario: <ul style="list-style-type: none"> – Posizionamento SNG e CVC <p>NUTRIZIONE, FARMACI, RIABILITAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferma e adeguamento ter. farmacol. ▪ Ossigenoterapia (se SpO₂ < 92%) ▪ Attuazione delle indicazioni fisiatriche per trattamento riabilitativo ▪ Bilancio nutrizionale ▪ Alimentazione per via naturale (se possibile), altrimenti <ul style="list-style-type: none"> – NPT / NE <p>INFORMAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A paziente e familiari (se consenso) su: <ul style="list-style-type: none"> – condizioni cliniche – risultati indagini e pianificazione del percorso diagnostico-assistenziale – fattori di rischio cardiovascolari – educazione alla corretta mobilizzazione, rieducazione alle attività di vita quotidiana, precauzioni alimentari – menomazioni e disabilità, con indicazioni anche da parte del fisiatra – mobilizzazione in poltrona o sedia a rotelle – utilizzo appositi presidi deambulatori <p>INFORMAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A paziente e familiari (se consenso) su: <ul style="list-style-type: none"> – condizioni cliniche – risultati indagini e pianificazione del percorso diagnostico-assistenziale – Valutazione risorse familiari, sociali, finanziarie 		<p>VALUTAZIONE e SICUREZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ E.O. generale, neurologico, NIHSS, ADL ▪ Parametri vitali e dolore ▪ Disfagia ▪ Bilancio idrico/diuresi ▪ Prevenzione decubiti e cadute (Scale) ▪ Protezione del paziente <p>ESAMI, CONSULENZE e PROCEDURE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esecuzione visita fisiatrice (entro 72 h) ▪ TC di controllo in base all'evoluzione ▪ Richiesta altri esami in base al quadro clinico ed alla evoluzione (ecocardiogramma e TCCD per ictus criptogenetico) ▪ Possibili consulenze (in base a quadro clinico ed evoluzione: vedi 'prime 48 ore') ▪ Se necessario: <ul style="list-style-type: none"> – Posizionamento SNG e CVC <p>NUTRIZIONE, FARMACI, RIABILITAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferma e adeguamento ter. farmacol. ▪ Ossigenoterapia (se SpO₂ < 92%) ▪ Attuazione delle indicazioni fisiatriche per trattamento riabilitativo ▪ Bilancio nutrizionale ▪ Alimentazione per via naturale (se possibile), altrimenti <ul style="list-style-type: none"> – NPT / NE <p>INFORMAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A paziente e familiari (se consenso) su: <ul style="list-style-type: none"> – condizioni cliniche – risultati indagini e pianificazione del percorso diagnostico-assistenziale – fattori di rischio cardiovascolari – educazione alla corretta mobilizzazione, rieducazione alle attività di vita quotidiana, precauzioni alimentari – menomazioni e disabilità, con indicazioni anche da parte del fisiatra – mobilizzazione in poltrona o sedia a rotelle – utilizzo appositi presidi deambulatori 		<p>VALUTAZIONE e SICUREZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ E.O. generale, NIHSS, ADL ▪ Parametri vitali e dolore ▪ Bilancio neurologico e della disabilità residua (mRS, Barthel index) ▪ Valutazione in Team: neurologo/ internista, fisiatra, FT, IP, case manager ▪ Dimissibilità ed eventuale inizio percorso LPA/RSA (UVGO-UVGT, MMG, ADI) ▪ Prevenzione decubiti e cadute (Scale) ▪ Protezione del paziente <p>ESAMI, CONSULENZE e PROCEDURE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ TC/RM di controllo in base all'evoluzione ▪ Richiesta altri esami e possibili consulenze (in base a quadro clinico ed evoluzione: vedi 'prime 48 ore') ▪ Se necessario: <ul style="list-style-type: none"> – Posizionamento SNG e CVC <p>NUTRIZIONE, FARMACI, RIABILITAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferma e adeguamento ter. farmacol. ▪ Attuazione delle indicazioni fisiatriche per trattamento riabilitativo ▪ Rivalutazione deglutizione e pianificazione/attuazione programmi specifici <p>INFORMAZIONE e PIANIFICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il Team multidisciplinare fornisce al pz e ai familiari informazioni su: <ul style="list-style-type: none"> – condizioni cliniche – risultati indagini – menomazioni e disabilità, fabbisogno riabilitativo - assistenziale, normative per ausili e invalidità e percorso di cura – pianificazione/attuazione programmi di educazione alla gestione problematiche residue ed opportune stimolazioni – dimissione – mobilizz. in poltrona o in sedia a rotelle – utilizzo appositi presidi deambulazione – aumento attività secondo tolleranza ▪ Pianificazione dimissione: <ul style="list-style-type: none"> – rivedere opzioni dimissione con pz/care giver in base condizione clinica – definire setting assistenziale successivo e fabbisogno riabilitativo – valutazione eventuali presidi sanitari 		<p>VALUTAZIONE e SICUREZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ E.O. generale, NIHSS, ADL ▪ Parametri vitali e dolore ▪ Bilancio neurologico e della disabilità residua (mRS, Barthel index) <p>NUTRIZIONE, FARMACI</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conferma/revisione terapia farmacologica ▪ PEG a distanza (se permane un problema di alimentazione) <p>INFORMAZIONE e PIANIFICAZIONE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informazioni cliniche ai familiari ▪ Lettera di dimissione ▪ Gestione delle problematiche residue ▪ Avvio del piano di dimissione o trasferimento (domicilio, LPA, RSA, trasferimento ad altre UU.OO.) 			
GOALS		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilizzazione clinica ▪ Inquadramento clin.-patogen. ▪ Controllo comorbidità ▪ Prevenzione complicanze ▪ Avvio prevenzione secondaria 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Stabilizzazione clinica ▪ Inquadramento clinico-patogenetico ▪ Controllo comorbidità ▪ Prevenzione complicanze 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenzione complicanze da ipomobilità ed avvio di strategie di recupero funzionale ▪ Controllo comorbidità ▪ Definizione fabbisogno riabilitativo e pianificazione programmi riabilitativi 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prevenzione complicanze da ipomobilità ed avvio di strategie di recupero funzionale ▪ Valutazione e preparazione dimissione presso altro setting 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continuità assistenziale ▪ Definizione progetto riabilitativo ▪ Definizione percorso di cura post-acuto 	

Neurochirurgia				
Emorragia cerebrale spontanea Criteri 3, 6, 8				
Prime 12 ore		Prime 24 ore	Da 2 a 3 giorni	Da 4 a 7 giorni
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione parametri vitali e dolore ▪ NIHSS ▪ mRS premorbosa ▪ GCS ▪ ADL pre-morbosa ▪ Screening disfagia ▪ Valutazione continenza urinaria ▪ Valutazione rischio Decubiti ▪ Anamnesi ▪ E.O. - Profilo ematologico Stroke emorragico - ECG (se non fatto) - TC, TCA, TCP (se indicato) - AGF se indicata - Rx torace pre-operatorio - Monitoraggio sat.O2 - Accesso venoso - Eventuale cateterismo vescicale - Conferma/Revisione terapia domiciliare - Trattamento ipertensione Endocranica - Trattamento ipertensione Arteriosa previa Consulenza internistica -Trattamento crisi Epiletiche ripetute previa Consulenza neurologica -Trattamento della Iperpiressia con Paracetamolo -Se scoagulato conversione della TAO con Vit. K e/o PCC -Trattamento e Prevenzione Comorbidità - Craniotomia e/o drenaggio ventricolare esterno - Digiuno con integrazione idrica parenterale se intervento chirurgico, basata su screening Disfagia negli altri casi. -Informazione al pz e ai familiari sulle condizioni cliniche, spiegazione scelta diagnostico-terapeutica ed eventuale intervento chirurgico (consenso), informazione regime terapeutico e nutrizionale, prevenzione cadute. -Prevenzione decubiti e cadute (Scala Morse) -Protezione del paziente -TC di controllo entro 12 h dall'intervento chirurgico 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione parametri vitali e dolore ▪ E.O. Neurologico e NIHSS ▪ GCS ▪ Screening disfagia ▪ Valutazione continenza urinaria ▪ Valutazione rischio decubiti - Ripetizione profilo Ematologico ed eventuale completamento es. umorali -Altre valutazioni diagnostiche in base al quadro clinico ed alla evoluzione -Eventuali consulenze (Rianimatore, Neurologo, Internista e secondo le co-patologie) -Monitoraggio Sat.O2 -Eventuale Controllo Drenaggio Ventricolare Esterno -Eventuale SNG e CVC -Antibiotico-terapia Peri- e post- operatoria -Prosecuzione terapia Farmacologica per Iperensione endocranica e altre comorbidità -Reintervento in caso di risanguinamento e peggioramento clinico -Bilancio nutrizionale basato anche su screening disfagia -Informazioni al pz e ai familiari sulle condizioni cliniche, risultati indagini, regime terapeutico e nutrizionale, prevenzione cadute -Prevenzione decubiti e cadute (Scala Morse) -Protezione del paziente TC entro 72 ore in base all'evoluzione clinica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutazione. parametri Vitali e dolore ▪ E.O. neurologico e NIHSS ▪ GCS ▪ Valutazione Rischio decubiti -Monitoraggio Sat.O2 -Gestione problemi emergenti - Valutazione Fisiatrica se paziente stabilizzato -Antibiotico-terapia -Prosecuzione terapia Farmacologica per Iperensione endocranica e altre comorbidità -Reintervento in caso di risanguinamento e peggioramento clinico -Bilancio nutrizionale basato anche su screening disfagia -Informazioni al pz e ai familiari sulle condizioni cliniche, risultati indagini, regime terapeutico e nutrizionale, informazione prevenzione cadute -Prevenzione decubiti e cadute (Scala Morse) -Protezione del paziente Altre TC in base all'evoluzione clinica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valutaz. parametri Vitali e dolore ▪ E.O. neurologico, NIHSS e bilancio della disabilità residua(mRS, Barthel index) ▪ GCS ▪ Valutaz. Rischio decubiti ▪ Bilancio neurologico e della disabilità residua Monitoraggio Sat.O2 -Gestione problemi emergenti -Valutazione Fisiatrica se paziente Stabilizzato -Antibiotico-terapia -Prosecuzione terapia Farmacologica per Iperensione endocranica e altre comorbidità -Riabilitazione in reparto se indicata -Informazioni al pz e ai familiari sulle condizioni cliniche e risultati indagini -Prevenzione decubiti e cadute (Scala Morse) -Protezione del paziente -valutazione dimissibilità e/o trasferimento -Valutazione UVGO-UVGT -Trasferimento all'Ospedale di I livello inviante o in U.O. di Medicina/lungodegenza -eventuale inizio percorso LPA/RSA - Eventuale dimissione
Goals	<ul style="list-style-type: none"> -Controllo/risoluzione Iperensione endocranica -Inquadramento clinico- eziopatogenetico -Stabilizzazione paziente -Prevenzione secondaria -controllo comorbidità 	<ul style="list-style-type: none"> -Controllo/risoluzione Iperensione endocranica -Inquadramento clinico- eziopatogenetico -Stabilizzazione paziente -Prevenzione secondaria -controllo comorbidità 	<ul style="list-style-type: none"> -Controllo/risoluzione Iperensione endocranica -Inquadramento clinico- eziopatogenetico -Stabilizzazione pz -Prevenzione secondaria -controllo comorbidità 	<ul style="list-style-type: none"> -Stabilizzazione paziente -Prevenzione secondaria -controllo comorbidità -Trasferimento tempestivo all'Ospedale di provenienza o Medicina/lungodegenza

Riabilitazione Intensiva Criteri 9, 10

Tempo 0	Entro le 24 h successive all'ingresso	Entro 7 gg dall'ingresso	Giornate successive	Fase di Pre- dimissione e dimissione
<p>Ingresso paziente (Procedura P-002-UMR, UGC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sistemazione del paziente - Controllo parametri vitali - Raccolta della documentazione clinico / anamnestica - Visita di ingresso e compilazione documentazione clinica (cartella clinica integrata) - Compilazione scheda unica di terapia - Indicazioni dietetico / nutrizionali - Informazione ai familiari (Procedura P-002-UMR, UGC) - Prevenzione delle cadute, delle lesioni da pressione e prevenzione dei danni secondari da ipomobilità 	<ul style="list-style-type: none"> -Valutazione di ingresso e prima pianificazione degli interventi ed Accoglimento (Procedura P-002 UMR, UGC) - Prelievi ematici o altre indagini sulla base delle valutazioni cliniche - Raccolta clinico anamnestica (dal paziente e/o familiari) da parte del medico responsabile del progetto riabilitativo - Visita di team (componenti del team inter professionale) -Prima riunione di progetto/ di programma con sintesi delle prime valutazioni / programmi ed obiettivi in base alle aree di problematicità rilevate . 8 Aree di intervento <ul style="list-style-type: none"> - Stabilità internistica - funzioni vitali di base - funzioni sensitivo motorie - mobilità -trasferimenti - competenze comunicativo/ relazionali - competenze cognitivo comportamentali - autonomia di cura della persona - riadattamento/ reinserimento sociale - Prosecuzione terapia -Sulla base della valutazione Definizione di eventuali programmi specifici per la disfagia Colloquio di orientamento ed informazione ai familiari e presentazione del team (componenti del team) - Prevenzione delle cadute delle lesioni da pressione e prevenzione dei danni secondari da ipomobilità Predisposizione di ausili per mobilità 	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione del progetto riabilitativo individuale (Procedura P003 UMR, UGC) - Prelievi ematici o altre indagini clinico/strumentali sulla base delle valutazioni cliniche all'interno dei programmi di trattamento e del progetto riabilitativo - Effettuazione delle valutazioni pianificate in sede di visita di team e della prima riunione di programma nel corso dei primi gg di ricovero - pianificazione e attuazione dei programmi di trattamento specifici individuati - redazione del progetto riabilitativo (team interprofessionale) - Prosecuzione terapia - Valutazioni longitudinali deglutizione / alimentazione e pianificazione / attuazione programmi specifici per disfagia (team) - Colloquio di conoscenza della/o psicologo con la famiglia - Colloqui con i caregiver/famiglia da parte degli operatori/team in itinere - Prevenzione delle cadute delle lesioni da pressione e prevenzione dei danni secondari da ipomobilità - Predisposizione di ausili per mobilità 	<p>Realizzazione del progetto riabilitativo verifica del suo andamento eventuali modifiche (procedura P003 UMR, UGC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prelievi ematici o altre indagini clinico/strumentali sulla base delle valutazioni cliniche all'interno dei programmi di trattamento e del progetto riabilitativo - Effettuazione degli interventi riabilitativi sulla base dei programmi individuati nelle valutazione delle 8 aree di intervento. - Effettuazione di periodiche riunioni di programma e di famiglia del team interprofessionale per verifica dell'andamento e sviluppo dei diversi programmi e del progetto riabilitativo , modificandolo se necessario - Compilazione della Richiesta di riconoscimento invalidità - Prosecuzione terapia - Modifica della dieta in relazione all'evoluzione del quadro disfagico /programmi specifici in relazione al modificarsi del quadro - Socializzazione del progetto riabilitativo (entro 15 gg.) attraverso riunione del team con i familiari - Interventi di informazione , educazione terapeutica e addestramento del paziente e dei familiari e/o caregiver da parte del team in previsione delle prove di domiciliazione e/ o pianificazione della dimissione - Colloquio periodico con lo psicologo/attività di supporto psicologico/gruppi di auto-aiuto - Prevenzione delle cadute delle lesioni da pressione e prevenzione dei danni secondari da ipomobilità - Addestramento al miglioramento dell'autonomia con ausili per mobilità - Individuazione del fabbisogno in ausili e successiva prescrizione , fornitura - addestramento all'uso di paziente e familiari 	<p>Pianificazione della dimissione / reinserimento o passaggio in carico ad altre strutture (Procedura P-004-UMR, UGC)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prelievi ematici o altre indagini clinico/ strumentali sulla base delle valutazioni cliniche all'interno dei programmi di trattamento e del progetto riabilitativo ed utili alla preparazione alla dimissione - Valutazione della possibile destinazione alla dimissione. - Il team riabilitativo valutati i risultati dello svolgimento del progetto riabilitativo elabora il piano di dimissione in sede di riunione di programma e presenta il piano di dimissione almeno 15 gg prima dalla dimissione al paziente ed alla famiglia - Definizione della data di dimissione – Preparazione della dimissione e sua effettuazione Redazione relazione di dimissione (Procedura P-004 UMR, UGC) - Indicazioni/Prescrizione della terapia per la dimissione nella relazione di dimissione - Prescrizione della dieta per il domicilio nella relazione di dimissione Addestramento del paziente e dei familiari e/o caregiver da parte del team in previsione della dimissione - Consolidamento delle abilità acquisite nelle ADL primarie e loro implementazione in sicurezza - Contatti e/o con il territorio/coinvolgimento servizi sociali/MdGstrutture/servizi riabilitativi /strutture protette se previsto - Dimissione del paziente al proprio domicilio o inserimento in struttura protetta o passaggio in carico ad altre strutture sanitarie se indicato
<p>Goals Prevenzione lesioni e danni al pz</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione primo programma ed obiettivi - Prevenzione lesioni e danni al pz. Paziente e familiari ben informati 	<p>Massimizzazione del recupero consentito dall'evento morboso/raggiungimento del miglior outcome possibile consentito dalle alterazioni di struttura e funzione</p> <p>Paziente e familiari ben informati</p>	<p>Eventuale modulazione del programma riabilitativo</p> <p>Massimizzazione del recupero consentito dall'evento morboso/raggiungimento del miglior outcome possibile consentito dalle alterazioni di struttura e funzione</p> <p>Prevenzione lesioni e danni</p> <p>Pazienti e familiari ben informati</p> <p>Tempestiva fornitura ausili</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Restituzione del paziente al proprio ambiente di vita (inserimento familiare/sociale) - Tempestivo inserimento in struttura protetta o passaggio in carico ad altre strutture sanitarie -Massimizzazione del recupero consentito dall'evento morboso/raggiungimento del miglior outcome possibile consentito dalle alterazioni di struttura e funzione Paziente e familiari ben informati

9. Parametri di controllo

Fase 118 - PS

1. Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione di Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS) preospedaliera

Fase trombolisi

2. Percentuale di pazienti con diagnosi finale di stroke ischemico che non hanno effettuato trombolisi o di stroke emorragico, ricoverati nelle UU.OO. di Neurologia, Clinica Neurologica e Neurochirurgia, che hanno eseguito TC cerebrale entro 24 h dal loro arrivo in ospedale
3. Percentuale di pazienti con Stroke Ischemico che effettuano trombolisi intravenosa
4. Percentuale di pazienti con Stroke ricoverati in Stroke Unit

Fase Medicina - Neurologia

5. Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione fisiatrica entro 72 ore
6. Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione della disfagia entro 24 ore dal ricovero
7. Percentuale di pazienti sottoposti a prevenzione del rischio di sviluppare Trombosi Venosa Profonda entro 48 h
8. Percentuale di pazienti che entro 48 ore hanno effettuato un set di valutazioni cliniche con:
 - a. Percentuale di pazienti sottoposti a Glasgow
 - b. Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione neurologica con NIHSS
 - c. Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione con scala di Barthel.
 - d. Percentuale di pazienti sottoposti a valutazione con scala di Rankin anamnestica
9. Assessment del rischio nutrizionale
10. Percentuale di pazienti per i quali è documentata almeno una riunione del team durante il ricovero
11. Percentuale di pazienti per i quali è documentata almeno una seduta informativa del team con paziente e/o caregiver durante il ricovero
12. Percentuale di pazienti che effettuano Ultrasound/CT angiography of carotid artery
13. Percentuale di pazienti che hanno avvio del trattamento antiaggregante entro 48 ore
14. Prevenzione secondaria nell'ictus ischemico

Riabilitazione

15. Percentuale pazienti accettati in riabilitazione intensiva entro 48 ore dalla scelta di questo setting come appropriato
16. Incremento settimanale dell'autonomia funzionale per i soggetti affetti da esiti di "Stroke"

Risultati / Esiti

17. Tasso di mortalità a 3 mesi in pazienti con stroke ischemico trattati con trombolisi sistemica (rTPA) entro 3 h dall'esordio
18. Riammissioni ospedaliere a 30 gg dalla dimissione per ictus
19. Mortalità a 30 giorni dall'esordio
20. Mortalità a 12 mesi dall'esordio