

PDTA DEL PAZIENTE CON ICTUS: FASE POST ACUTA

Matrice delle revisioni

Revisione	Data	Descrizione / Tipo modifica	Redatta da	Verificata da	Approvata da
00	21/12/2022	Emissione	Matteo Borghi Michela Brizzi Andrea Celia Fabio Chiodo Grandi Francesco Coiz Miria Del Forno Tullio Giorgini Fanny Meneguzzi Federico Norante Bruna Odasmini Paolo Passadore Carla Toffoli Stefania Tomè Luca Zanet	Rete ICTUS Gigli Gian Luigi	Andreatti Maurizio (firmato digitalmente)
01					

Firma digitale delle revisioni del documento

Revisione n./data	Firma per redazione	Firma per verifica	Firma per approvazione
00 Del			
01 Del			

L'aggiornamento e le modifiche al presente documento avverranno su indicazione del gruppo di redazione ed in accordo con il coordinatore della SOC Reti Cliniche.

A cura della Rete per la presa in carico dei pazienti con ICTUS

SORES

Federico Nadalin

Neurologo Spoke

Amato De Monte

Neurologo Stroke Unit

Michele Rana (ASUGI)

Gian Luigi Gigli (coord.- ASUFC)

Paolo Passadore (ASFO)

Paolo Manganotti (ASUGI)

Daniela Cargnelutti (ASUFC)

Infermiere degenza specialistica

Barbara dal Toè (ASUGI)

Antonella Mattiussi (ASUFC)

Neuroradiologo

Serena D'Agostini (ASUFC)

Radiologo Interventista

Fabio Pozzi Mucelli (ASUGI)

Massimo Sponza (ASUFC)

Radiologo

Stefano Meduri (ASUFC)

Medico Area Emergenza

Agnese Petris (ASUFC)

Sara Ardesi (ASUGI)

Laura De Santi (ASFO)

Pier Paolo Pillinini (ASUFC)

Riccardo Roseano (ASUGI)

Andrea Russo (ASUGI)

Neurochirurgo

Antonio Cramaro (ASUFC)

Internista

Raffaele Zoratti (ASUFC)

Fisiatra

Valentina Pesavento (ASUGI)

Tullio Giorgini (ASUFC)

Fisioterapista

Stefania Tomè (ASFO)

Gilberto Cherri (ASUGI)

Logopedista

Fanny Meneguzzi (ASFO)

Cardiologo

Serena Rakar (ASUGI)

Area Distretto

Bruna Odasmini (ASUFC)

Barbara Baskar (ASUGI)

Ilenia Mores (ASFO)

Fabio Samani (ASUGI)

MMG

Carolina Florio (ASUGI)

DMO

Federico Norante (ASFO)

Associazione pazienti

Alessandro Conte (ASUFC)

Fabio Chiodo Grandi

v

Gruppo redazionale

Matteo Borghi

Dietista, SOC Endocrinologia, ASUFC

Michela Brizzi

Assistente Sociale, ASUGI

Andrea Celia

Fisiatra, Riabilitazione PO Pordenone - ASFO

Francesco Coiz
Miria Del Forno
Tullio Giorgini
Fanny Meneguzzi
Federico Norante
Bruna Odasmini
Paolo Passadore
Carla Toffoli
Stefania Tomè
Luca Zanet

Infermiere, Direzione delle Professioni, ASUFC
Infermiere, Direzione delle Professioni, ASUFC
Fisiatra, Riabilitazione PO Latisana - Palmanova, ASUFC
Logopedista, P.O. Pordenone, ASFO
MMG, ASFO
Infermiere, Distretto Sanitario di Tarcento, ASUFC
Neurologo, Neurologia PO Pordenone, ASFO
Fisioterapista, Distretto Sanitario di Udine, ASUGC
Fisioterapista, Riabilitazione Cure Primarie, ASFO
Neurologo, Neurologia PO Pordenone, ASFO

Coordinamento della Rete ICTUS

Gian Luigi Gigli Direttore Clinica Neurologica Udine, ASUFC

Revisione

Gian Luigi Gigli Direttore Clinica Neurologica Udine, ASUFC
Roberta Chiandetti Azienda regionale di Coordinamento per la Salute – ARCS

Revisori AGREE¹

Associazione Nazionale AIFI
SIMFER Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

Verifica ed Approvazione

Rete per la presa in carico dei pazienti ICTUS
Dr. Maurizio Andreatti Direttore Sanitario, Azienda regionale di Coordinamento per la Salute – ARCS

¹ La redazione del documento non è stata prevista con la strutturazione da LG ma come un PDTA con indicazioni e contenuti clinico organizzativi. Parte dei suggerimenti pervenuti dai valutatori sono stati previsti nel documento, altri verranno considerati negli aggiornamenti futuri.

Metodologia di lavoro

Per l'elaborazione di questo documento ci si è avvalsi del supporto metodologico fornito dal documento "Modello per La gestione delle Reti Cliniche di patologia" ARCS.²

La sua stesura ed implementazione risponde ai mandati istituzionali regionali.

Il processo di elaborazione del PDTA ha tenuto conto di alcune fasi:

1. individuazione del gruppo di esperti multiprofessionale e multispecialistico;
2. ricerca della letteratura scientifica di riferimento;
3. valutazione delle prove scientifiche raccolte in base al sistema di grading presente nelle LG adottate e definizione del PDTA tenendo conto della realtà regionale;

Nel documento è assente la presenza di sponsor commerciali

Si rimanda al [PDTA fase acuta](#) l'approfondimento della parte assistenziale e riabilitativa del paziente ricoverato in degenza specialistica o ordinaria nelle fasi immediatamente successive all'evento acuto.

Il presente documento si pone l'obiettivo di approfondire i criteri ed i livelli di erogazione di cure assistenziali e riabilitative domiciliari, ambulatoriali intensive ed estensive in strutture residenziali e semiresidenziali, anche alla luce di quanto il PNRR prevede nella definizione dei diversi setting di cura.

Nel documento vengono già riportate alcune delle strutture e dei servizi previsti dal DM 77/2022, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.144 del 22 giugno 2022 e che non sono ancora implementate sul territorio regionale al momento della redazione del PDTA in oggetto.

² Decreto ARCS n. 209 del 30/09/2020 "modello per la gestione delle reti cliniche di patologia"

Sommario

SOMMARIO	5
ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	7
PREMESSA	9
SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	9
DESTINATARI	10
EPIDEMIOLOGIA	10
SCHEDA REGIONALE DI RACCOLTA DATO CLINICO E MONITORAGGIO	16
LA DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALLA STRUTTURA OSPEDALIERA	16
TIPOLOGIA DI DIMISSIONE DAL REPARTO PER ACUTI OSPEDALIERO	19
IL PERCORSO POST ACUTO DEL PAZIENTE CON ICTUS	20
IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RIABILITATIVE IN REGIONE	21
PNRR: I “GOLD STANDARD”	23
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE – IL PROGETTO DI SALUTE	23
PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)	24
PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE (PRI)	26
ATTIVITÀ FISICA ADATTATA	27
TELERIABILITAZIONE	28
ALGORITMO DECISIONALE SUL <i>SETTING</i> SUCCESSIVO ALLA FASE ACUTA	29
RICOVERO IN STRUTTURE DI DEGENZA PER RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	29
- ACCOGLIMENTO DEL PAZIENTE E PRIME VALUTAZIONI	30
- APPROFONDIMENTO VALUTATIVO E PRESA IN CARICO PRECOCE	30
- PIANIFICAZIONE RIABILITATIVA	31
- ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI E MONITORAGGIO	31
- PROGRAMMAZIONE PER TIPOLOGIA DI DIMISSIONE	31
CONTINUITA’ DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO	33
DIMISSIONE DEL PAZIENTE DAL <i>SETTING</i> OSPEDALIERO,	33
PRESA IN CARICO TERRITORIALE, DISTRETTO-COT-PUA	35
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN RSA	36
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN AMBULATORIO	38
ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI E MONITORAGGIO	38
PROGRAMMAZIONE DIMISSIONE	38
PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE A DOMICILIO	39
PROCEDURA AUSILI NECESSARI ALLA DIMISSIONE	41
RUOLO DELLE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	41
ESITI ED INDICATORI	42
INDICATORI	42
BIBLIOGRAFIA	44

ALLEGATI:	46
1- CRITERI DI STABILITÀ CLINICA	46
2 - SCALA DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' - <i>RANKIN SCALE MODIFICATA (MRS)</i>	52
3 - SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA - <i>BARTHEL INDEX (BI 0-100)</i>	53
<u>4 - TEST PER LA VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA – <i>TEST DELL'ACQUA</i></u>	<u>54</u>
5 – VALUTAZIONE STABILITA' DEL TRONCO - <i>TRUNK CONTROL TEST (TCT)</i>	55
6 - INDICE DI COMORBILITÀ - <i>CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE – (CIRS)</i>	56
7- <i>MOCA</i>	58
8 – <i>SCALA DI TINETTI (PERFORMANCE-ORIENTED MOBILITY ASSESSMENT)</i>	59
9 – <i>SCREENING DELLA MALNUTRIZIONE “MUST”(MALNUTRITION UNIVERSAL SCREENING TOOL)</i>	60
10 – <i>SCALA FOIS (FUNCTIONAL ORAL INTAKE SCALE)</i>	61
11 – <i>FARMACI TRITURABILI</i>	61
12 – <i>VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE (SCALA DI CONLEY)</i>	62
13 – <i>VALUTAZIONE DOLORE (FACE SCALE, SCALA PAINAD)</i>	63
14 – <i>SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER LA CONTINUITÀ RIABILITATIVA</i>	64
15- <i>SCHEDA DI CONTINUITA' FISIOTERAPICA</i>	65
16 <i>MANUALE SCALE DI VALUTAZIONE</i>	68
17- <i>SCHEDA VALGRAF SLIM</i>	68
18 – <i>SCHEDA VALGRAF DOMICILIARE PER VALUTAZIONI A DOMICILIO</i>	68

Abbreviazioni e acronimi

AdE	Area d'Emergenza
AAT	Aachener Aphasia Test
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	Attività della vita quotidiana (<i>Activities of Daily Living</i>)
ADS	Amministratore di Sostegno
AFIR	Assistenza Farmaceutica Integrativa Regionale
AGF	Angiografica
ALS	Advanced Life Support
APA	Assegno per l'autonomia
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CAF	Contributo per l'aiuto familiare
CO 112	Centrale Operativa 112
COT	Centrale Operativa Territoriale
ELLM	Esame Linguaggio Letto Malato
ENPA	Esame Neuropsicologico Per l'Afasia
ESA	Emorragia Subaracnoidea
FAP	Fondo autonomia possibile
GCS	Glasgow Coma Scale
IA	Intrararteriosa
IADL	Attività strumentali della vita quotidiana (<i>Instrumental activities of daily living</i>)
I.M.F.R.	Presidio Ospedaliero Specializzato Istituto Medicina Fisica e Riabilitazione "Gervasutta" - UD
LDP	Lesioni da pressione
LG	Linee Guida
MMG	Medico di Medicina Generale
mRS	modified Rankin Scale
MUST	Malnutrition Universal Screening Tool
NAD	Nutrizione artificiale domiciliare
NE	Nutrizione Enterale
NIHSS	National Institute of Health Stroke Scale
NGC	National Guideline Clearinghouse
NPT	Nutrizione parenterale totale
OBI	Osservazione Breve Intensiva
OSS	Operatore sociosanitario

PDTA	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale
PEG	Gastrostomia Endoscopica Percutanea
PEJ	Digiunostomia percutanea
PRI	Progetto Riabilitativo Individuale
PIC	Percorso Integrato di Cura
PLS	Pediatri di Libera Scelta
PPDTA	Percorso di Prevenzione, Diagnosi, Trattamento e Assistenza
PAI	Piano assistenziale individuale
PNRR	Piano Nazionale di ripresa e resilienza
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punto Unico d'Accesso
RM	Risonanza Magnetica
RRM	Registro regionale di mortalità
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SDO	Scheda di Dimissione Ospedaliera
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SNC	Sistema Nervoso Centrale
SNG	Sondino Naso-Gastrico
SRD	Servizio di riabilitazione domiciliare
SU	Stroke Unit
SUAP	Speciali Unità di Assistenza Protratta
SVI	Sostegno alla vita indipendente
TC	Tomografia assiale Computerizzata
TCT	Trunk Control Test
TI	Terapia Intensiva
TIA	Attacco Ischemico Transitorio
TSA	Tronchi sovraortici
TSLB	Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
TSRM	Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
UVM	Unità di valutazione multidimensionale
ValGraf	VALutazione GRAFica

Premessa

Il primo atto formale istitutivo della Rete Regionale per la gestione del Paziente con Ictus è declinato con la DGR n. 2198 del 20 novembre 2014 che recepisce le indicazioni istituzionali sulle patologie tempo-dipendenti e sulla necessità di attivazione di reti di patologia che portino all'adozione delle migliori modalità di trattamento sulla base di protocolli diagnostico-terapeutici definiti ed omogenei su tutto il territorio. Nella DGR n.2198 viene definito in modo articolato e dettagliato il modello organizzativo di riferimento nelle diverse fasi: pre ospedaliera, ospedaliera, post ospedaliera (quest'ultima riferita a degenze di riabilitazione, residenzialità protette e domicilio).

L'attuale organizzazione dei servizi, differenziata sia per livelli di cura e sia tra servizi territoriali e ospedalieri, non facilita una visione unitaria del percorso dell'assistito e rende complessa la ricomposizione delle diverse professionalità e prestazioni.

Il presente documento nasce con lo scopo di definire ed uniformare il percorso del paziente nella fase post acuta dell'ICTUS, dal momento della dimissione dal reparto per acuti alla presa in carico riabilitativa ospedaliera o territoriale, nei diversi *setting* di cura.

Scopo e campo di applicazione

Questo documento ha come scopo quello di descrivere il percorso diagnostico, terapeutico, riabilitativo e assistenziale della fase post acuta del paziente colpito da ictus, con il molteplice obiettivo di:

- uniformare i comportamenti dei professionisti che trattano il paziente, avvicinandoli alle raccomandazioni *evidence based*;
- qualificare i livelli di assistenza e trattamento, secondo criteri di appropriatezza ed efficacia;
- creare integrazione tra strutture/professionisti, mediante l'utilizzo di strumenti e linguaggi condivisi.

Nel perseguimento di questi obiettivi il documento pone attenzione anche agli orientamenti più recenti e riportati dalla letteratura: la dimissione precoce, il team territoriale dedicato, la prevenzione dello stroke secondario attraverso il follow-up e le funzioni di richiamo proattivo del paziente, la promozione dell'educazione per favorire *l'empowerment*, la riabilitazione personalizzata e *need-based*, il supporto ai *caregiver* e all'integrazione nelle comunità (es. peer support) e, non ultimo il supporto, anche attraverso la terapia occupazionale, alla ripresa delle attività di vita *extended* (salute, benessere, attività fisica e lavorativa, vita sessuale e di relazione, guida di autoveicoli, ecc).

Al fine di rendere immediata la consultazione del documento lo stesso è stato reso interattivo inserendo collegamenti (link) che facilmente rimandano agli strumenti utili o di riferimento per ogni specifica fase del percorso assistenziale. La modalità ottimale di fruizione è pertanto tramite supporto informatico.

Con questo documento la rete ICTUS si propone di definire le principali esigenze legate all'organizzazione ed alla gestione delle diverse fasi assistenziali e riabilitative di cui le persone

colpite da ictus possono avere necessità nelle fasi successive all'evento acuto, cercando di uniformare il percorso del paziente nella continuità di cura dalla fase di degenza ospedaliera alla presa in carico riabilitativa nelle strutture intermedie (RSA riabilitative), in ambulatorio e a domicilio, fino alla gestione autonoma della disabilità residua.

A tal fine si ritiene indispensabile che si realizzi una piena collaborazione tra Aziende Ospedaliere, Strutture Sanitarie Territoriali, Strutture Private Accreditate ed Agenzie erogatrici di servizi sul territorio, anche in relazione alle nuove future dimensioni organizzative previste dal PNRR e non ancora attivate al momento della stesura del documento:

Destinatari

I contenuti del documento sono destinati a tutti i professionisti coinvolti nel percorso di diagnosi, trattamento e assistenza del paziente con ictus delle seguenti strutture operative ospedaliere e territoriali del Servizio Sanitario Regionale Friuli Venezia Giulia:

- Strutture Operative delle Aziende Hub della rete ictus: Presidi Ospedalieri Cattinara e Maggiore di Trieste, Santa Maria della Misericordia di Udine e Santa Maria degli Angeli di Pordenone con relative Direzioni Mediche,
- Strutture Operative degli Ospedali di rete regionale,
- Presidio Ospedaliero Specializzato Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione "Gervasutta" di Udine (I.M.F.R.)
- Distretti sanitari della regione e strutture/attività afferenti: Punti Unici di Accesso (PUA/PUAI/COT), RSA, Assistenza Domiciliare Infermieristica/Riabilitativa, Assistenza ambulatoriale specialistica.
- Direzioni Sanitarie delle Aziende per l'Assistenza Sanitaria.
- Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).
- Strutture residenziali, strutture accreditate convenzionate
- Ospedali di Comunità
- Case della Comunità

Epidemiologia

L'incidenza regionale di ictus nell'anno 2021 è stata complessivamente superiore ai 1943 nuovi casi. Considerando che la necessità di instaurare un percorso di riabilitazione degenziale o residenziale varia, a livello nazionale, tra il 18 ed il 30% dei nuovi casi di ictus, si può stimare un bisogno riabilitativo regionale compreso tra i 486 ed i 810 ricoveri (o residenze) all'anno per pazienti con ictus.

CASI INCIDENTI DI ICTUS IN FVG NEL 2021

TASSI DI INCIDENZA ANNO 2021									
AZIENDA RESIDENZ A	CASI INCIDENTI			TASSI GREZZI * 1.000			TASSI STANDARDIZZATI * 1.000		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCH I	FEMMIN E	TOTAL I	MASCH I	FEMMIN E	TOTAL I
ASFO	226	255	481	1,48	1,62	1,55	1,22	1,36	1,30
ASUFC	431	423	854	1,70	1,58	1,64	1,30	1,23	1,27
ASUGI	271	337	608	1,51	1,77	1,64	1,14	1,26	1,20
FVG	928	1015	1943	1,58	1,65	1,62	1,22	1,27	1,25

Popolazione std: Italiana censimento 2011 (standardizzazione per singolo genere)

SOLO ISCHEMICI TASSI DI INCIDENZA ANNO 2021									
AZIENDA RESIDENZ A	CASI INCIDENTI			TASSI GREZZI * 1.000			TASSI STANDARDIZZATI * 1.000		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCH I	FEMMIN E	TOTAL I	MASCH I	FEMMIN E	TOTAL I
ASFO	176	181	357	1,15	1,15	1,15	0,95	0,95	0,96
ASUFC	325	313	638	1,28	1,17	1,22	0,97	0,90	0,94
ASUGI	183	246	429	1,02	1,29	1,16	0,76	0,91	0,84
FVG	684	740	1424	1,17	1,20	1,19	0,90	0,91	0,91

Popolazione std: Italiana censimento 2011 (standardizzazione per singolo genere)

SOLO EMORRAGICI TASSI DI INCIDENZA ANNO 2021									
AZIENDA RESIDENZ A	CASI INCIDENTI			TASSI GREZZI * 1.000			TASSI STANDARDIZZATI * 1.000		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCH I	FEMMIN E	TOTAL I	MASCH I	FEMMIN E	TOTAL I
ASFO	54	84	138	0,35	0,53	0,44	0,29	0,46	0,38
ASUFC	125	122	247	0,49	0,46	0,47	0,38	0,37	0,37
ASUGI	97	97	194	0,54	0,51	0,52	0,41	0,37	0,39
FVG	276	303	579	0,47	0,49	0,48	0,37	0,39	0,38

Popolazione std: Italiana censimento 2011 (standardizzazione per singolo genere)

Dati estratti dal registro regionale* dell'ictus in data 08.06.2022

I casi incidenti sono definiti come persone residenti nella regione Friuli Venezia Giulia che hanno avuto per la prima volta almeno un episodio acuto di ictus nell'anno di rilevazione

PREVALENZA SOGGETTI CON ICTUS FVG 2021

PREVALENZA ANNO 2021									
AZIENDA RESIDENZA	CASI PREVALENTI			PREVALENZA GREZZA * 1.000			PREVALENZA STANDARDIZZATA * 1.000		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
ASFO	1932	1854	3786	12,64	11,75	12,19	10,50	9,93	10,28
ASUFC	3739	3352	7091	14,76	12,51	13,61	11,25	9,77	10,56
ASUGI	2749	2588	5337	15,30	13,61	14,43	11,43	9,73	10,58
FVG	8420	7794	16214	14,37	12,66	13,49	11,12	9,79	10,49

Popolazione std: Italiana censimento 2011 (standardizzazione per singolo genere)

SOLO ISCHEMICI PREVALENZA ANNO 2021									
AZIENDA RESIDENZA	CASI PREVALENTI			PREVALENZA GREZZA * 1.000			PREVALENZA STANDARDIZZATA * 1.000		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
ASFO	1471	1383	2854	9,62	8,77	9,19	7,93	7,33	7,68
ASUFC	2970	2584	5554	11,73	9,65	10,66	8,87	7,44	8,19
ASUGI	2167	2058	4225	12,06	10,83	11,42	8,93	7,62	8,27
FVG	6608	6025	12633	11,28	9,79	10,51	8,66	7,46	8,09

Popolazione std: Italiana censimento 2011 (standardizzazione per singolo genere)

SOLO EMORRAGICI PREVALENZA ANNO 2021									
AZIENDA RESIDENZA	CASI PREVALENTI			PREVALENZA GREZZA * 1.000			PREVALENZA STANDARDIZZATA * 1.000		
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
ASFO	494	501	995	3,23	3,18	3,20	2,74	2,76	2,76
ASUFC	851	822	1673	3,36	3,07	3,21	2,62	2,48	2,56
ASUGI	633	557	1190	3,52	2,93	3,22	2,69	2,21	2,45
FVG	1978	1880	3858	3,38	3,05	3,21	2,67	2,46	2,57

Popolazione std: Italiana censimento 2011 (standardizzazione per singolo genere)

Dati estratti dal registro regionale* dell'ictus in data 08.06.2022

***REGOLE DI ALIMENTAZIONE DEL REGISTRO REGIONALE DELL'ICTUS**

Il registro regionale degli ictus è stato costruito seguendo due metodologie separate per gli ictus di tipo ischemico e quelli di tipo emorragico, in quanto le peculiarità di queste due tipologie hanno richiesto l'impiego di fonti di dati e procedure di estrazione diverse, di seguito descritte.

Fonte principale di estrazione dei dati: Schede di dimissione ospedaliera dal 1995 con i seguenti codici ICD9CM in posizione principale di diagnosi:

Per ictus ischemico: 433.x1 (433.01, 433.11, 433.21, 433.31, 433.81, 433.91), 434.x1 (434.01, 434.11, 434.91), 436.

Per ictus emorragico: 430, 431, 432.x

Gli ictus di tipo emorragico vengono ulteriormente processati mediante record *linkage* con i dati di pronto soccorso e di prestazioni radiologiche ambulatoriali al fine di effettuare una pulizia dei dati dai casi di emorragie cerebrali di origine traumatica codificate erroneamente come ictus.

i casi prevalenti sono definiti come coloro che hanno avuto un ictus nell'anno di interesse o precedentemente e risultano ancora in vita nel 2021.

Si è voluta concentrare l'attenzione nell'estrazione dei dati alla modalità di dimissione dei pazienti, finalizzati all'approfondimento della presa in carico post acuta.

Struttura	Al domicilio con attiv. Ospedalizz. Domiciliare	Deceduto/a	Ordinaria al domicilio	Ordinaria con attiv. Assist. Domic. Integrata	Ordinaria presso una r.s.a.	Trasf Ad altro ist. Pubbl. O priv. Di riabil.	Trasf.Ad altro ist. Pubbl. O priv. Per acuti	Trasf. Ad altro regime ric. Nello stesso ist.	Volontaria	Totale
NUMERO RICOVERI PER ICTUS EMORAGGICO										
CASA DI CURA SANATORIO TRIESTINO			1							1
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN		27	53		14	6	10	7		117
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO		10	32	1	13	2	6			64
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE P.O. LATISANA E PALMANOVA	2	17	32		21	3	3	3		81
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO		15	30		23	3	7	6		84
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS		62	112		41	33	45	37		330
P.O. GORIZIA E MONFALCONE		52	90		41	11	18	17	2	231
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO		14	31		16	4	2	3	1	71
							1			1

	2	197	407	1	175	62	97	76	3	1020
NUMERO RICOVERI PER ICTUS ISCHEMICO										
CASA DI CURA CITTÀ DI UDINE			4							4
CASA DI CURA POLICLINICO TRIESTINO			1							1
CASA DI CURA SAN GIORGIO		1	2				1			4
P.O. S.MARIA DEGLI ANGELI PN		34	228		74	3	11	24		374
P.O. S.VITO E SPILIMBERGO	1	18	56	4	19	2				100
IST. MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			36		7		8	1		52
P.O. LATISANA E PALMANOVA	1	34	110	2	33	6	6		2	194
P.O. S.DANIELE E TOLMEZZO		27	88		51	7	3	11	1	188
P.O. S.MARIA DELLA MISERICORDIA UD		41	295	1	53	39	102	27	2	560
P.O. CATTINARA E MAGGIORE TS	4	69	225	2	92	42	24	20	5	483
P.O. GORIZIA E MONFALCONE		25	109	2	51	6	6	6	1	206
I.R.C.C.S. BURLO GAROFOLO			1							1
	6	249	1155	11	380	105	161	89	11	2167

Scheda Regionale di raccolta dato clinico e monitoraggio

Allo scopo di monitorare il percorso del paziente con ICTUS è stata introdotta nel 2021 una scheda regionale di dato clinico del "G2 clinico" per la rilevazione delle scale di valutazione per i pazienti con ICTUS in ambito di ricovero. Tale scheda deve essere rilevata presso i reparti di Neurologia, nelle Stroke Unit e Medicine interne delle Aziende del SSR. La scheda è configurata nella cartella degenza e permette di rilevare le seguenti scale:

[Barthel](#)

[NIH SS](#)

[mRS](#)

[Disfagia](#)

I dati rilevati all'accettazione (anamnestico), all'inizio della degenza (intermedi) e all'uscita del paziente (dimissione). ([vedi allegato - Manuale scale di valutazione](#)) possono rappresentare un indicatore sintetico dell'evoluzione delle condizioni neurologiche e della disabilità del paziente.

Analoga informatizzazione di Barthel e mRS è prevista³ nel nuovo sistema informatico regionale domiciliare "Cartella distretto". Inoltre con l'obiettivo di semplificare e velocizzare l'analisi ed il monitoraggio degli indicatori dell'intero percorso di cura della persona colpita da ictus si auspica la progressiva informatizzazione degli stessi in ogni altro *setting* territoriale (RSA, Ospedali di comunità, ecc).

La dimissione del paziente dalla struttura ospedaliera

La dimissione protetta è una dimissione concordata e programmata con il paziente, con i familiari/caregiver e con i servizi che hanno e che prenderanno in carico il paziente, al fine di garantire la continuità assistenziale con un rientro tutelato al domicilio o in strutture territoriali e per fornire alle famiglie il supporto nella gestione del carico assistenziale. Per poter assicurare dimissioni protette dall'ospedale e accompagnare il paziente sul territorio, è necessario essere in grado di adottare diverse strategie operative quali: l'attivazione di risorse del territorio, sia sanitarie che sociali, l'attivazione del percorso per il riconoscimento di invalidità e il reperimento degli ausili e per supportare il rientro al domicilio. I MMG sono parte integrante del percorso pertanto è raccomandato prevedere una modalità che faciliti la comunicazione al momento della dimissione, prevedendo di implementare negli applicativi regionali un *alert informatico* sul portale di continuità della cura.

È fortemente raccomandato nel percorso di continuità di cura prevedere la figura del **case manager**, professionista preposto a facilitare il coordinamento tra le strutture socio-sanitarie (ospedaliere e territoriali) e a seguire tutte le fasi del percorso di cura, dall'ammissione alla dimissione, collaborando a garantire la continuità assistenziale.

Il Case Manager assume la gestione del caso e diventa la figura di riferimento per il paziente, i familiari e/o caregiver e altri operatori sanitari e sociali, con la responsabilità di presentare e

³ Al momento della chiusura in redazione del documento

spiegare il processo e le fasi che lo compongono, garantire e coordinarne l'applicazione, individuare e contribuire a superare le eventuali criticità.

Per competenza specifica rispetto al progetto assistenziale la figura del *case manager* è identificabile nella professione infermieristica e va previsto nel setting ospedaliero e nel *setting* distrettuale secondo il modello del *Transition of Care*. Ciò in linea con quanto deliberato dalla regione con la DGR n. 1484 del 14/10/2022 che, dando seguito alle indicazioni del DM 77/2022 e della LR 22/2019, ha recepito il documento "L'infermiere di famiglia o comunità: il modello assistenziale in Fvg. Policy regionale" che ne declina il ruolo, assicurando un approccio integrato di assistenza, in base al grado di sviluppo della patologia, ai relativi bisogni socio-assistenziali e all'intensità assistenziale come da tabella sinottica riportata in Figura 1. (ruolo ripreso anche nella DGR n.1896 del 7/12/2022)

Fig .1

		OBIETTIVI	TARGET	ATTIVITÀ	NODI DELLA RETE
FUNZIONI IFoC FVG	Case management	Supportare non autosufficienza	Persone ad alto rischio con pluripatologia e bisogni socio sanitari complessi Autonomia funzionale compromessa	Presa in carico integrata	ADI UDCP Ospedali di Comunità Ambiti Territoriali Sociali
	Care management	Ritardare l'evoluzione della malattia e le complicanze	Persone a medio rischio con pluripatologia Autonomia funzionale conservata	Presa in carico integrata	Case della Comunità Servizi ambulatoriali ADI
	Disease management	Autogestione malattia	Persone a basso rischio con iniziale danno d'organo Autonomia funzionale conservata	Presa in carico proattiva Follow-up Autocura Educazione terapeutica	Case della Comunità AFT Servizi ambulatoriali
	Health coach e Population Wide Management	Promozione salute	Persone sane	Formazione formatori	Comunità Dipartimento di Prevenzione

La dimissione del paziente dalla struttura ospedaliera prevede l'utilizzo di alcuni strumenti.

- **La scheda di segnalazione**, per la quale si rimanda al format regionale⁴

Per la presa in carico nella continuità assistenziale, gli operatori assicurano, oltre alla rilevazione degli aspetti anamnestici, sintomatologici e dei parametri utili alla gestione delle problematiche clinico-assistenziali, anche l'analisi di quegli aspetti che possono evidenziare problematiche socio-assistenziali, presenti o potenziali, tali da far presupporre la necessità di attivare una continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

⁴ "modello regionale nel nuovo applicativo distrettuale" in fase di elaborazione al momento di chiusura redazionale del PDTA

È raccomandata l'introduzione e l'utilizzo in tutte le Aziende Sanitarie del sistema informatico regionale per la trasmissione della segnalazione, ciò anche allo scopo di garantire un accurato monitoraggio degli indicatori previsti.

- **La Scheda di segnalazione di continuità riabilitativa** per la quale si rimanda al format regionale. Ad essa dovranno essere allegate le singole schede di continuità professionali compilate dai diversi operatori della riabilitazione (continuità fisioterapica, logopedica, neuropsicologica ecc.).
- **Le schede di continuità professionali**⁵ (fisioterapica per la quale si rimanda al format regionale, logopedica, ecc.) indispensabili all'equipe di professionisti di destinazione, per conoscere la risposta ottenuta alla specifica tecnica, stimolo e/o strategia rieducativa applicata e per meglio pianificare la nuova presa in carico.

Anche per la scheda di continuità riabilitativa e delle continuità professionali sono fortemente raccomandate l'introduzione e l'utilizzo in tutte le Aziende Sanitarie del sistema informatico regionale per la trasmissione e il monitoraggio degli indicatori.

Sul territorio regionale la segnalazione di presa in carico del paziente con Ictus ad ora avviene in maniera differente nelle diverse Aziende.

In due aziende regionali (ASFO e ASUFC) il percorso di segnalazione di dimissione è simile, con presenza a livello distrettuale del punto unico di accesso (PUA):

- in ASFO è definito dal protocollo interaziendale di area vasta pordenonese del 18/02/2012 (fra ASS6 Friuli Occidentale, Cro Aviano, l'AOSMA di Pordenone e la Casa di Cura polispecialistica San Giorgio);
- in ASUFC è presente l'istruzione operativa "Modalità operative per la presa in carico in dimissione protetta del paziente fragile DS_IO_05 27/12/2018 (ex ASUIUD) e il DDG n.354 del 26/09/2013 "Dimissioni Protette con Continuità assistenziale" (ex "Bassa Friulana");
- se presente l'assistente sociale distrettuale o nelle strutture ospedaliere orienta e informa la persona/familiari/*caregiver* sui servizi, prestazioni, agevolazioni utili (L.104/92, L68/99, FAP,- APA-CAF-SVI - , fondo gravissimi, fondo Dopo di Noi, fondo *caregiver*, abbattimento barriere architettoniche, budget di salute), attiva alcuni interventi (volontariato, segnalazione o ricorso ADS, prestazioni e servizi sociosanitari) e collabora con i servizi sociali dell'ambito per la valutazione e attivazione dei servizi socioassistenziali necessari.

In ASUGI, dove non è previsto il PUA (tranne nell'isontino), è presente il "Protocollo di Continuità Riabilitativa Ospedale-Territorio per le persone con evento ictale".

L'attivazione dei processi assistenziali e riabilitativi avviene sempre secondo valutazione multidimensionale attraverso attivazione dell'UVM distrettuale dal Fisioterapista del S.S. Distrettuale di Riabilitazione e possono essere coinvolti il servizio di fisioterapia e/o logopedia, il servizio infermieristico domiciliare, l'assistente sociale dell'ambito e il MMG.

⁵ "modello regionale nel nuovo applicativo distrettuale" in fase di elaborazione al momento di chiusura redazionale del PDTA

È raccomandabile l'uniformità nelle modalità di segnalazione e l'utilizzo del format regionale proposto con la finalità di garantire:

- a) percorsi omogenei di continuità assistenziale;
- b) assistente sociale distrettuale o ospedaliero
- c) protocollo di collaborazione tra assistente sociale di ambito, di Distretto e ospedaliero con definizione dei rispettivi ruoli;
- d) attivazione precoce di percorsi laddove necessari (invalidità civile, handicap, ADS ecc.)
- e) strumenti di assistenza domiciliare (SAD, FAP...) attivabili soprattutto in situazioni di indigenza e/o urgenza che diversamente obbligherebbero a percorso di tipo istituzionalizzante.

– **La Lettera di dimissione**

La lettera di dimissione dal setting ospedaliero deve essere predisposta dal medico e deve prevedere i seguenti argomenti, seppur sinteticamente trattati:

- a) motivo del ricovero e condizioni cliniche all'ingresso
- b) diagnosi di dimissione
- c) patologie concomitanti
- d) decorso clinico/post-operatorio
- e) consulenze e accertamenti strumentali/laboratoristici significativi eseguiti
- f) terapia farmacologica anche e altre terapie eseguite
- g) riconciliazione terapeutica
- h) schema di EV TAO e del valore di INR degli ultimi gg
- i) condizioni del paziente alla dimissione con particolare riferimento a : quadro neurologico, modalità di nutrizione, presenza di incontinenza sfinterica
- j) schema contenente scale di valutazione alla dimissione (NIHSS, Barthel, mRS, Disfagia)
- k) accertamenti in post/ricovero
- l) programma cure/follow up
- m) educazione terapeutica paziente e famiglia
- n) servizi territoriali coinvolti

Tipologia di dimissione dal reparto per acuti ospedaliero

Procedure	Professionisti	Timing
<p><u>Dimissione ordinaria</u>: per soggetti che non presentano ulteriori obiettivi riabilitativi e che non necessitano di attivazione del Distretto e di servizi/ reti di supporto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisporre la lettera dimissione al MMG - Pianificare follow-up 	<p>Team Ospedaliero: fisioterapista, infermiere case manager, infermiere, medico di reparto, medico Fisiatra assistente sociale</p>	<p>Ad ultimazione dei programmi riabilitativi e assistenziali</p>
<p><u>Dimissione protetta</u> previa segnalazione al Distretto/PUA (schede di segnalazione), in base al contesto organizzativo (RSA, ambulatorio, domicilio, ecc.)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inviare segnalazione al PUA 	<p>Team Ospedaliero: fisioterapista, infermiere case manager, infermiere, medico di reparto, medico Fisiatra , assistente sociale</p>	<p>Almeno 72h dopo la segnalazione</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Fornire informazioni cliniche, assistenziali, riabilitative, sociali (schede di continuità, scale: Barthel index, NIHSS, mRS, Disfagia, TCT ecc.) - Collaborare ed eventualmente partecipare all'UVM per definire il PAI e gli obiettivi della presa in carico da parte dei servizi territoriali 		
<p><u>Dimissione con apertura di Day Hospital riabilitativo:</u> per soggetti che necessitino di trattamento multidisciplinare/multiprofessionale attuabile in regime di DH e che non necessitano di attivazione di servizi/ reti di supporto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisporre <i>Lettera dimissione al MMG</i> - <i>Predisporre il trasferimento a DH</i> 	<p>Team Ospedaliero: fisioterapista, infermiere case manager infermiere , medico di reparto, medico Fisiatra , assistente sociale</p>	<p>Quando pz domiciliabile e trasportabile</p>
<p><u>Dimissione con programmazione di trattamento riabilitativo ambulatoriale:</u> per soggetti trasportabili che necessitino di programmi riabilitativi in regime ambulatoriale e che non necessitano di attivazione di servizi/ reti di supporto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Predisporre <i>Lettera dimissione al MMG</i> - Prescrivere ed attivare la continuità riabilitativa verso l'ambulatorio 	<p>Team Ospedaliero: fisioterapista, infermiere case manager, infermiere, medico di reparto, medico Fisiatra , assistente sociale</p>	<p>Quando pz domiciliabile e trasportabile</p>

IL PERCORSO POST ACUTO DEL PAZIENTE CON ICTUS

Secondo il DM 77/2022 il Distretto rappresenta il fulcro per l'accesso a tutti i servizi territoriali. È altresì deputato al perseguimento dell'integrazione tra le differenti strutture sanitarie, in modo da garantire una risposta coordinata e costante ai bisogni della popolazione, assicurare l'uniformità dei livelli di assistenza nonché la pluralità dell'offerta. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro *caregiver* nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone nell'individuare i bisogni socioassistenziali definendo il progetto di salute.

Maggiore è la complessità clinico-assistenziale e riabilitativa, maggiori saranno le figure professionali coinvolte e l'équipe sarà in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (MMG, infermiere, fisioterapista, logopedista, dietista, terapeuta occupazionale, farmacista, psicologo, assistente sociale ed altri professionisti, personale di supporto).

La persona con Ictus è una persona il cui bisogno può essere prepotentemente legato alla gestione della disabilità; tale disabilità può accompagnare lui e la famiglia per un lungo arco di anni. E' quindi da evitare un approccio riduzionistico-compensativo (sostituirsi alla persona o al suo deficit) bensì è fortemente raccomandato un approccio potenziante-abilitativo e inclusivo (vita quotidiana, reinserimento lavorativo e comunitario); la *funzione* dopo la mortalità e la morbilità è uno dei più importanti indicatori di salute ed è ottimizzata dalla riabilitazione.

Infatti il DM 77/2022 definisce chiaramente come anche altri professionisti sanitari coinvolti nel progetto di presa in carico possono assumere, nelle diverse fasi, il ruolo di *case manager*, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali.

A tal proposito, in modo anticipatorio sulla norma nazionale, la Legge Regionale LR 22/2019, prevede anche la figura del *Fisioterapista di Famiglia e di Comunità*, che accanto all'Infermiere di Comunità all'interno dei servizi di assistenza primaria e di una rete di professionisti sanitari, contribuisce in modo proattivo alla prevenzione e al contrasto della cronicità.

Identificazione delle strutture riabilitative in Regione

La situazione attuale

Il Piano Regionale della Riabilitazione del 2005 stabilisce che venga assicurata una risposta riabilitativa presso le Strutture di Riabilitazione delle varie Aziende. Semplificando possiamo dire che se necessario trattamento riabilitativo intraospedaliero, è indicata la prosecuzione della riabilitazione all'interno dei dipartimenti medici degli ospedali della rete regionale e nei reparti di medicina fisica e riabilitazione (l'IMFR Gervasutta come centro di riferimento per l'area vasta udinese, attualmente rappresentata dall'ASUFC). Per il trattamento extraospedaliero è prevista la riabilitazione estensiva residenziale (essenzialmente RSA riabilitative), semiresidenziale, ambulatoriale, e domiciliare (indicando le RSA come sedi per il trattamento di casi clinicamente stabilizzati con prevalenza di comorbidità ad elevato bisogno assistenziale).

Nella Regione Friuli Venezia Giulia, le RSA sono strutture di residenza con moduli riabilitativi a gestione distrettuale o convenzionate (DGR n. 2151 del 29/10/2015). Tali strutture devono essere in grado di garantire, una assistenza globale di almeno 190 minuti al giorno per ciascun utente (di cui 80 minuti di infermiere e 110 minuti di OSS) ed è previsto venga garantito dal team riabilitativo un trattamento complessivo da 1 a 3 ore al giorno per 6 giorni alla settimana per ciascun paziente. (DGR n. 817 del 13/05/2016).

Attualmente in Regione FVG la residenzialità riabilitativa per il paziente con ictus è la seguente:

Reparti di riabilitazione ospedaliera

1. ASUGI:

- SC Riabilitazione di Trieste: 24 posti letto cod 56
- SC Riabilitazione di Gorizia-Monfalcone (sede di Monfalcone): 8 posti letto cod 56
- "Pineta del Carso" struttura Accreditata Convenzionata: 60 posti letto cod 56

2. ASUFC:

- PO IMFR Gervasutta di Udine: 37 posti letto cod 56
- SC di Riabilitazione di Latisana-Palmanova: 16 posti letto cod 56

3. ASFO:

- SC di Riabilitazione di Pordenone: 6 posti letto cd 56

Per gli ictus che configurino una grave cerebrolesione acquisita, il PO I.M.F.R. Gervasutta mette a disposizione 25 posti letto su base regionale e la Clinica Neurologica di Udine 4 posti letto; tali posti letto, codice 75, sono compresi nella Rete Regionale GCA (Grave Cerebrolesione Acquisita), il cui percorso è descritto nel relativo documento regionale (DGR n. 1309/2012).

RSA riabilitative

ASFO:⁶

- RSA Roveredo in Piano: 25 posti letto di cui 16 riabilitativi
- RSA Pordenone: 18 posti letto di cui 11 riabilitativi
- RSA Azzano X: 25 posti letto di cui 15 riabilitativi
- RSA Sacile: 28 posti letto di cui 15 riabilitativi
- RSA San Vito al Tagl.to: 26 posti letto di cui 16 riabilitativi
- OdP Maniago: 30 posti letto di cui 18 riabilitativi

ASUGI:

- RSA San Giusto⁷: 27 posti letto di cui 15 riabilitativi
- RSA Mademar: 75 posti letto di cui 20 riabilitativi
- Igea: 74 posti letto di cui 22 riabilitativi
- Sanatorio: 36 posti letto di cui 11 riabilitativi
- Cormons: 30 posti letto di cui 4 riabilitativi
- Gorizia: 26 posti letto di cui 2 riabilitativi
- Monfalcone San Polo: 47 posti letto di cui 8 riabilitativi
- Grado: 20 posti letto di cui 16 riabilitativi

ASUFC:

- RSA Codroipo: 24 posti letto di cui 10 riabilitativi
- RSA San Daniele: 24 posti letto di cui 6 riabilitativi
- RSA Gemona: 27 posti letto (non identificati specifici posti letto dedicati)
- RSA Tolmezzo: 22 posti letto di cui 8 riabilitativi
- RSA Latisana: 20 posti letto di cui 4 riabilitativi
- RSA Palmanova: 22 posti letto di cui 4 riabilitativi
- RSA Tarcento: 33 posti letto di cui 10 riabilitativi
- RSA Cividale: 45 posti letto di cui 13 riabilitativi
- RSA Udine: ASP Quiete 60 posti letto di cui 10 riabilitativi; Scrosoppi: 36 posti letto di cui 16 riabilitativi

⁶ RSA AsFO: i PL riabilitativi sono stati ricavati sulla base della degenza media (dati 2021), attualmente la chiusura dell’RSA di Pordenone e la trasformazione dell’OdP di Maniago in RSA Covid, ha ridotto l’offerta di PL riabilitativi in AsFO di circa 27 unità.

⁷ RSA San Giusto a fine 2019 ha cambiato sede passando da 36 posti totali (15 riabilitativi) agli attuali 27 (per i quali causa COVID non è stato ancora completato l’iter di accreditamento; da marzo 2020 a tutt’oggi è RSA Covid +).

Per quanto riguarda l'assistenza territoriale si prevede uno sviluppo organizzativo secondo le indicazioni della Delibera FVG n.1965 del 23 dicembre 2021, con riorganizzazione delle funzioni territoriali.

Sono previsti in:

- ASFO: 124 posti letto in Ospedale di Comunità, 124 in degenze post acuti, 16 in SUAP e 30 in *hospice*;
- ASUGI: 148 posti letto in Ospedale di Comunità, 148 in degenze post acuti, 18 in SUAP e 36 in *hospice*;
- ASUFC: 210 posti letto in Ospedale di Comunità, 210 in degenze post acuti, 16 in SUAP e 30 in *hospice*;

Al momento quindi non è ancora chiaro come si comporrà la reale offerta finale di PL riabilitativi territoriali in seguito alla riorganizzazione avviata dalla L 77/2022.

PNRR: I “Gold Standard”

Lo sviluppo organizzativo precedentemente indicato identifica l'istituzione di centrali operative territoriali (COT), case della comunità Hub e Spoke, ospedale di comunità e ulteriori funzioni territoriali (degenze post acuti, SUAP, Hospice) con aumento dei posti letto utilizzabili anche per riabilitazione.

Piano di miglioramento

- Informatizzare le schede di segnalazione 24/72 ore in tutte le Aziende Sanitarie del FVG, compresa la scheda di continuità riabilitativa (protocollo continuità);
- Unificare il percorso di continuità assistenziale e quello riabilitativo;
- Proseguire/istituire gruppi di lavoro per condividere data set minimi, monitorare l'effettiva applicazione del PDTA;
- Prevedere un focus sui punti di vista dei pazienti con il contributo delle associazioni dei volontari;
- Prevedere la presenza di professionisti adesso carenti o mancanti (dietista, logopedista per adulti, terapeuta occupazionale, educatore professionale, psicologo, assistenti sociali, ecc);
- Istituire ambulatori della cronicità per la presa in carico di pazienti con esiti di ictus;
- Predisporre alert informativo a MMG in caso di ricovero pazienti e al momento della dimissione;
- Predisporre Check-list Post Stroke da fornire al paziente e/o *caregiver* per permettere un automonitoraggio e un orientamento alle richieste di supporto;

Presenza in carico del paziente – il progetto di salute

Secondo il DM 77/2022 Il Progetto di salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del “bisogno di salute” identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi *setting* di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il

Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in base alle valutazioni di processo e di esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo. L'individuazione dei bisogni socio assistenziali determina l'identificazione di una équipe multidisciplinare minima (MMG, medico specialista ed infermiere), che può essere integrata da altri professionisti in relazione all'evolversi della malattia e allo stato di fragilità espressa (fisioterapista, assistente sociale, dietista, logopedista).

Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) è il documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza personalizzato che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente. Il PAI si sviluppa sia durante il ricovero ospedaliero del paziente, sia nelle fasi successive, con modalità integrata. Il bisogno terapeutico, riabilitativo e assistenziale della persona è valutato in tutte le sue dimensioni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale con esplorazione allargata alle risorse e alle preferenze personali, familiari e di coloro che si prendono cura dell'assistito, nonché in considerazione delle opportunità offerte dal contesto di vita della persona. Il progetto è elaborato dall'équipe di valutazione in modalità di co-progettazione con la persona e la famiglia e/o caregiver ed è realizzato entro percorsi assistenziali integrati che coinvolgono tutte le componenti dell'offerta sanitaria, sociosanitaria e sociale. Le fasi del PAI sono osservazione, pianificazione, intervento e verifica (monitoraggio). È un processo dinamico, che dovrà sempre avere un tempo predefinito ed essere messo in discussione ad ogni necessità o variazione dello stato clinico, sociale e assistenziale della persona. Presuppone inoltre una valutazione degli esiti.

I temi di interesse per l'assistenza territoriale post stroke su cui si sviluppano il PAI e il PRI, che ne è parte integrante e indispensabile, che verranno monitorati sono i seguenti:

Problemi di salute/sanitari (funzioni motorie, vista, deglutizione, problemi cognitivi – memoria e concentrazione – comunicazione, afasia, *fatigue*, depressione, ansia, continenza, aderenza terapeutica farmacologica, condizioni coesistenti, dolore, malnutrizione, fine vita);

Problemi legati alle attività di vita (attività di vita quotidiana): ADL – IADL

Problemi di adattamento e benessere: adattamento, paura e felicità;

Problemi legati all'educazione e supporto per l'individuo e i caregiver/familiari (autocura, informazioni su richiesta, supporto psicologico ed emotivo, supporto sociale per la richiesta di eventuali agevolazioni e ricerca assistenti per aiuto pratico, volontariato, gruppi di supporto, attenzione ed educazione al caregiver, supporti informatici, telemedicina.

Ci sono altri temi ad ora non monitorabili e misurabili che tuttavia è raccomandato facciano parte degli aspetti di cura quali: attività significative/tempo libero, vita sociale/amicizie, ruolo nella famiglia, guida, trasporti, rientro al lavoro e/o ad attività formative, appagamento e contrasto alla solitudine. La scala di valutazione multidimensionale adottata nella regione Friuli Venezia Giulia è la Val.Graf. Tra le problematiche oggetto di monitoraggio si sottolineano alcune peculiarità:

a) Disfagia

La verifica ed il monitoraggio della disfagia passa da una prima fase di screening, operata dal personale infermieristico che deve individuare le persone a rischio di disfagia. I pazienti che vengono identificati come positivi al test di screening infermieristico del bolo d'acqua sono successivamente indirizzati alla valutazione clinica da parte del logopedista che, sulla base dei dati provenienti dalla valutazione, può indicare la necessità di ulteriori accertamenti di tipo diagnostico-strumentale da parte del medico specialista ORL.

Se viene riscontrata disfagia, il paziente potrebbe non essere in grado di assumere forme farmaceutiche orali solide. Diventa quindi necessario, ove possibile, sostituire queste ultime con formulazioni alternative (es. sciroppi, fiale, cerotti transdermici, etc.). In loro mancanza, occorre ricorrere alla [frantumazione/dispersione di compresse/capsule, da somministrare per os](#) in veicoli semisolidi, addensanti o soluzioni gelificate.

Inoltre i pazienti con ictus con sospetti problemi nutrizionali, deficit di idratazione, disfagia o altre comorbidità che potrebbero richiedere un intervento nutrizionale devono essere indirizzati a un dietista/medico nutrizionista.

b) Supporto Nutrizionale

La malnutrizione calorico-proteica è frequente nei pazienti colpiti da ictus ed è associata ad aumentato rischio di morte, complicanze e recupero funzionale più lento.

L'individuazione dei pazienti malnutriti o con rischio di malnutrizione inizia con un test di screening (MUST) eseguito dal personale medico/infermieristico. Il test di screening deve essere effettuato quindi entro 24-48h dal ricovero/prima visita e ripetuto periodicamente al variare delle condizioni cliniche.

In base al risultato del test dovrà essere richiesta una consulenza del medico nutrizionista/ dietista. Indipendentemente dal rischio nutrizionale il paziente disfagico deve essere monitorato regolarmente per gli introiti alimentari e di liquidi per eventuale invio a consulenza nutrizionale poiché a rischio di introito energetico/proteico/idrico insufficiente (ovvero inferiore al 75% dei fabbisogni). Qualora la dieta a consistenza modificata (liquida, semiliquida, semisolida, solida morbida) debba proseguire anche a domicilio si dovrà prevedere un opportuno *counseling* al paziente e/o *caregiver*.

L'intervento nutrizionale può realizzarsi in diversi modi in base alle caratteristiche del paziente e del quadro clinico:

Alimentazione naturale	gradevole, adeguata ai fabbisogni del paziente eventualmente modificata nella consistenza secondo le indicazioni fornite dal IDDSI sulla base della valutazione ORL/Logopedica
Vitto fortificato	alta densità energetica, con spuntini integrativi, eventualmente modificato nella consistenza
Supplementazione orale	con ONS calorico-proteici o modulari o di specifici nutrienti
NE totale o di supporto.	Indicata fin dall'inizio nei pazienti con grave malnutrizione/alterato livello di coscienza/ventilazione meccanica/disfagia e in generale elevata probabilità di non potersi nutrire a sufficienza protratta per oltre 7 giorni.

	Va iniziata precocemente, ovvero 24/72h nei pazienti malnutriti o ad alto rischio nutrizionale e comunque non oltre i 5-7 giorni nei pazienti normonutriti che presentino le criticità di cui al punto precedente.
NP totale o di supporto.	Indicata quando la via enterale non è realizzabile, controindicata o insufficiente

c) Disturbi comunicativi e cognitivi

Dopo l'inquadramento dei disturbi del linguaggio in fase acuta durante la degenza ospedaliera è necessario pianificare già nella scheda di dimissione un follow up e gli eventuali obiettivi riabilitativi a medio-lungo termine mediante una rivalutazione, a circa un mese dall'evento acuto, mediante strumenti di II livello (es. AAT, Profilo di valutazione della disartria) per quantificare la gravità dei disturbi e gli *outcome* funzionali.

La valutazione dei disturbi cognitivo comportamentali ammette una fase di screening (MoCA test), quando necessario seguita da un percorso diagnostico riabilitativo cognitivo eseguito da personale altamente specializzato (Neurologo, Neuropsicologo, Psichiatra, Psicologo clinico).

Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)

È l'insieme di proposizioni – elaborata dall'equipe riabilitativa coordinata dal medico responsabile – che:

- indica il medico specialista responsabile del progetto stesso
- analizza i bisogni, le preferenze, le menomazioni, le disabilità e le abilità residue del paziente oltre che i fattori ambientali, contestuali e personali;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità, dimostrando consapevolezza e comprensione dell'insieme delle problematiche del paziente;
- definisce il ruolo dell'equipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere;
- definisce gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie per raggiungere gli esiti desiderati;
- costituisce il riferimento per ogni intervento svolto dall'equipe riabilitativa e viene comunicato comprensibilmente al paziente, ai suoi familiari, a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso.

All'interno del PRI, i Programmi Riabilitativi definiscono le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi. Il Programma Riabilitativo costituisce un elemento di verifica del PRI.

Si è soliti suddividere il progetto nelle diverse aree di intervento. In ogni area sono riferibili le seguenti scale di valutazione adottate nel documento:

- Area della stabilità internistica NIHSS, CIRS
- Area delle funzioni vitali di base: Test dell'acqua, Scala FOIS, MUST, NRS/Panaid, Norton
- Area delle funzioni senso motorie: Trunk control Test
- Area della mobilità-trasferimenti: Conley, Tinetti
- Area dell'autonomia nella cura della persona: Barthel index
- Area delle competenze comunicative e cognitivo comportamentali: MocaTest
- Area del riadattamento e reinserimento sociale: modified Rankin Scale (mRS).

Assicurare la continuità assistenziale tra ospedale e territorio significa presidiare e garantire che gli strumenti e i processi di integrazione concordati vengano attuati e venga quindi attuato il passaggio dinamico del paziente attraverso i diversi livelli assistenziali della rete.

Terapia occupazionale

È una disciplina riabilitativa che utilizza la valutazione e il trattamento per sviluppare, recuperare o mantenere le competenze della vita quotidiana e lavorativa delle persone con disabilità cognitive, fisiche, psichiche tramite attività. Essa, adoperando come mezzo privilegiato il fare e le molteplici attività della vita quotidiana, attraverso un intervento individuale o di gruppo, coinvolge la globalità della persona con lo scopo di aiutarne l'adattamento fisico, psicologico o sociale, per migliorarne globalmente la qualità di vita pur nella disabilità.

Tale processo terapeutico permette di modificare le funzioni corporee della persona (capacità motorio-sensoriali, percettivo-cognitive, emotivo-relazionali), ridurre le limitazioni nelle attività e le restrizioni alla partecipazione.

La terapia occupazionale può essere svolta in forma individuale o di gruppo, in regime di riabilitazione intensiva o estensiva e in vari contesti ambientali (ricovero ospedaliero, ambulatorio, domicilio, luogo di lavoro e contesti sociali).

Allo stato attuale, in regione, solo in isolate realtà di riabilitazione è presente la figura del terapeuta occupazionale, che partecipa attivamente all'elaborazione del PRI ed esercita le proprie competenze specifiche all'interno dei programmi terapeutici previsti, ivi compresi gli aspetti educativi ed informativi nei confronti del paziente e della sua famiglia. E' auspicabile la maggior diffusione di tale figura professionale nei diversi *setting* riabilitativi (ospedalieri e territoriali) per migliorare gli aspetti di studio e sviluppo delle strategie per le disabilità non recuperabili con particolare riguardo all'addestramento all'autonomia nel self care e più in generale nelle ADL, ad integrazione degli altri operatori del team riabilitativo e assistenziale.

Attività Fisica Adattata

Il primo scopo dell'Attività Fisica Adattata è quello di aumentare o mantenere uno stile di vita attivo e conseguentemente la partecipazione sociale tramite un programma di esercizio finalizzato al miglioramento del tono muscolare, della flessibilità articolare e della funzione cardiorespiratoria, dell'equilibrio e della deambulazione. Scopi secondari sono la prevenzione della perdita di massa ossea e la prevenzione della sindrome metabolica cronica.

In quanto attività non sanitaria è indicata in persone con esiti di Ictus che possono trarre giovamento dall'esercizio fisico, in assenza di obiettivi riabilitativi, oppure al termine dei medesimi, qualora la fase di miglioramento sia conclusa ed il quadro clinico sia sufficientemente stabile da permettere lo svolgimento dell'attività fisica, in seguito a valutazione medica e governo del percorso da parte del fisioterapista di riferimento, adattando i programmi ai problemi fisici, neuropsicologici ed emozionali posti in modo specifico dagli esiti cronici dell'ictus cerebrale.

Attualmente il percorso AFA è già attivo in diverse realtà distrettuali, ed è in fase di completamento la stesura di un regolamento unico su base regionale.

In attesa di tale completamento attualmente si accede al percorso AFA attraverso invio diretto dei pazienti, (attraverso apposito modulo di segnalazione compilato da parte di MMG o dei Medici specialisti) al Centro di Riferimento AFA collocato presso il distretto di appartenenza. Il centro di

coordinamento AFA (composto da fisioterapisti verifica i criteri di ammissione e se soddisfatti invia il paziente al percorso AFA più adatto.

Teleriabilitazione

La Conferenza Stato-Regioni, dopo le Linee guida sulla telemedicina dello scorso 17 dicembre 2020, ha recentemente voluto fornire le "Indicazioni nazionali per l'erogazione delle prestazioni e servizi di teleriabilitazione da parte delle professioni sanitarie".

Tale metodica ha l'obiettivo di implementare l'attività sanitaria a distanza integrata e supportata dagli strumenti tecnologici.

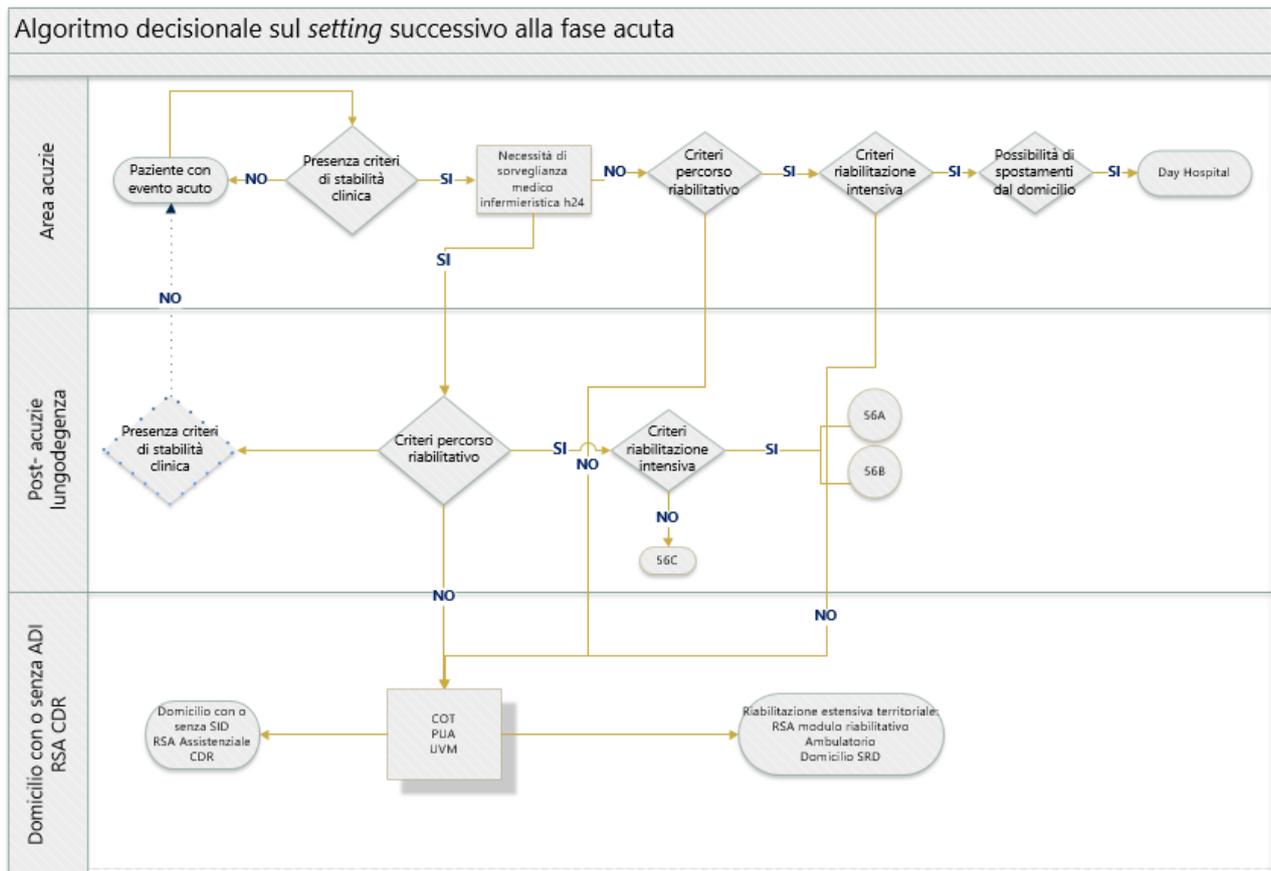
La teleriabilitazione consiste nell'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi a migliorare, o comunque mantenere il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli. I relativi trattamenti risultano complementari ad altre prestazioni sanitarie di cura, riabilitazione e prevenzione e possono essere fruiti in qualsiasi luogo non esclusivamente assistenziale a disposizione del paziente. Gli ambiti di applicazione della teleriabilitazione, da utilizzarsi in continuità, integrazione o in alternativa alle metodiche tradizionali, riguardano nello specifico quello motorio e cognitivo, neuropsicologico, occupazionale, della comunicazione, della deglutizione, del comportamento, cardiologico, polmonare. Non vi sono differenziazioni rispetto alla riabilitazione ordinaria, essendo anch'essa rivolta a persone di ogni età.

Le condizioni per l'erogazione delle prestazioni di teleriabilitazione sono:

- l'inquadramento delle stesse nel Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), o nel Progetto di Assistenza individuale (PAI);
- la prescrizione, l'esecuzione, il controllo, il monitoraggio, la supervisione, la modifica, la sostituzione di prestazioni e/o servizi di valutazione, abilitazione e riabilitazione sono le attività dei professionisti sanitari che possono erogate a distanza per mezzo di sistemi digitali;
- l'analisi delle esigenze dei pazienti coinvolti, valutando anche gli elementi territoriali di riferimento, l'ambiente sociale e familiare, durante le valutazioni multidisciplinari volte a definire o rivedere il PRI/PAI;
- l'analisi circa la possibilità o meno del coinvolgimento attivo di un *caregiver*.

Durante la pandemia Covid-19, nella regione FVG sono state attivate le prime attività di teleriabilitazione, seppur ancora in modo disomogeneo tra le varie aziende. In particolare sono state avviate alcune attività di tele-riabilitazione cognitiva. I percorsi di definizione di tali attività e la declinazione specifica nella popolazione di interesse a livello regionale sono in fase di studio e andranno implementate.

Algoritmo decisionale sul *setting* successivo alla fase acuta
(adattamento- Modena 2000)



Il TEAM riabilitativo è costituito dal paziente e dai suoi familiari e da una varietà di professionisti che predispongono e realizzano il progetto e i programmi riabilitativi utili al suo processo riabilitativo

Ricovero in strutture di degenza per riabilitazione ospedaliera

Nelle strutture di degenza riabilitativa ospedaliera il team minimo garantito è costituito da:

- Fisiatra,
- Infermiere,
- OSS,
- Fisioterapista,
- Logopedista

Secondo necessità cliniche potranno inoltre essere attivate le seguenti figure:

Dietista/Medico nutrizionista, Psicologo/Neuropsicologo, Terapista Occupazionale, Terapista del dolore, Assistente Sociale, Infermiere Case Manager, Infermiere specialist wound care, altro...

Procedure	Timing
<p>- Accoglimento del paziente e prime valutazioni</p> <p>Valutazione medica, infermieristica e fisioterapica all'ingresso e conseguente primo programma di trattamento</p> <p>Valutazione del rischio di disfagia (Test dell'acqua)</p> <p>Valutazione del rischio di malnutrizione (Must)</p> <p>Definizioni prescrizioni mediche/infermieristiche</p> <p>Individuazione e avvio secondo priorità del recupero delle funzioni motorie con interventi fisioterapici supportati anche da specifici ausili, resi subito disponibili.</p> <p>Valutazione e Monitoraggio del dolore, con eventuale trattamenti mirati.</p> <p>Individuazione problematiche socio ambientali</p>	<p>All'arrivo</p>
<p>- Approfondimento valutativo e presa in carico precoce</p> <p>Presa in carico delle alterazioni del controllo e delle funzioni motorie. Identificare in base ad elementi funzionali prognostici le modificazioni di comportamento motorio ottenibili</p> <p>Valutazione disfagia di II livello se screening positivo o dubbio e conseguente programmazione trattamento</p> <p>"Valutazione del linguaggio con strumenti di II Livello per disartria o afasia (es: AAT, ENPA, Profilo di valutazione della disartria ecc..)"</p> <p>Valutazione delle funzioni cognitive (MOCA) ed eventuali approfondimenti di II livello.</p> <p>Valutazione nutrizionale di II livello se screening malnutrizione positivo o dubbio e impostazione del piano nutrizionale</p> <p>Individuazione bisogni sociali</p> <p>Valutazione rischio cadute (Conley)</p> <p>Screening sul rischio di lesioni da decubito (Norton) ed eventuale intervento di "infermiere specialist wound care"</p> <p>Presa in carico delle problematiche legate alla gestione dei presidi (Catetere vescicale, cannula tracheostomica, CVC ecc..) per avviare il più precocemente possibile lo svezzamento</p> <p>Valutazione rischio ritenzione urinaria (valutazione ecografica del residuo vescicale post minzionale)</p>	<p>Entro 24 H</p>

<p>- Pianificazione riabilitativa Definizione/revisione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) Definizione per macro obiettivi l'outcome (funzionale e globale) atteso alla dimissione; le singole azioni dei programmi necessarie a perseguire l'outcome definito nel PRI – utilizzando scale cliniche, assistenziali e funzionali (<u>NIHSS, mRS, Barthel Index, TCT, Tinetti, MoCA</u>) e suddividendo il lavoro in periodi discreti ed obiettivi ragionevolmente perseguibili. Pianificazione eventuale valutazione ambientale al domicilio Presenza in carico delle problematiche sociali e socioassistenziali e valutazione della necessità di avviare richiesta Invalidità civile o aggravamento Pianificazione e prescrizione degli ausili</p>	<p>Entro 48 H</p>
<p>- Attuazione degli interventi e monitoraggio - Effettuare monitoraggio clinico quotidiano (Visita e aggiornamento documentazione) - Attuazione dei programmi riabilitativi e assistenziali. - Monitoraggio degli obiettivi ed eventuale aggiornamento di progetto e programmi</p>	
<p>Procedure di rivalutazione in preparazione alla dimissione dal setting ospedaliero (Valutazione Multidimensionale vedi tabella successiva dimissione/continuità Ospedale-territorio)</p>	
<p>- Programmazione per tipologia di dimissione <u>Dimissione precoce a domicilio</u> (entro 30 gg dall'evento): per soggetti con disabilità residua medio-lieve, in alternativa al ricovero prolungato Attivare interventi di tutela (ADS, IC, L.104/92, inabilità) Attivare continuità riabilitativa verso domicilio (PUA/SRD) Attivare servizi/reti sociali per dimissioni protette Coinvolgere i familiari e i servizi territoriali. Predisporre la lettera dimissione al MMG</p>	<p>Entro 30 gg dal ricovero</p>
<p><u>Dimissione ordinaria</u>: per soggetti che non presentano ulteriori obiettivi riabilitativi e che non necessitano di attivazione del Distretto e di servizi/ reti di supporto. Predisporre la lettera dimissione al MMG Pianificare follow-up</p>	<p>Ad ultimazione dei programmi riabilitativi</p>
<p><u>Dimissione Protetta</u> previa segnalazione al Distretto/PUA (schede 24h/72h), in base al contesto organizzativo: (RSA, ambulatorio, Domicilio, ecc.) Inviare segnalazione al PUA Fornire informazioni cliniche, assistenziali, riabilitative, sociali (schede di continuità, scale: Barthel index, NIHSS, mRS, TCT, Disfagia, ecc.) Collaborare ed eventualmente partecipare all'UVM per definire il PAI e gli obiettivi della presa in carico da parte dei servizi territoriali</p>	<p>Almeno 72h dopo la segnalazione</p>
<p><u>Dimissione con apertura di Day Hospital riabilitativo</u>: per soggetti che necessitano di trattamento multidisciplinare/multiprofessionale attuabile in regime di DH e che non necessitano di attivazione di servizi/ reti di supporto. - Predisporre <i>Lettera dimissione al MMG</i></p>	<p>Quando pz domiciliabile e trasportabile</p>

- <i>Predisporre il trasferimento a DH</i>	
<p><u>Dimissione con programmazione di trattamento riabilitativo ambulatoriale:</u> per soggetti trasportabili che necessitino di programmi riabilitativi in regime ambulatoriale e che non necessitano di attivazione di servizi/ reti di supporto.</p> <p>- Predisporre <i>Lettera dimissione al MMG</i></p> <p>- Prescrivere ed attivare la continuità riabilitativa verso l'ambulatorio</p>	Quando pz domiciliabile e trasportabile

CONTINUITA' DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO

Dimissione del paziente dal *setting* ospedaliero,

Nelle strutture di degenza ospedaliera il team minimo garantito è costituito da:

- Medico di reparto,
- Infermiere,
- OSS
- Fisioterapista,
- Logopedista,

Nella COT/PUA il team minimo garantito è costituito da:

- Medico di distretto,
- Infermiere,
- Fisioterapista,
- Assistente sociale

Secondo necessità cliniche potranno inoltre essere attivate le seguenti figure:

Fisiatra, Dietista/Medico nutrizionista, Psicologo/Neuropsicologo, Terapista Occupazionale, Infermiere Case Manager,

Procedure	Setting	Timing
<p>Valutazione multidimensionale Allegare i seguenti documenti: - Criteri stabilità internistica (Modena 2000) comorbidità con eventuale utilizzo di scale specifiche (CIRS) entità della disabilità (scale: NIHSS; mRS; Barthel; Trunk Control Test, Tinetti) -referto su disturbi del linguaggio -referto su disturbi cognitivi -valutazione del rischio disfagia (test di screening) se paziente non disfagico all'ingresso -referto su valutazione disfagia II livello (Applicare lo stesso modello attualmente utilizzato per le dimissioni protette su supporto digitale (G2 Clinico) integrandolo con continuità riabilitativa e continuità logopedica) -referto su valutazione nutrizionale - disturbi sfinterici: Valutazione Ecografica del residuo vescicale post-minzionale (se fattibile)</p> <p>Inoltre Valutare: -contesto socio-familiare (Colloquio con famigliari, relazione; scheda di valutazione infermieristica, scheda fisioterapica) -stato psicologico con valutazione depressione (Valutazione clinica ed eventuali test specifici) -valutazione socio ambientale (colloquio, visita domiciliare, coordinamento servizi)</p>	<p>SU Reparto per acuti, Reparti osp. di riabilitazione int/est</p>	<p>Almeno 48 H prima della dimissione</p>

-certificazione di invalidità (Colloquio e/o consultazione sistemi informativi, attivazioni percorsi INPS)
-ausili già forniti (Colloquio, consultazione sistemi informativi)

Pianificazione della dimissione

- Valutare presenza criteri dimissibilità (stabilità clinica e criteri riabilitazione)
- Verifica invio documenti della continuità delle cure (continuità clinico-assistenziale e riabilitativa)
- Aggiornamento del profilo assistenziale e autogestione
- Informare/educare paziente e caregiver
- Informare/orientare paziente e caregiver su servizi, prestazioni, agevolazioni sociali e ambientali
- Educare il paziente/caregiver rispetto alla gestione dell'alimentazione/nutrizione a domicilio e strumenti di monitoraggio dello stato nutrizionale
- Informare/orientare paziente e caregiver vs. struttura di accoglienza (Casa di riposo, comunità)
- Favorire la connessione tra paziente/caregiver e gruppi di auto mutuo aiuto (brochure Associazioni)
- Raccordo con PUA/COT distrettuali per attivazione:
 - NAD
 - continuità gestione altri presidi a domicilio (catetere vescicale, cannula tracheostomica, ossigenoterapia, ecc...)
- Pianificare e prescrivere follow-up concordati in UVD
- Verificare consegna dei presidi/ausili
- Pianificare trasporto per la dimissione
- Consegnare primo ciclo terapia farmacologica
- Redigere certificato di malattia

SU
Reparto per acuti,
Reparti osp. di
riabilitazione int/est

In fase di
dimissione

Dimissione

- Compilare Lettera di dimissione
- Informare i servizi territoriali per aggiornamento/conferma interventi/servizi individuati
- Trasmissione aggiornamenti schede continuità assistenziale e riabilitativa

SU
Reparto per acuti,
Reparti osp. di
riabilitazione int/est

In dimissione

Presa in carico territoriale, Distretto-COT-PUA

Nella COT/PUA il team minimo garantito è costituito da:

- Medico di distretto,
- Infermiere,
- Fisioterapista,
- Assistente sociale

Secondo necessità cliniche potranno inoltre essere attivate le seguenti figure:

MMG, Fisiatra, Dietista/Medico nutrizionista, Logopedista, Psicologo/Neuropsicologo, Terapista Occupazionale, Infermiere Case Manager.

Procedure	Timing
<p>Valutazione e presa in carico</p> <ul style="list-style-type: none"> – recepire segnalazione precoce del paziente fragile – registrare l'arrivo della segnalazione proveniente dall'ospedale (cartella distretto) 	<p>Entro 24 dal ricevimento della segnalazione</p>
<ul style="list-style-type: none"> – Prendere visione della documentazione relativamente a stabilità clinica, e scheda segnalazione riabilitativa, schede di continuità assistenziale valutazione infermieristica e fisioterapica; relazione logopedica, dietistica, neuropsicologica e occupazionale quando presenti e aggiornamenti – rilevare informazioni/problematiche socio-familiari – valutare fabbisogno dei servizi da attivare – attivare i servizi di destinazione (SID/SRD/RSA) – Attivazione ufficio protesico (ausili, presidi,ecc) –AFIR (farmaci, nutrizionali, presidi, ecc.) 	<p>Entro 48 dal ricevimento della segnalazione</p>
<ul style="list-style-type: none"> – verificare la presenza della documentazione clinica e professionale necessaria a garantire la continuità terapeutica – convocare eventuale UVM (anche con familiari) – definire percorso – elaborare PAI /PRI e trasmetterlo a tutti i servizi coinvolti 	<p>Entro 72h dalla dimissione</p>

Presa in carico del paziente in RSA

Nelle RSA il team minimo garantito è costituito da:

- Medico RSA,
- Infermiere,
- OSS,
- Fisioterapista,
- Logopedista

Secondo necessità cliniche potranno inoltre essere attivate le seguenti figure:

Fisiatra, Dietista/Medico nutrizionista, Fisioterapista SRD, Psicologo/Neuropsicologo, Terapista Occupazionale, Assistente Sociale, Infermiere Case Manager, Infermiere specialist wound care, altro

Procedure	Timing
<p>- Accoglimento del paziente e prime valutazioni Accogliere il paziente in RSA (definizioni degli obiettivi condivisi) Esaminare la documentazione sanitaria</p>	All'ingresso in RSA
<p>Valutazione multidimensionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - stabilità clinica (<u>Criteria di stabilità clinica</u>) - comorbilità (Anamnesi, obiettività, documentazione) - disabilità motoria (scale: <u>Barthel Index, TCT, mRS, Tinetti</u>), - <u>disfagia (Test dell'acqua)</u> - valutazione II livello disfagia (se Test dell'acqua positivo) - incontinenza - rischio di caduta (Scale: Conley, Tinetti) - <u>rischio di LdP</u> (Norton) - rischio malnutrizione (MUST) 	Entro 24 H dall'accoglimento del paziente
<ul style="list-style-type: none"> - disturbi cognitivi (MoCA e/o in caso altri test specifici) - contesto socio-familiare (Colloquio con famigliari e Assistente Sociale) - turbe del linguaggio - verificare-presenza certificazione invalidità - verificare ausili/presidi già forniti 	Entro 72 H dall'accoglimento del paziente
<p>Pianificazione degli interventi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione farmaci (Foglio Unico di Terapia) - Alimentazione/stato nutrizionale/disfagia - Assistenza ADL (Cartella integrata) - Ausili/presidi (Cartella integrata) - PAI/PRI (Cartella integrata) - Gestione posturale (Cartella integrata) - Aggiornare PAI/PRI, obiettivi riabilitativi e assistenziali comprese - indicazioni agli OSS, al paziente ed al caregiver (Riunione multiprofessionale, Cartella integrata) 	all'ingresso
	Entro 24 H dall'accoglimento del paziente
	Entro 48 H dall'accoglimento del paziente
<p>Attuazione degli interventi e monitoraggio Effettuare monitoraggio clinico quotidiano (Visita e aggiornamento documentazione)</p>	Durante la degenza

Attuare, monitorare e aggiornare i programmi riabilitativi	
Attuare programma assistenziale (Sorveglianza ed aggiornamento documentazione, rilevazione quotidiana dei parametri vitali e del dolore (NRS, Abbey), valutazione rischio malnutrizione (MUST) se non presente piano nutrizionale individualizzato	
Educare alla gestione delle problematiche assistenziali e funzionali il paziente/caregiver (Piani educativi, strumenti di valutazione autonomia raggiunta)	
Prescrivere ausili/presidi necessari Proporre, fornire, verificare e addestrare all'uso degli ausili	
<ul style="list-style-type: none"> - rivalutare trattamento nutrizionale già impostato in reparto di provenienza o Effettuare valutazione in base a risultato del test di screening o introiti alimentari insufficienti per 3 giorni, - impostare piano nutrizionale e monitorare compliance, tolleranza e esiti del trattamento - proporre/prescrivere attivazione NAD per dimissione 	Durante la degenza
Dimissione Garantire segnalazione continuità assistenziale al PUA/COT (Scheda continuità assistenziale)	72 H prima della dimissione
Garantire segnalazione continuità fisioterapica e logopedica al PUA/COT (Scheda di continuità fisioterapica, logopedica, ecc., comprese Scale TCT e Tinetti) Verificare ambiente domestico (barriere architettoniche, accessibilità, fruibilità, ecc.) se necessario prima della dimissione	72 H prima della dimissione
Verificare raggiungimento obiettivi riabilitativi (Scale valutazione: Barthel Index ; mRS , Tinetti ; TCT) e assistenziali	Alla dimissione
Redigere: (Lettera di dimissione al MMG) comprese scale Barthel Index, mRS, lettera di dimissione infermieristica e relazione fisioterapica/logopedica	Alla dimissione

Presa in carico del paziente in ambulatorio (secondo necessità clinica)

Nelle strutture ambulatoriali il team minimo garantito è costituito da:

- Fisiatra,
- Fisioterapista,
- Logopedista

Secondo necessità cliniche potranno inoltre essere attivate le seguenti figure:

Dietista/Medico nutrizionista, Psicologo/Neuropsicologo, Terapista Occupazionale, altro

Procedure	Timing
Valutazioni:	
Valutazione clinico-funzionale	Secondo priorità
Valutazione fisioterapica	Al primo accesso
Valutazione logopedica	Al primo accesso
Valutazione neuropsicologica	Al primo accesso
Valutazione dietetica	Al primo accesso
Attuazione degli interventi e monitoraggio	
Revisionare il PAI/PRI elaborato in UVM o prescritto in altro setting Aggiornare gli obiettivi riabilitativi	Al bisogno
Effettuare trattamento riabilitativo neuromotorio e funzionale	Secondo PRI
Effettuare trattamento logopedico	Secondo PRI
Effettuare trattamento neuropsicologico	Secondo PRI
Monitoraggio piano dietetico-nutrizionale	Secondo PRI
Proporre, fornire, verificare e addestrare all'uso degli ausili	Secondo PRI
Prescrivere e collaudare ausili	Secondo PRI
Educare all'autogestione mediante interventi formativi per pazienti e caregivers (alimentazione, movimentazione, linguaggio, attività fisica, ADL), Incontri, programmi educativi, produzione materiale educativo /informativo	Secondo PRI
Programmazione dimissione	
Verifica raggiungimento obiettivi motori, funzionali, linguistici, cognitivi, dietetici, ecc. (Scale valutazione Barthel Index ; mRS Tinetti, ecc),	Alla conclusione dei trattamenti
Redazione referti clinici, relazioni e/o schede di continuità professionali.	Alla conclusione dei trattamenti e o al trasferimento ad altro setting
Pianificazione Follow up	Secondo indicazione

Presa in carico del paziente a Domicilio

Nel Servizio Domiciliare il team minimo garantito è costituito da:

- MMG,
- Infermiere,
- Fisioterapista,
- Logopedista

Secondo necessità cliniche potranno inoltre essere attivate le seguenti figure:

Medico Specialista, Fisiatra, Dietista/Medico nutrizionista, Psicologo/Neuropsicologo, Terapista Occupazionale, Assistente Sociale, altro

Procedure	Timing
Valutazione multidimensionale a domicilio	Entro 48 h dal rientro a domicilio
Valutazione clinica	Entro 48h
Valutazione infermieristica, scale valutazione multidimensionale (Val.Graf entro 30 giorni) e fattori di rischio: screening disfagia, malnutrizione, dolore)	Entro 48h
Valutazione fisioterapica (Barthel Index ; Tinetti , ecc.)	Entro 72h
Valutazione logopedica e/o cognitiva (Profilo disartria , Moca , ecc.)	Secondo PAI (+PRI) o alla comparsa di bisogno emergente
Valutazione Occupazionale	Secondo PAI (+PRI) o alla comparsa di bisogno emergente
Valutazione socio-assistenziale (Colloquio)	Secondo PAI (+PRI) o alla comparsa di bisogno emergente
Effettuare valutazione nutrizionale, se Test di screening positivo o dubbio o introiti alimentari insufficienti	Secondo PAI (+PRI) o alla comparsa di bisogno emergente
Effettuare valutazione disfagia II livello, se Test di screening positivo o dubbio e conseguente programmazione intervento	Secondo Screening
Revisionare il PAI/PRI elaborato in UVM (cartella infermieristica e riabilitativa domiciliare) (Cartella 4.0) Aggiornare gli obiettivi riabilitativi e assistenziali anche del caregiver	Al rientro a domicilio
Attuazione e monitoraggio interventi a domicilio	

<ul style="list-style-type: none"> – Monitoraggio clinico – Monitorare parametri vitali, dolore, eventuale comparsa di disturbi visivi – rilevazione compliance terapeutica – Prevenire complicanze (LdP, cadute, stipsi, infezioni) 	Secondo PAI (+PRI)
<ul style="list-style-type: none"> – Effettuare trattamento riabilitativo neuromotorio e funzionale – Monitorare evoluzione funzionale e appropriatezza intervento 	Secondo PAI (+PRI)
<ul style="list-style-type: none"> – Proporre, fornire, verificare e addestrare all'uso degli ausili – Prescrivere e/o collaudare ausili 	Secondo PAI (+PRI)
Gestire disturbi sfinterici (incontinenza e ritenzione urinaria, incontinenza fecale e stipsi)	Secondo PAI (+PRI)
Proporre/prescrivere attivazione NAD qualora necessari NE, NP, ONS	Secondo Screening Secondo PAI (+PRI)
Impostazione e monitoraggio del piano dietetico-nutrizionale e trattamento dietetico per disfagia: Dieta, ONS/NE/NP, gestione SNG/PEG/PEJ Variazioni ponderali/BMI	Secondo PAI (+PRI)
Effettuare trattamento logopedico	Secondo PAI (+PRI)
Trattare comorbilità	Secondo necessità clinica
Monitoraggio: <ul style="list-style-type: none"> – Comparsa fatigue, (FSS (FATIGUE SEVERITY SCALE) - FAS (FATIGUE ASSESSMENT SCALE) - MFI (Multidimensional Fatigue inventory) - MAF (Multidimensional Assessment of Fatigue – Disturbi cognitivi-comportamentali e dell'adattamento alla nuova situazione 	Secondo PAI (+PRI)
Monitoraggio raggiungimento obiettivi intermedi e Aggiornamento PAI e PRI	Ad ogni variazione significativa
Addestrare al self-management mediante interventi educativi per pazienti e caregiver (alimentazione, movimentazione, linguaggio, ADL, disturbi sfinterici, dolore, aderenza alla terapia farmacologica, esercizio fisico), Incontri, programmi educativi, produzione materiale educativo /informativo L'addestramento va esteso anche al personale di supporto eventualmente fornito	Secondo PAI (+PRI)

Promuovere la partecipazione o la ripresa delle attività ritenute significative dal paziente: sport, tempo libero, vacanze, relazione familiari e amicali, vita sociale, guida di veicoli, rientro al lavoro, attività sessuale. Fornire informazioni circa le risorse disponibili.	Secondo PAI (+PRI)
Programmazione dimissione	
Verifica raggiungimento obiettivi motori, funzionali, linguistici, cognitivi, dietetici, ecc. (Scale valutazione Barthel Index ; mRS Tinetti, ecc),	Al completamento del percorso domiciliare o trasferimento ad altro setting assistenziale o riabilitativo
Redazione referti clinici, relazioni e/o schede di continuità professionali.	Al completamento del percorso domiciliare o trasferimento ad altro setting assistenziale o riabilitativo

Procedura ausili necessari alla dimissione

Rientra nell'assistenza integrativa (art.10 DPCM 12 gennaio 2017) l'erogazione di dispositivi medici (pannoloni, cateteri, cannule, medicazioni, presidi per diabetici, ecc.) a specifiche categorie di pazienti. Per l'erogazione dei dispositivi è necessaria e sufficiente (non è necessario il riconoscimento di invalidità) la certificazione del medico specialista e la prescrizione medica; i dispositivi sono acquistati e forniti agli assistiti, nelle quantità indicate dal medico entro il limite previsto, direttamente dall'Azienda Sanitaria o per il tramite di altri servizi territoriali.

Inoltre Il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone riconosciute invalide o in attesa di riconoscimento dell'invalidità le prestazioni sanitarie che comportano l'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnologici per la prevenzione, la correzione o la compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito ([art.17](#) DPCM 12 gennaio 2017 e DGR 65/2018).

Per l'erogazione degli ausili fare riferimento alle procedure AFIR e ai regolamenti di assistenza protesica previsti nelle Aziende sanitarie FVG.

Gli ausili vengono prescritti comunque prima della dimissione dal medico specialista e la prescrizione viene inviata dal reparto o dall' RSA all'ufficio distrettuale preposto tramite la segnalazione 24/72 ore.

Ruolo delle associazioni di volontariato

Principale compito delle Associazioni di volontariato è quello di tutelare il diritto dei pazienti ad avere su tutto l'ambito regionale e nazionale livelli di assistenza uniformi ed omogenei ed una facile accessibilità agli stessi.

A tale scopo si sottolinea l'importanza di informare e consolidare l'interazione tra i cittadini/utenti, le Strutture sanitarie Regionali e le Associazioni su una patologia a vasto impatto sociale come l'ictus cerebrale, implementando l'informazione sul come prevenire, riconoscere, intervenire e combattere tale patologia.

A livello regionale si dovranno condividere ed armonizzare strategie al fine di individuare azioni concrete per favorire/facilitare i processi che possono coniugare il sapere con il saper fare una corretta divulgazione scientifica e sociale con il fine di rendere la cittadinanza maggiormente consapevole dei pericoli e delle possibilità di cura per l'ictus cerebrale. Sviluppare, inoltre, la consapevolezza degli utenti a divenire essi stessi promotori di salute, offrendo loro gli strumenti atti ad entrare in un circolo virtuoso nel quale tutti possano divenire attori e registi in un progetto che interessi tutta la comunità e faccia parte quotidiana del nostro essere. La nostra regione con il PDTA per il trattamento dell'ictus acuto ha, sicuramente, nonostante qualche difficoltà iniziale, impostato un protocollo condiviso dai vari operatori che si è rivelato ben applicato e adatto allo scopo.

Per quanto attiene al PDTA sul post-ictus, alcune criticità tracciate dalla rete suggeriscono la necessità di migliorare l'interazione tra Territorio ed Ospedale per favorire una più sicura presa in carico del paziente con Ictus nella fase post acuta.

Nel dettaglio, gli ambiti di miglioramento riguardano:

1. una non uniforme e non sempre tempestiva offerta a livello regionale delle prestazioni riabilitative fisioterapiche,
2. l'insufficienza di informazioni date ai familiari per la gestione a domicilio del paziente rispetto all'ottenimento di eventuali invalidità od ausili,
3. la difficile o ritardata presa in carico del MMG che comporta talvolta un ritardo nella prescrizione o somministrazione di alcune terapie;
4. la carenza di supporto da parte di uno psicologo,
5. la mancata segnalazione al paziente della possibilità di rivolgersi alle Associazioni alla dimissione.

E' quindi raccomandato l'utilizzo di Newsletter digitali, pubblicazioni informative, la realizzazione di materiale divulgativo informatico, le relazioni indispensabili con i *Media*, l'organizzazione di eventi ed iniziative a livello locale al fine di migliorare l'informazione e la formazione di operatori e cittadini sui percorsi in essere.

Esiti ed indicatori

LA CRITICITÀ NELLA MISURAZIONE DEGLI ESITI ASSISTENZIALI

Alcune criticità si riferiscono alla capacità di misurare l'esito assistenziale, in particolare:

1. la necessità di lavorare non solo sui bisogni, ma anche sulla possibilità di preservare le capacità residue dei pazienti fragili;
2. la difficoltà nel valutare in modo completo i bisogni del paziente per determinare chi e con quali competenze professionali possa attivare un processo assistenziale appropriato. Ciò deriva in parte dalla scarsa capacità di estendere la metodologia di valutazione multidimensionale (UVM) a tutti i setting assistenziali;
3. la scarsa capacità, all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, di monitorare e misurare gli esiti assistenziali come outcome, predefiniti nel piano assistenziale integrato (PAI);
4. la difficoltà di costituire una banca dati che raccolga in modo sistematico e omogeneo le informazioni che possano permettere un confronto tra diverse realtà sia aziendali che regionali.

INDICATORI

1. presenza in cartella del PRI (Progetto Riabilitativo Individuale)
2. presenza di almeno una scheda di continuità Riabilitativa
3. presenza Barthel completa (ingresso e dimissione)
4. presenza scheda "Test dell'acqua"
5. presenza TCT

ATTIVITA'	INDICATORE	NUMERATORE	DENOMINATORE	VALORE ATTESO
-----------	------------	------------	--------------	---------------

PROCESSO	% pazienti con ictus in carico ai servizi domiciliari	N pazienti con ictus in carico ai servizi domiciliari	Tot pazienti con ictus segnalati ai servizi domiciliari	
PROCESSO	% pz a domicilio con PAI per ictus ai quali è stato revisionato il PAI	Nr. Pazienti ai quali è stato revisionato il PAI	Tot. pz a domicilio con PAI per ictus seguiti per più di 6 mesi	
ESITO	% pz che restano a domicilio a 6 mesi dalla dimissione, sul totale dei pazienti inviati a domicilio	Nr. Pazienti che sono ancora a domicilio a 6 mesi	Tot. pz a domicilio per ictus	
PROCESSO	% pazienti che presentano uno screening per funzioni cognitive nella valutazione preliminare territoriale	Nr. Pazienti con presenza della valutazione citata	Tot. pz segnalati per il problema dal territorio per ictus	Tot pz presi in carico al territorio per ictus per cui è stato segnalato il problema specifico
PROCESSO	% pazienti che presentano uno screening per depressione nella valutazione preliminare territoriale	Nr. Pazienti con presenza della valutazione citata	Tot. pz segnalati per il problema dal territorio per ictus	Tot pz presi in carico al territorio per ictus per cui è stato segnalato il problema specifico
PROCESSO	% pazienti che presentano uno screening per incontinenza urinaria e fecale nella valutazione preliminare territoriale	Nr. Pazienti con presenza della valutazione citata	Tot. pz segnalati per il problema dal territorio per ictus	Tot pz presi in carico al territorio per ictus per cui è stato segnalato il problema specifico
PROCESSO	% pazienti che presentano PRI in dimissione	Nr. Pazienti con presenza PRI in dimissione	Tot. pz presi in carico nel setting successivo per ictus	
PROCESSO	% pazienti che presentano scheda di continuità fisioterapica in dimissione	Nr. Pazienti con presenza scheda fisioterapica in dimissione	Tot. pz presi in carico dal setting successivo per ictus	
PROCESSO	% pazienti che presentano scheda Barthel completa ingresso e dimissione	Nr. Pazienti con presenza scheda Barthel completa ingresso e dimissione	Tot. pz presi in carico dal setting successivo per ictus	
PROCESSO	% pazienti che presentano test deglutizione in dimissione.	Nr. Pazienti con presenza test deglutizione in dimissione	Tot. pz presi in carico dal setting successivo per ictus	
PROCESSO	% pazienti che presentano test di screening della malnutrizione (MUST) in dimissione.	Nr. Pazienti con presenza test di screening della malnutrizione (MUST) in dimissione	Tot. pz presi in carico dal setting successivo per ictus	

ESITO	% pazienti che presentano incremento o stabilità nel punteggio della Barthel	Nr. Pazienti con incremento o stabilità nel punteggio della Barthel	Tot. pz presi in carico per ictus	

BIBLIOGRAFIA

1. Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione – Provvedimento della conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano – 7 maggio 1998 – Gazzetta Ufficiale n. 124, 30 maggio 1998
2. Accordo, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente «Piano d’indirizzo per la riabilitazione» (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011) – Gazzetta Ufficiale GU Serie Generale n.50, 2 marzo 2011 - Suppl. Ordinario n. 60
3. PDTA Ictus FVG 2015
4. PDTA FVG Del Paziente con Ictus cerebrale in fase acuta (2021)
5. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke; 6th Edition Update 2019
6. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Rehabilitation, Recovery, and Community Participation following Stroke. Part Two: Transitions and Community Participation Following Stroke; 6th Edition Update 2019
7. Accordo, ai sensi dell’articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento concernente “Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione.” Rep. Atti n. 124/CSR del 4 agosto 2021
8. Intesa, ai sensi dell’Intesa Stato-Regioni del 2 luglio 2015 e dell’articolo 9-quater, comma 8, del decreto legge 19 giugno 2015, convertito con modificazioni nella legge 6 agosto 2015, n. 125, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sullo schema di Decreto del Ministero della salute relativo alla definizione dei “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedaliera”. Rep. Atti n.126/CSR del 4 agosto 2021

9. Linee guida ISO-SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion): linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus, VIII edizione, 21 luglio 201
10. Linee guida ISO-SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion): linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell'ictus, V edizione, 16 febbraio 2007: www.iso-spread.it
11. Quinn TG, Langhorne P, Stott DJ. "Barthel Index for Stroke Trials". Stroke. 2011;42
12. Mahoney FI, Barthel D. "Functional evaluation: The Barthel Index." Maryland State Medical Journal 1965;14:56-61
13. Galeoto G, Lauta A, Palumbo A, Castiglia SF, Mollica R, Santilli V and Sacchetti ML. "The Barthel Index: Italian Translation, Adaptation and Validation". Int J Neurol Neurother 2:028. doi.org/10.23937/2378-3001/2/2/1028
14. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
15. Piano Nazionale della Cronicità 2016
16. Norrving B, Barrick J, Davalos A, Dichgans M, Cordonnier C, Guekht A, Kutluk K, Mikulik R, Wardlaw J, Richard E, Nabavi D, Molina C, Bath PM, Stibrant Sunnerhagen K, Rudd A, Drummond A, Planas A, Caso V. Action Plan for Stroke in Europe 2018-2030. Eur Stroke J. 2018 Dec;3(4):309-336
17. NHS. National service model for an integrated community stroke service. February 2022: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/02/stroke-integrated-community-service-february-2022.pdf>
18. Lin BL, Mei YX, Wang WN, Wang SS, Li YS, Xu MY, Zhang ZX, Tong Y. Unmet care needs of community-dwelling stroke survivors: a systematic review of quantitative studies. BMJ Open. 2021 Apr 20;11(4):e045560
19. Kjörk EK, Gustavsson M, El-Manzalawy N, Sunnerhagen KS. Stroke-related health problems and associated actions identified with the post-stroke checklist among nursing home residents. BMC Cardiovasc Disord. 2022 Feb 14;22(1):50
20. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione (15 Marzo 2019)

21. Prima Conferenza Nazionale di Consenso Gravi Cerebrolesioni acquisite (Modena 2000): Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriate

22.

Allegati:

1- Criteri di Stabilità Clinica

Estratto da Conferenza Nazionale di Consenso⁸ "Modalità di trattamento riabilitativo del traumatizzato cranio-encefalico in fase acuta, criteri di trasferibilità in strutture riabilitative e indicazioni a percorsi appropriati" (Modena, giugno 2000).

SPREAD, V edizione, 16 febbraio 2007. Capitolo 14 — Prognosi ed organizzazione dell'assistenza post-acuzie. "Tempestività della presa in carico riabilitativa", pag. 397

Criteri di sufficiente stabilizzazione medica:

Non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua;

assenti crisi ipertensive e/o ipotensive, assenti aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (es.: tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);

respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O₂ terapia) con SaO₂ > 95%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO₂ >90%.

La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP);

non insufficienza acuta d'organo (es. insufficienza renale acuta o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano;

assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:

- temperatura corporea > 38°C o < 36°C
- frequenza cardiaca > 90'
- frequenza respiratoria > 20 atti/min O₂ < 32mmHg
- globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ o > 10% di cellule immature;
- previsione di superamento del bisogno di alimentazione parenterale entro 7-10 giorni ovvero

⁸ Conferenza di Consenso di Modena 2000. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; 15(1):73-77

- mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG);
- assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Non controindica il trasferimento presso una struttura di riabilitazione la presenza di:

- cannula tracheostomica
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale
- sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG ecc.)
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia.

Criteria generali per i Percorsi di Riabilitazione

CRITERI DI INCLUSIONE	<p>1. Tutti i pazienti con stroke acuto o recente (meno di un anno) o pazienti con stroke superiore ad un anno che richiedono (in regime di ricovero o ambulatoriale):</p> <p>a. riabilitazione multidisciplinare per raggiungere obiettivi funzionali che possano prevenire ulteriori ricoveri ospedalieri o migliorare il grado di indipendenza</p> <p>b. valutazione, trattamento o revisione da parte del team riabilitativo</p> <p>2. Pazienti clinicamente stabili</p> <p>a. soddisfatti i criteri di stabilità previsti nel documento conclusivo della Consensus Conference di Modena 2000 (SPREAD 2007)</p> <p>b. affrontati i problemi relativi a comorbidità</p> <p>c. alla dimissione dal reparto per acuti, le condizioni mediche e gli eventuali programmi per lo stato di acuzie non precludono la partecipazione al programma riabilitativo</p> <p>d. sono state completate tutte le indagini clinico-strumentali o è prevista una pianificazione del follow-up</p> <p>3. Pazienti con almeno un minimo potenziale di funzionalità</p> <p>a. il paziente è collaborante e ha la capacità di resistenza per partecipare attivamente al progetto riabilitativo</p> <p>b. il paziente è in grado di eseguire ordini semplici, con supporto comunicativo (se richiesto)</p> <p>c. il paziente possiede sufficiente attenzione, memoria a breve termine e consapevolezza per attenersi al progetto riabilitativo</p> <p>4. Pazienti che dimostrano - per i progressi ottenuti dopo l'evento acuto - il potenziale per incrementare il proprio livello funzionale partecipando al progetto riabilitativo</p> <p>5. Obiettivi della riabilitazione: specifici, misurabili, conseguibili, realistici e pianificabili</p> <p>6. Il paziente (o l'amministratore di sostegno) ha acconsentito a partecipare al progetto riabilitativo e dimostra la volontà e la determinazione per parteciparvi (sono possibili eccezioni, come ad esempio la depressione)</p> <p>7. Assenza di problemi comportamentali tali da limitare la capacità di partecipazione al progetto riabilitativo</p>
------------------------------	---

CRITERI DI ESCLUSIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Severa compromissione cognitiva, tale da impedire l'apprendimento e la partecipazione del paziente ai programmi terapeutici 2. Comportamento inappropriato, determinando rischio per sé stesso o per gli altri 3. Malattia terminale con breve aspettativa di vita 4. Assenza della volontà a partecipare ai programmi riabilitativi
------------------------------	--

(tratto da: "Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation Following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke, update 2019". Heart and Stroke Foundation, 2019)

Criteria di accesso al percorso di riabilitazione intensiva

CRITERI DI INCLUSIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paziente suscettibile di significativo miglioramento funzionale e collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale 2. Paziente con danno medio (Barthel Index 60-80; range 0-100) o medio-grave (Barthel Index: 40-55; range 0-100) 3. Paziente in grado di partecipare alla riabilitazione e di trarre giovamento da un trattamento riabilitativo di almeno 3 ore/die (trattamento inteso come attività garantite da personale tecnico-sanitario della riabilitazione e infermieristico-assistenziale finalizzato al miglioramento delle ADL) 4. Possono essere inclusi pazienti con disabilità complesse che richiedono, nelle 24 ore: <ul style="list-style-type: none"> • disponibilità continuativa di interventi diagnostico-terapeutici • interventi di nursing ad elevata specificità • intervento medico
CRITERI DI ESCLUSIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. paziente gravemente dipendente prima dell'evento ictale 2. paziente con malattia terminale (es: patologia tumorale a rapido aggravamento) 3. paziente con grave insufficienza cardiaca con frazione di eiezione <25% 4. paziente con instabilità clinica secondo i criteri della Consensus Conference di Modena (2000)

Tratto da "Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation Following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke, update 2019". Heart and Stroke Foundation, 2019

Criteria di accesso al Percorso di Riabilitazione Estensiva

CRITERI DI INCLUSIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. paziente con danno grave (Barthel Index: < 40; range 0-100) o con disabilità lieve (B.I. > 85) 2. Paziente suscettibile di significativo miglioramento funzionale e collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale
------------------------------	--

	<p>3. Paziente in grado di partecipare alla riabilitazione, e di trarre giovamento da un trattamento riabilitativo di almeno 1 ora/die, ma inferiore a 3 ore/die (trattamento inteso come attività garantite da personale tecnico-sanitario della riabilitazione e infermieristico-assistenziale finalizzato al miglioramento delle ADL) per condizioni legate a comorbidità, stato funzionale premorbo, abitudini di vita, ecc.</p> <p>4. Possono essere inclusi pazienti con disabilità complesse che richiedono, nelle 24 ore:</p> <ul style="list-style-type: none"> • disponibilità continuativa di interventi diagnostico-terapeutici • interventi di nursing ad elevata specificità • intervento medico
CRITERI DI ESCLUSIONE	<p>1. paziente gravemente dipendente prima dell'evento ictale</p> <p>2. paziente con malattia terminale (es: patologia tumorale a rapido aggravamento)</p> <p>3. paziente con grave insufficienza cardiaca SC NYHA 4 o con frazione di eiezione <25%</p> <p>4. paziente con instabilità clinica secondo i criteri della Consensus Conference di Modena (2000)</p>

Tratto da "Canadian stroke best practice recommendations: Rehabilitation, Recovery and Community Participation Following Stroke. Part One: Rehabilitation and Recovery Following Stroke, update 2019". Heart and Stroke Foundation, 2019

Criteri di accesso al percorso riabilitativo in RSA

CRITERI DI INCLUSIONE	<p>1. Pazienti clinicamente stabili (criteri Modena 2000), con prevalenza di comorbidità ed elevato bisogno assistenziale;</p> <p>2. Pazienti con disabilità che richiedono:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. interventi di nursing nelle 24 ore b. interventi ad alto supporto assistenziale nelle 24 ore c. intervento medico non continuativo nelle 24 ore <p>3. Pazienti con previsione di miglioramento funzionale;</p> <p>4. Pazienti in grado di partecipare ad un trattamento riabilitativo di almeno 1 ora (trattamento inteso come attività garantite da personale tecnico-sanitario della riabilitazione e infermieristico-assistenziale finalizzato al miglioramento delle ADL e delle funzioni motorie)</p> <p>5. Pazienti collaboranti</p> <p>Il setting di RSA rappresenta comunque un livello assistenziale per pazienti con esiti di ictus che non necessitano della multiprofessionalità riabilitativa dei reparti intensivi</p>
CRITERI DI ESCLUSIONE	<p>1. Presenza di grave deterioramento intellettuale tale da compromettere il recupero funzionale;</p> <p>2. Gravi comorbidità (es: SC NYHA 4 e/o FE <25%, BPCO con severa insufficienza respiratoria, neuropatie degenerative, neoplasie in stadio terminale, condizione di allettamento pre-esistente)</p>

La riabilitazione ambulatoriale

Esistono due tipologie di pazienti che possono usufruire dell'attività di riabilitazione ambulatoriale:

1. "casi complessi": utenti affetti da menomazioni e/o disabilità importanti, spesso multiple con possibili esiti permanenti e un elevato grado di disabilità nelle ADL, che richiedono un presa in carico globale nel lungo termine mediante un PRI che preveda molteplici programmi terapeutici eseguiti da un team multiprofessionale (almeno 3 tipologie di professionisti della riabilitazione, compreso il medico specialista in riabilitazione). Le attività riabilitative vengono erogate sotto forma di prestazioni ambulatoriali complesse con una durata complessiva del trattamento di almeno 90 minuti per accesso. I trattamenti riabilitativi erogati ai pazienti devono essere registrati in una documentazione clinica riabilitativa, dove sono riportate le variazioni rilevate nel compimento del PRI articolato nei diversi programmi riabilitativi.

2. "casi non complessi": utenti affetti da menomazioni e/o disabilità di qualsiasi origine che necessitano di una sola tipologia di prestazioni riabilitative erogate o direttamente da medico specialista in riabilitazione o da un'unica tipologia di professionista della riabilitazione. In presenza di disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie, per l'erogazione di semplice terapia fisica strumentale non è necessaria la redazione di un PRI; in tutti gli altri casi il PRI deve essere formulato.

Criteri di accesso dei pazienti al percorso riabilitativo delle cure ambulatoriali

CRITERI DI INCLUSIONE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paziente clinicamente stabile (criteri Modena 2000) 2. Paziente con disabilità lieve (Barthel index >85; range 0-100) 3. Paziente collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale 4. Paziente in grado di raggiungere le strutture ambulatoriali territoriali
------------------------------	---

La riabilitazione domiciliare

In ambito domiciliare, l'attività riabilitativa può avere le caratteristiche della riabilitazione estensiva (minimo un'ora al giorno) con trattamenti di rieducazione (neuro-motoria, funzionale, logopedica, ecc.) per il recupero funzionale, della comunicazione, ecc. di pazienti non trasportabili e non appropriati al ricovero e/o della riabilitazione per la prevenzione delle complicanze, il mantenimento, la stabilizzazione negli apprendimenti ed empowerment del paziente e di caregiver, con sedute funzionali cioè programmate secondo il bisogno specifico del paziente e di chi l'assiste. In tale ambito possono essere condotte le valutazioni cliniche, funzionali o ambientali per la fornitura degli ausili, le consulenze per le barriere architettoniche, il monitoraggio delle funzioni e l'educazione all'autogestione e superamento delle specifiche disabilità, ecc. In base al progetto sulla persona (PAI+PRI) le prese in carico possono essere a breve o a lungo termine.

Sono destinatari dell'intervento domiciliare i pazienti che presentano i seguenti requisiti generali:

- 1) sono intrasportabili per motivi clinici: si tratta di pazienti che non possono usufruire di un trattamento ambulatoriale perché il trasporto renderebbe inefficace l'intervento stesso o sarebbe rischioso dal punto di vista sanitario;
- 2) è presente un caregiver che garantisca la possibilità della permanenza al domicilio;

3) necessitano di un progetto riabilitativo, con durata ed esiti definiti, che sia chiaramente definito come realizzabile efficacemente in ambiente domiciliare.

I pazienti possono presentare:

- disabilità a medio/alto gradiente di modificabilità in fase post-acuta di recupero (es. dimissione precoce);
- disabilità maggiore cronica stabilizzata, in condizione di intrasportabilità; educazione autogestione, alle ADL, forniture ausili, monitoraggio, ecc).

Criteria di accesso dei pazienti al percorso riabilitativo delle cure domiciliari a seguito di dimissione precoce

CRITERI DI INCLUSIONE	<ol style="list-style-type: none">1. Paziente clinicamente stabile2. Paziente con disabilità medio-lieve (Barthel index > 60 o > 85; range 0-100)3. Contesto socio-familiare adeguato4. Servizi attivabili a domicilio con contesto abitativo permissivo (inserire criteri?)
------------------------------	---

2 - SCALA DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' - Rankin Scale Modificata (mRS)

Identifica il grado di disabilità individuato da sei livelli da 0 a 5 (nei casi di decesso viene assegnato punteggio 6)

NESSUN SINTOMO	Nessuna limitazione e nessun sintomo
NESSUNA DISABILITA' SIGNIFICATIVA	Sintomatologia che non interferisce con le normali abitudini della vita quotidiana. Domanda: la persona ha difficoltà nel leggere o scrivere, difficoltà nel parlare o trovare la parola giusta, problemi di equilibrio o coordinazione, problemi visivi, iposensibilità o perdita di movimento (viso, braccia, gambe, mani, piede), difficoltà nella deglutizione o altri sintomi conseguenti l'ictus?
DISABILITA' LIEVE	Il pz è incapace di gestire autonomamente tutte le precedenti attività ma capace di badare a sé stesso senza assistenza. Limitazione nei ruoli sociali usuali ma indipendente nelle ADL. Domanda: c'è stato un cambiamento nella capacità di lavorare della persona o di badare ad altre persone se questo era il loro ruolo prima dell'ictus? Ci sono stati dei cambiamenti della capacità della persona di partecipare in attività ludiche e sociali precedenti l'ictus? La persona ha avuto problemi nelle relazioni interpersonali o si è isolato?
DISABILITA' MODERATA	Il pz richiede qualche aiuto nelle ADL ma è in grado di camminare senza assistenza. Necessità di assistenza con le ADL strumentali ma non in quelle di base. Domanda: E' necessaria assistenza per preparare un pasto semplice, fare le faccende domestiche, gestire i soldi, gli acquisti e viaggiare localmente?
DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE	Pz incapace di camminare senza assistenza e di soddisfare i bisogni corporei senza assistenza. Bisogno di assistenza nelle ADL di base ma non richiede una assistenza costante. Domanda: è necessaria assistenza per mangiare, usare il bagno, l'igiene quotidiana o camminare?
DISABILITA' GRAVE	Totale dipendenza, il pz richiede costante attenzione notte e giorno, paziente allettato Necessita di avere qualcuno disponibile sempre; l'assistenza può essere erogata sia da un caregiver esperto che non. Domanda: la persona richiede assistenza costante?

- Rankin J. et al, Cerebral vascular accidents in patients over the age of 60. Scott Med J 1957
- Van Swieten et al, Interobserver agreement for the assessment of handicap in stroke patients – Stroke 1988)

3 - SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA - *Barthel Index (BI 0-100)*

Fornisce il livello di abilità nel compiere le azioni della vita quotidiana; punteggio più basso indica una disabilità crescente.

- disabilità lieve 85-95
- disabilità media 60-80
- disabilità medio grave 40-55
- disabilità grave 0-40

BARTHEL INDEX: VALUTAZIONE DELLA DISABILITÀ'

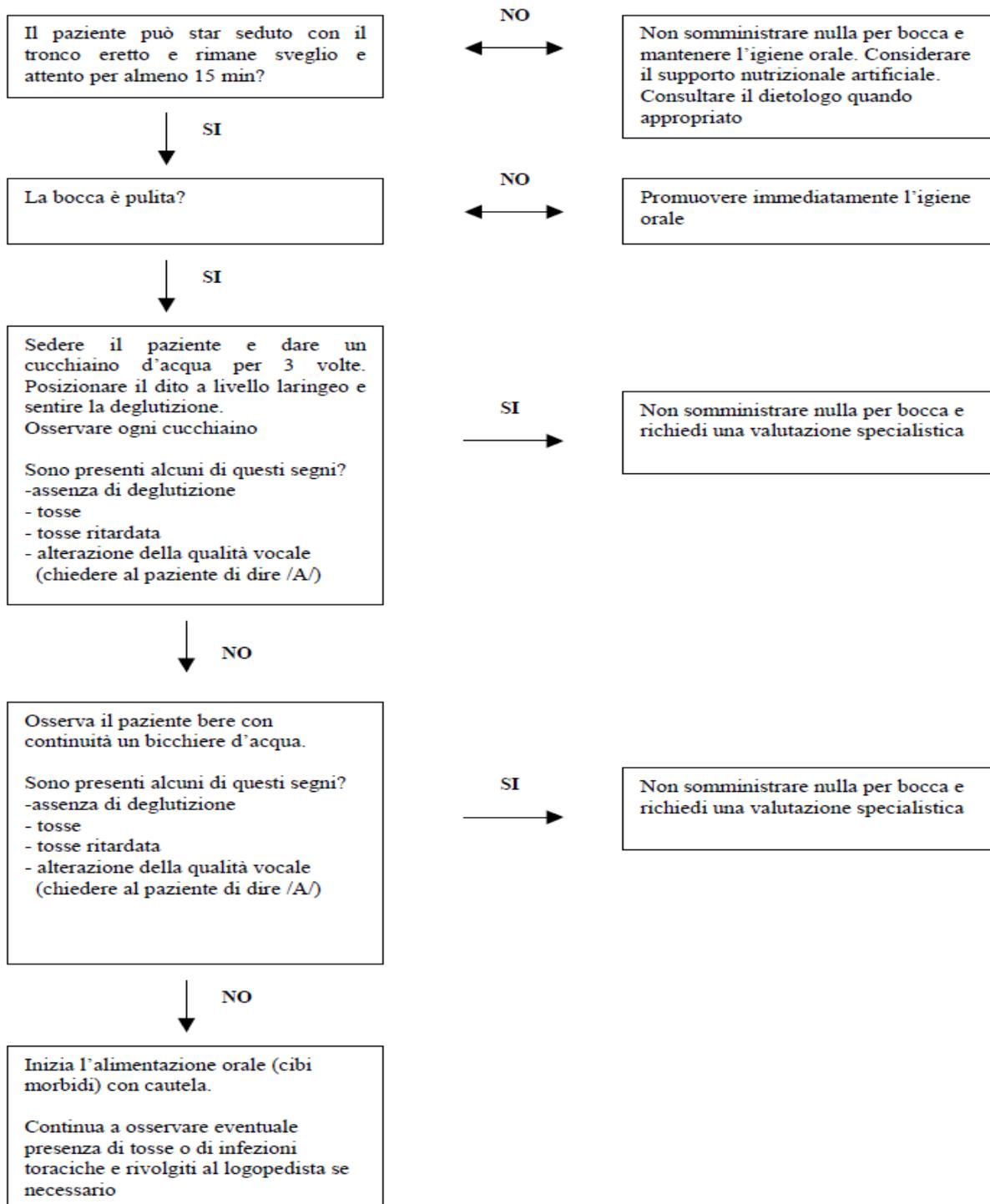
Paziente: _____ Età: _____ Data ing. ____/____/____

Diagnosi: _____ Data dim. ____/____/____

ATTIVITÀ'	Punteggio Ing.	Punteggio Dim.
Alimentazione 0= incapace 5= necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo 10= indipendente		
Fare il bagno 0= dipendente 5= indipendente		
Igiene personale 0= necessita di aiuto 5= Si lava la faccia, si pettina, si lava i denti, si rade (inserisce la spina se usa il rasoio)		
Vestirsi 0= dipendente 5= necessita di aiuto ma compie almeno metà del compito in tempo ragionevole 10= indipendente, si lega le scarpe, usa le cerniere lampo, bottoni		
Controllo del retto 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Controllo della vescica 0= incontinente 5= occasionali incidenti o necessità di aiuto 10= continente		
Trasferimenti nel bagno 0= dipendente 5= necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o usare carta igienica 10= indipendente con l'uso del bagno o della padella		
Trasferimenti sedia/letto 0= incapace, no equilibrio da seduto 5= in grado di sedersi, ma necessita della max assistenza per trasferirsi 10= minima assistenza e supervisione 15= indipendente		
Deambulazione 0= immobile 5= indipendente con la carrozzina per > 45 m 10= necessita di aiuto di una persona per > 45 m 15= indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello		
Salire le scale 0= incapace 5= necessita di aiuto o supervisione 10= indipendente, può usare ausili		
TOTALE (0 – 100)		

- FI Mahoney, DW Barthel, Functional evaluation: The Barthel index Md State Med J 1965 Feb;14:61-5.

4 - TEST PER LA VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA – *Test dell'acqua*



5 – VALUTAZIONE STABILITA' DEL TRONCO - Trunk Control Test (TCT)

Paziente _____ data _____

TEST	INGRESSO	DIMISSIONE	FOLLOW-UP
1. Girarsi sul lato malato			
2. Girarsi sul lato sano			
3. Passaggio da supino a seduto			
4. Equilibrio da seduto (sul bordo del letto)			
<i>totale</i>			

Punteggio

- 0. il pz necessita dell'aiuto di un assistente (anche minimo contatto fisico) per eseguire quanto richiesto
- 12. il pz è in grado di effettuare il movimento richiesto soltanto aggrappandosi a sponde, trapezi, persone
- 25. il pz effettua il movimento in maniera normale

Punteggio del tronco: (1)+(2)+(3)+(4)

Trunk control test - indicazioni

Sono testati quattro movimenti, con il pz disteso sul letto.

Girarsi sul lato patologico

Dalla posizione supina il pz deve girarsi sul lato patologico. Può tirarsi/spingersi con l'arto sano (in tal caso il punteggio è 12).

Girarsi sul lato sano

Dalla posizione supina il pz deve girarsi sul lato sano.

Punteggio= 12 se il pz si aiuta con gli arti sani.

Passaggio dalla posizione supina a quella seduta

Il pz deve sedersi partendo dalla posizione supina. Può spingersi/tirarsi con gli arti superiori.

Punteggio = 12 se il pz si aggrappa a sponde, trapezi, persone.

Equilibrio da seduto

Seduto sul bordo del letto, piedi non appoggiati a terra, deve rimanere seduto in equilibrio per 30 secondi.

Punteggio = 12 se il soggetto deve sostenersi con le mani; punteggio = 0 se non è in grado di rimanere in equilibrio per 30 secondi.

Collin C. , Wade D. Assessing motor impairment after stroke: a pilot reliability study J Neurol Neurosurg Psychiatry 1990

6 - INDICE DI COMORBILITÀ - Cumulative Illness Rating Scale – (CIRS)

La Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) misura lo stato di salute somatica del soggetto anziano. Il risultato della CIRS, derivato da tutti i dati medici disponibili, rappresenta un indice di comorbilità adeguato in una popolazione geriatrica: è un efficace indicatore dello stato di salute somatica dell'anziano fragile.

CATEGORIE DI PATOLOGIE					
Patologie cardiache (solo cuore)	1	2	3	4	5
Iperensione (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)	1	2	3	4	5
Patologie vascolari (sangue vasi midollo, milza, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)	1	2	3	4	5
Occhi/O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)	1	2	3	4	5
Apparato gastroenterico superiore (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari epato-pancreatiche; escluso diabete)	1	2	3	4	5
Apparato gastroenterico inferiore (intestino, ernie)	1	2	3	4	5
Patologie epatiche	1	2	3	4	5
Patologie renali (solo rene)	1	2	3	4	5
Altre patologie genito-urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata e genitali)	1	2	3	4	5
Sistema muscolo-scheletrico-cute	1	2	3	4	5
Patologie sistema nervoso (SNC e periferico, esclusa demenza)	1	2	3	4	5
Patologie endocrino-metaboliche (include diabete, sepsi, stati tossici)	1	2	3	4	5
Patologie psichiatriche e comportamentali (include demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5

1=assente 2= lieve 3= moderata 4= grave 5= molto grave

Indice di severità _____ **Indice di comorbilità** _____

La CIRS richiede che *il medico* definisca la severità clinica e funzionale delle 14 categorie di patologie sulla base dell'anamnesi patologica, della revisione della documentazione sanitaria e dei test di laboratorio, dell'esame fisico e della sintomatologia presentata. Il medico farà particolare riferimento alla disabilità funzionale che le patologie determinano, secondo un modello che considera lo stato funzionale quale migliore indicatore di salute.

La CIRS non richiede strumenti sofisticati né indagini specifiche, ma è sufficiente l'anamnesi e l'esame obiettivo. È preferibile l'esame del soggetto, piuttosto che l'analisi retrospettiva della documentazione, per meglio chiarire l'attribuzione dei livelli di punteggio all'interno di ogni categoria di patologia.

Ogni item è valutato secondo una scala ordinale con livelli di gravità crescente da 1 (patologia assente) a 5 (patologia molto grave). Si ottengono due misure:

Indice di severità, risulta dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie. Il massimo punteggio ottenibile è 5.

Indice di comorbidità, rappresenta il numero delle categorie con punteggio uguale o superiore a 3 (riferito solo alle prime 13 categorie). Il massimo punteggio ottenibile è 13. È escluso dal conteggio l'item 14 (psichiatrico-comportamentale) per evitare fraintendimenti tra salute mentale e capacità cognitiva.

L'impatto di una patologia di grado rilevante sullo stato di salute può non essere evidenziato dal solo punteggio rappresentato dall'indice di severità. Per evitare di sottostimare la presenza di patologie condizionanti morbilità importanti è stato aggiunto l'indice di comorbidità, il cui punteggio aiuta a definire se l'indice di severità è determinato da pochi gravi problemi o da molti problemi di gravità minore.

La severità dei problemi per ciascuna categoria viene definita e conteggiata nel seguente modo:

- 1) Non esiste patologia.
- 2) La patologia non interferisce con la normale attività, il trattamento può anche essere evitato e la prognosi è buona.
- 3) La patologia interferisce con la normale attività, la cura è necessaria e la prognosi è favorevole.
- 4) La patologia è disabilitante, la cura è urgente e la prognosi è riservata.
- 5) La patologia pone a rischio la sopravvivenza del soggetto, la cura è urgente o addirittura inefficace, la prognosi è grave.

Se, per una determinata categoria, fossero identificati più problemi di diversa severità sarà conteggiato per quell'*item* il punteggio maggiore.

(Tratto da: Parmalee et al., Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population J AM Geriat Soc 1995)

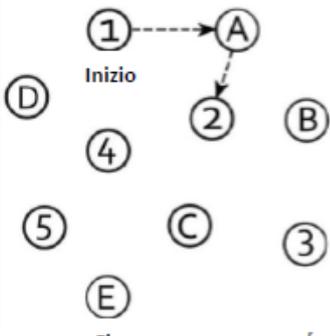
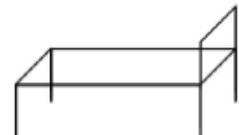
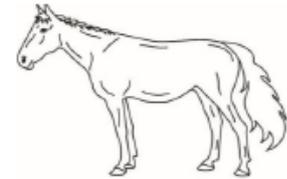
7- MOCA



Versione 8.3 Italian (Italy)

Nome:
Scolarità:
Sesso:

Data di nascita:
DATA:

VISUOSPAZIALE/ESECUTIVO		Copiare il letto		Disegnare un orologio (dieci e cinque) (3 punti)					PUNTI	
 <p>Inizio [] Fine []</p>		 <p>[]</p>		[]	[]	[]	[]	[]	___/5	
<p>Contorno Numeri Lancette</p>										
DENOMINAZIONE										
 <p>[]</p>		 <p>[]</p>		 <p>[]</p>			___/3			
MEMORIA		Leggere la lista di parole, il soggetto deve ripeterle. Eseguire due prove, anche se la prima prova è stata superata con successo. Eseguire un richiamo dopo 5 minuti.		GAMBA	COTONE	SCUOLA	POMODORO	BIANCO	NESSUN PUNTO	
		1° PROVA								
		2° PROVA								
ATTENZIONE		Leggere la serie di cifre (una cifra/sec.).		Il soggetto deve ripeterle nel seguente ordine [] 2 4 8 1 5						
				Il soggetto deve ripeterle in ordine inverso. [] 4 2 7					___/2	
				Leggere la serie di lettere. Il soggetto deve dare un colpo con la mano sul tavolo ad ogni lettera A. Nessun punto se ≥ 2 errori						
				[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1	
		Sottrarre 7 partendo da 60.		[] 53	[] 46	[] 39	[] 32	[] 25	___/3	
				4 o 5 sottrazioni corrette: 3 punti, 2 o 3 corrette: 2 punti, 1 corretta: 1 punto, 0 corrette: 0 punti						
LINGUAGGIO		Ripetere: il bambino portava a passeggio il suo cane dopo mezzanotte. []							___/2	
		L'artista finì il suo dipinto giusto in tempo per la mostra. []								
		Fluenza verbale. In 1 minuto nominare il maggior numero possibile di parole che iniziano con la B.		[] ____ (N ≥ 11 parole)					___/1	
ASTRAZIONE		Similitudini tra es. banana - arancia = frutta		[] martello - cacciavite	[] fiammiferi - lampada					___/2
RICHIAMO DIFFERITO		Le parole devono essere ricordate		GAMBA	COTONE	SCUOLA	POMODORO	BIANCO	Punti solo per la ripetizione SENZA AIUTO	
(MIS)		SENZA AIUTO		[]	[]	[]	[]	[]		
Punteggio Indice di Memoria (MIS)		X3								
		X2 Cue categoriale								
		X1 Cue scelta multipla							MIS = ___/15	
ORIENTAMENTO		[] Data	[] Mese	[] Anno	[] Giorno della settimana	[] Luogo	[] Città	___/6		
© Z. Nasreddine MD		www.mocatest.org		MIS: ___/15						
Somministrato da: _____				(Norma ≥ 26/30)						
Si richiede Training and Certification per garantire l'accuratezza.				Aggiungere 1 punto se ≤ 12 anni di istruzione		TOTALE ___/30				

8 – Scala di Tinetti (Performance-Oriented Mobility Assessment)

SCALA DI TINETTI

Cognome e Nome _____
N.ro Prog. _____ Data di compilazione _____

Equilibrio

1. Equilibrio da seduto	
Si inclina, scivola dalla sedia	0
E' stabile, sicuro	1
2. Alzarsi dalla sedia	
E' incapace senza aiuto	0
Deve aiutarsi con le braccia	1
Si alza senza aiutarsi con le braccia	2
3. Tentativo di alzarsi	
E' incapace senza aiuto	0
Capace, ma richiede più di un tentativo	1
Capace al primo tentativo	2
4. Equilibrio nella stazione eretta (primi 5 sec)	
Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
Stabile grazie all'uso di bastone o altri ausili	1
Stabile senza ausili	2
5. Equilibrio nella stazione eretta prolungata	
Instabile (vacilla, muove i piedi, marcata oscillazione del tronco)	0
Stabile, ma a base larga (i malleoli mediali distano >10 cm)	1
Stabile, a base stretta, senza supporti	2
6. Equilibrio ad occhi chiusi	
Instabile	0
Stabile	1
7. Equilibrio dopo leggera spinta sullo sterno	
Comincia a cadere	0
Oscilla, ma si riprende da solo	1
Stabile	2
8. Girarsi di 360 gradi	
A passi discontinui	0
A passi continui	1
Instabile	0
Stabile	1
9. Sedersi	
Insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia)	0
Usa le braccia, o ha un movimento discontinuo	1
Sicuro, movimento continuo	2
Punteggio dell'equilibrio	/16

Andatura

10. Inizio della deambulazione	
Una certa esitazione, o più tentativi	0
Nessuna esitazione	1
11. Lunghezza ed altezza del passo	
Piede dx	
Il piede dx non supera il sx	0
Il piede dx supera il sx	1
Il piede dx non si alza completamente dal pavimento	0
Il piede dx si alza completamente dal pavimento	1
Piede sx	
Il piede sx non supera il dx	0
Il piede sx supera il dx	1
Il piede sx non si alza completamente dal pavimento	0
Il piede sx si alza completamente dal pavimento	1
12. Simmetria del passo	
Il passo dx e il sx non sembrano uguali	0
Il passo dx e il sx sembrano uguali	1
13. Continuità del passo	
Interrotto o discontinuo	0
Continuo	1
14. Traiettoria	
Deviazione marcata	0
Deviazione lieve o moderata, o uso di ausili	1
Assenza di deviazione e di uso di ausili	2
15. Tronco	
Marcata oscillazione o uso di ausili	0
Flessione ginocchia o schiena, o allargamento delle braccia	1
Nessuna oscillazione, flessione, uso delle braccia o ausili	2
16. Posizione dei piedi durante il cammino	
I talloni sono separati	0
I talloni quasi si toccano durante il cammino	1
Punteggio dell'andatura	/12

PUNTEGGIO TOTALE _____/28

INTERPRETAZIONE DEL PUNTEGGIO ≥19: basso rischio di caduta ≤18: elevato rischio di caduta

Firma del compilatore _____



9 – Screening della malnutrizione “MUST”(Malnutrition Universal Screening Tool)



'Malnutrition Universal Screening Tool' MAG
(Strumento di screening universale della malnutrizione)

'MUST'

Il 'MUST' è uno strumento di screening in cinque fasi per identificare adulti malnutriti, a rischio di malnutrizione (sottanutrizione) od obesi. Include anche linee guida gestionali che possono essere utilizzate per sviluppare un programma terapeutico.

È adatto all'uso in ospedale, comunità e altre strutture assistenziali e può essere utilizzato da tutti gli operatori sanitari.

Questa guida contiene:

- Un diagramma di flusso che illustra le 5 fasi da seguire per lo screening e la gestione
- Il grafico IMC
- Tabelle del calo di peso
- Misure alternative quando non è possibile ottenere l'IMC misurando peso e altezza.

Le 5 fasi del 'MUST'

Fase 1
Misurare altezza e peso per ottenere un punteggio di IMC usando il grafico fornito. Se è impossibile ottenere l'altezza e il peso, usare le procedure alternative illustrate in questa guida.

Fase 2
Annotare il calo di peso percentuale non programmato e assegnarvi un punteggio usando le tabelle fornite.

Fase 3
Stabilire l'effetto di malattie acute e assegnarvi un punteggio.

Fase 4
Addizionare i punteggi dei passaggi 1, 2 e 3 per ottenere il rischio globale di malnutrizione.

Fase 5
Usare le linee guida gestionali e/o le politiche locali per sviluppare un programma terapeutico.

Fare riferimento al libretto esplicativo del 'MUST' per maggiori informazioni qualora peso e altezza non possano essere misurati e nei casi in cui si effettui lo screening di gruppi di pazienti per i quali è necessaria una cautela particolare nell'interpretazione dei dati (ad es. soggetti con disturbi dei liquidi, ingessature, amputazioni, malattie critiche e donne in gravidanza o allattamento). Questo libretto può anche essere utilizzato per la formazione, vedere il rapporto 'MUST' per prove a supporto. Si osservi che il 'MUST' non è stato progettato per rilevare carenze o apporti eccessivi di vitamine e minerali ed è adatto all'uso **solo negli adulti**.



Fase 1 + Fase 2 + Fase 3

Punteggio IMC + Punteggio del calo di peso + Punteggio dell'effetto di malattie acute

IMC kg/m²	Punteggio	Calo di peso non programmato nei 3-6 mesi precedenti	Punteggio	Se il paziente è affetto da malattia acuta e non vi è stato o è probabile che non vi sia alcun apporto nutrizionale per >5 giorni	Punteggio 2
>20 (>30 Obeso)	= 0	<5%	= 0		
18.5-20	= 1	5-10	= 1		
<18.5	= 2	>10	= 2		

Se è impossibile ottenere l'altezza e il peso, vedere il retro per misure alternative e uso di criteri soggettivi

È improbabile che l'effetto di malattie acute si applichi ad di fuori dell'ospedale. Per ulteriori informazioni vedere il libretto esplicativo del 'MUST'

Fase 4
Rischio globale di malnutrizione

Se il punteggio è 0 o 1, il rischio è basso. Se il punteggio è 2 o superiore, il rischio è alto.

Fase 5
Linee guida gestionali

0 Rischio basso Cure cliniche di routine	1 Rischio medio Monitorare	2 o più Rischio alto Tattare*
---	---	--

Tutte le categorie di rischio:

- Trattare le condizioni sottostanti e fornire aiuto e consigli sulle scelte alimentari, sugli alimenti e le bevande da assumere, quando necessario.
- Registrare la categoria di rischio di malnutrizione
- Registrare la necessità di diete speciali e seguire le politiche locali.

Obesità:

- Registrare la presenza di obesità. Per i soggetti con condizioni sottostanti, esse devono generalmente essere controllate prima del trattamento dell'obesità.

Rivalutare i soggetti identificati come a rischio quando si spostano da una struttura sanitaria a un'altra.

© BAPEN

Misure alternative e considerazioni

Fase 1: IMC (Indice di massa corporea)

Se non è possibile misurare l'altezza

- Usare un'altezza documentata recentemente o autoriferita (se affidabile e realistica).
- Se il soggetto non conosce o non è in grado di riferire la propria altezza, usare una delle misure alternative per stimarla (una, altezza al ginocchio o semipiemmezza delle braccia).

Fase 2: Calo recente di peso non programmato

Se un calo di peso recente non può essere calcolato, usare il calo di peso autoriferito (se affidabile e realistico).

Criteri soggettivi

Se non è possibile ottenere altezza, peso o IMC, i seguenti criteri a essi correlati possono facilitare un giudizio clinico sulla categoria di rischio nutrizionale del soggetto. Si osservi che questi criteri devono essere usati collettivamente e non separatamente come alternative alle fasi 1 e 2 del 'MUST' e non sono ideati per assegnare un punteggio. La circonferenza media del braccio (MUAC) può essere usata per stimare la categoria di IMC a supporto dell'impressione globale del rischio nutrizionale del soggetto.

1. IMC

- Impresione clinica – magro, peso accettabile, sovrappeso. Si possono anche notare deperimento evidente (molto magro) e obesità (molto sovrappeso).

2. Calo di peso non programmato

- Gli indumenti e/o i gioielli sono diventati molto larghi (calo di peso).
- Precedenti di diminuzione dell'assunzione di cibo, riduzione dell'appetito o problemi di deglutizione per 3-6 mesi e malattie sottostanti o disabilità psicosociali/fisiche che potrebbero causare un calo di peso.

3. Effetto di malattie acute

- Malattia acuta e nessun apporto nutrizionale o probabilità di nessun apporto per più di 5 giorni.

Maggiori dettagli sulle misure alternative, su circostanze speciali e criteri soggettivi si possono trovare nel libretto esplicativo del 'MUST'. È possibile scaricarlo una copia dal sito www.bapen.org.uk o acquistarla dagli uffici della BAPEN. Le prove complete a supporto del 'MUST' sono incluse nel rapporto 'MUST', che può anche essere acquistato presso gli uffici della BAPEN.

BAPEN Office, Secore Hotel Business Centre, Stanley Road, Redditch, Worce, B96 7LG, Tel: +44 (0)1527 45 78 50. Fax: +44 (0)1527 458 718. bapen@nursingconference.co.uk Numero di registrazione della BAPEN 1023027. www.bapen.org.uk

© BAPEN 2003 ISBN 978-1-899467-37-0 Tutti i diritti riservati. Questo documento può essere fotocopiato e usato divulgativo e formativo nella misura in cui la fonte sia accreditata e riconosciuta.

La copia possono essere riprodotte e /o pubblicate e promozionali. È necessario richiedere un'autorizzazione scritta a BAPEN se sono necessari riprodottoni o adattamenti. Se il materiale viene utilizzato a scopi commerciali, può essere necessario pagare una tassa di autorizzazione.



© BAPEN



Misure alternative: istruzioni e tabelle

Se non è possibile ottenere l'altezza, usare la lunghezza dell'avambraccio (una) per calcolarla usando le tabelle seguenti.

(Vedere il libretto esplicativo del 'MUST' per dettagli sulle altre misure alternative (altezza al ginocchio e semipiemmezza delle braccia) che possono essere utilizzate per stimare l'altezza).

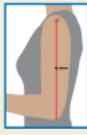
Stima dell'altezza dalla lunghezza dell'una



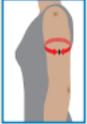
Misurare tra il punto del gomito (processo olecrancico) e il punto centrale dell'osso sporgente del polso (processo stiloideo) (se possibile sul lato sinistro).

Uomini (<65 anni)	1.94	1.93	1.91	1.89	1.87	1.85	1.84	1.82	1.80	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71
Uomini (>65 anni)	1.87	1.86	1.84	1.82	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.67
Donne (<65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.80	1.79	1.77	1.76	1.75	1.73	1.72	1.70	1.69	1.68	1.66
Donne (>65 anni)	1.84	1.83	1.81	1.79	1.78	1.76	1.75	1.73	1.71	1.70	1.68	1.66	1.65	1.63

Stima della categoria di IMC in base alla circonferenza media del braccio (MUAC)



Il braccio sinistro del soggetto deve essere piegato al gomito con un angolo di 90 gradi, con il braccio parallelo al lato del corpo. Misurare la distanza tra la protusione ossea sulla spalla (acromion) e il punto del gomito (processo olecrancico). Segnare il punto centrale.



Chiedere al soggetto di lasciare il braccio pendere e misurare la circonferenza nel punto centrale, assicurandosi che il metro a nastro sia aderente ma non stretto.

Se la MUAC è <23,5 cm, è probabile che l'IMC sia <20 kg/m².
Se la MUAC è >32,0 cm, è probabile che l'IMC sia >30 kg/m².

L'uso della MUAC fornisce un'indicazione generale dell'IMC e non è destinato a generare un punteggio vero e proprio da usare con il 'MUST'. Per ulteriori informazioni sull'uso della MUAC fare riferimento al libretto esplicativo del 'MUST'.

© BAPEN

10 – Scala FOIS (Functional Oral Intake Scale)

La FOIS è una breve scala, validata anche in italiano, che nasce nel 2005 per documentare il cambiamento dell'assunzione orale di cibo e liquidi nei pazienti con ictus. Consiste in una scala ordinale a 7 punti, dove i punteggi da 1 a 3 si riferiscono a diversi livelli di alimentazione non orale (enterale/parenterale); i punteggi da 4 a 7 si riferiscono a vari gradi di alimentazione orale.

FOIS - It
Nutrizione enterale/parenterale (Livelli 1-3)
1 Nessuna assunzione di alimenti per via orale
2 Nutrizione per via enterale/parenterale con minime quantità assunte per via orale
3 Nutrizione enterale/parenterale con regolari quantità assunte per via orale
Nutrizione orale completa (Livelli 4-5)
4 Nutrizione orale completa con cibi di una sola consistenza
5 Nutrizione orale completa con cibi diversi a diversa consistenza in cui viene richiesta una preparazione specifica
6 Nutrizione orale completa con cibi senza la necessità di preparazione specifica, con esclusione di alcuni cibi o liquidi
7 Nutrizione orale completa senza restrizioni

Crary MA et al. Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients - Arch Phys Med Rehabil 2005

11 – Farmaci triturbili

[https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2019/02/27/Do not Crush List FVG ver.1 \(22 febbraio 2019\).pdf](https://arcs.sanita.fvg.it/media/uploads/2019/02/27/Do not Crush List FVG ver.1 (22 febbraio 2019).pdf)

12 – Valutazione rischio cadute (Scala di Conley)

SCALA di CONLEY

valutazione del rischio di caduta del paziente

le prime tre domande devono essere rivolte solamente al paziente

possono essere rivolte ad un familiare, all'infermiere e/o al caregiver, solo se il paziente presenta severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere

- Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita.
- Sommare i valori positivi.
- La risposta "non so" è da considerarsi come risposta negativa

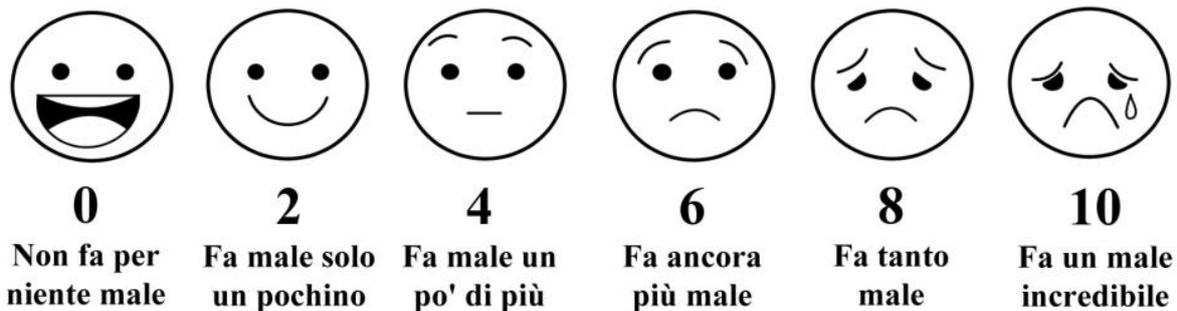
Precedenti cadute (<i>domanda al paziente/caregiver/infermiere</i>)	SI	NO
C 1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C 2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi?	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi tre mesi)	1	0
 Deterioramento cognitivo (<i>osservazione infermieristica</i>)		
C 4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile	1	0
C 5 - Agitato*	2	0
C 6 - Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo	3	0

TOTALE _____

L'infermiere compilatore

13 – Valutazione dolore (Face scale, scala PAINAD)

Face scale



PAINAD

	0	1	2
RESPIRO (Indipendente dalla vocalizzazione)	Normale	Respiro a tratti alterato. Brevi periodi di iperventilazione	Respiro alterato Iperventilazione Cheyne-Stokes
VOCALIZZAZIONE	Nessuna	Occasionali lamenti Saltuarie espressioni negative	Ripetuti richiami Lamenti. Pianto
ESPRESSIONE FACCIALE	Sorridente o inespressiva	Triste, ansiosa, contratta	Smorfie.
LINGUAGGIO DEL CORPO	Rilassato	Teso Movimenti nervosi Irrequietezza	Rigidità. Agitazione Ginocchia piegate Movimento afinalistico, a scatti
CONSOLABILITA'	Non necessita di consolazione	Distratto o rassicurato da voce o tocco	Inconsolabile; non si distrae né si rassicura

Punteggio:

0 = nessun dolore

10 = massimo dolore

- Bieri D, Reeve R, et al The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. Pain, 1990;41:139-150.
- Warden V et al Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale J Am Med Dir Assoc 2003

14 – Scheda di segnalazione per la continuità riabilitativa

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PER LA CONTINUITA' RIABILITATIVA

<p>Dati Anagrafici</p> <p>Cognome e Nome _____</p> <p>Data di Nascita _____</p> <p>Comune di Residenza _____</p> <p>Reparto di Provenienza _____ (Recapito reparto) _____</p> <p>Data ricovero o dell'evento morboso _____</p>	<p>Data della segnalazione _____</p> <p>Medico Compilatore _____</p> <hr/> <p>Breve descrizione contesto pre ricovero: autonomia/ sociale/familiare/lavorativo</p>																																																
<p>Diagnosi principale</p>																																																	
<p>Comorbidity rilevanti</p>																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Barthel</th> <th style="text-align: center;">0</th> <th style="text-align: center;">5</th> <th style="text-align: center;">10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Alimentazione</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Perf. bagno</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Cura di sé</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Trasferimenti</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Controllo e inserimento insondabile</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Controllo e inserimento vescivolo</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Trasferimento in bagno</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td>Trasferimento seduto e ritorno</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Uscita in camera e ritorno (non per servizi)</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Ritorno in camera sociale</td> <td style="text-align: center;">10</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">0</td> </tr> <tr> <td>Barthel totale</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> </tbody> </table>	Barthel	0	5	10	Alimentazione	0	5	10	Perf. bagno	0	5	10	Cura di sé	0	5	10	Trasferimenti	0	5	10	Controllo e inserimento insondabile	0	5	10	Controllo e inserimento vescivolo	0	5	10	Trasferimento in bagno	0	5	10	Trasferimento seduto e ritorno	10	5	0	Uscita in camera e ritorno (non per servizi)	10	5	0	Ritorno in camera sociale	10	5	0	Barthel totale	0	5	10	<p>mRS</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Nessun Sintomo</p> <p><input type="checkbox"/> 2 – Nessuna Disabilità Significativa</p> <p><input type="checkbox"/> 3 – Disabilità Lieve</p> <p><input type="checkbox"/> 4 – Disabilità Moderata</p> <p><input type="checkbox"/> 5 – Disabilità Moderatamente Grave</p> <p><input type="checkbox"/> 6 – Disabilità Grave</p>
Barthel	0	5	10																																														
Alimentazione	0	5	10																																														
Perf. bagno	0	5	10																																														
Cura di sé	0	5	10																																														
Trasferimenti	0	5	10																																														
Controllo e inserimento insondabile	0	5	10																																														
Controllo e inserimento vescivolo	0	5	10																																														
Trasferimento in bagno	0	5	10																																														
Trasferimento seduto e ritorno	10	5	0																																														
Uscita in camera e ritorno (non per servizi)	10	5	0																																														
Ritorno in camera sociale	10	5	0																																														
Barthel totale	0	5	10																																														
<p>Bisogni Riabilitativi:</p> <p>Neuromotori</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Comunicativi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cognitivi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Gestione Presidi</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ausili</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Funzioni Vitali</p> <p>Coscienza: <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> SV <input type="checkbox"/> SMC <input type="checkbox"/> Mutismo Acinetico <input type="checkbox"/> Cosciente</p> <p>Ventilazione: <input type="checkbox"/> Autonoma <input type="checkbox"/> Assisita <input type="checkbox"/> Ce <input type="checkbox"/> Cannula</p> <p>Alimentazione: <input type="checkbox"/> OS <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Parenterale</p> <p>Disfagia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Dieta modificata _____)</p> <p>Sfinteri: <input type="checkbox"/> Continente <input type="checkbox"/> Catetere <input type="checkbox"/> Pannolone <input type="checkbox"/> Altro</p> <p>Accessi Vascolari: <input type="checkbox"/> Periferico <input type="checkbox"/> CVC <input type="checkbox"/> PICC/Midline</p> <p>Decubiti: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____ TVP: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si _____</p> <p>Isolamento / Germi Multiresistenti <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Note</p> <p>_____</p>																																																
<p>Invalidità civile</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Inoltrata richiesta accertamento/aggravamento</p>																																																	
<p>Proposta di Ricovero o di invio ai Servizi Territoriali</p> <p>* Nota: per la segnalazione ad un reparto di riabilitazione o ai Servizi Territoriali si intendono soddisfatti i criteri di stabilità clinica</p> <p><input type="checkbox"/> Riabilitazione Intensiva (cod 56 a-b)</p> <p><input type="checkbox"/> Riabilitazione Estensiva (Cod 56 c)</p> <p><input type="checkbox"/> UGC (cod 75)</p> <p><input type="checkbox"/> Riabilitazione Estensiva Territoriale (RSA)</p> <p><input type="checkbox"/> Riabilitazione ambulatoriale</p> <p><input type="checkbox"/> Riabilitazione domiciliare</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p> <p>SEDE _____</p>																																																	
<p>Continuità/Relazioni (allegare documento):</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapica <input type="checkbox"/> Logopedica <input type="checkbox"/> Neuropsicologica <input type="checkbox"/> T.Occupazionale</p>																																																	

15- SCHEDA DI CONTINUITA' FISIOTERAPICA

Struttura Inviante _____ Tel _____ Struttura Ricevente _____

Diagnosi: _____	
Patologie concomitanti: _____ _____	
Data di dimissione prevista	
Domicilio alla dimissione	
Caregiver di riferimento	Cognome/nome _____ Telefono _____ Relazione con l'assistito: <input type="checkbox"/> Familiare <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno <input type="checkbox"/> _____

Invalidità: si no grave disabilità temporanea istante INAIL

Condizione pre- ricovero	<input type="checkbox"/> indicare grado di autonomia (mantenere solo se non disponibile da scheda 72)
Rete assistenziale (se dato disponibile o non noto da scheda 72)	<input type="checkbox"/> Familiare _____ <input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non convivente <input type="checkbox"/> adeguato <input type="checkbox"/> non adeguato
	<input type="checkbox"/> Rete amicale
	<input type="checkbox"/> Completamente solo
	<input type="checkbox"/> Assistenza privata ad ore <input type="checkbox"/> Assistenza privata sulle 24 ore
	<input type="checkbox"/> Altri servizi attivi _____
Rischi assistenziali e sicurezza da segnalare	
Rischio caduta	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si scala...--
Rischio LDP	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sede/i

VALUTAZIONE FISIOTERAPICA

In trattamento dal _____	
Collaborazione al programma <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> parziale <input type="checkbox"/> no	Aderenza al programma <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
altalenante	

Area cognitivo comportamentale	
Non valutabile	Descrizione:
No	
Si	
Alterazione stato cognitivo	
Funzioni respiratorie e cardiocircolatorie	
Non valutabile	Descrizione:
No	
Si	
Alterazione funzione respiratoria	
Alterazione funzione circolatoria	
Funzioni sensori-motorie	
Non valutabile	Descrizione:
No	
Si	

Alterazione articularità			
Alterazione sensibilità			
Alterazione tono			
Alterazione forza			
Dolore muscolo-scheletrico: <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> a riposo _____ <input type="checkbox"/> alla mobilizzazione _____ <input type="checkbox"/> al carico _____ <input type="checkbox"/> al movimento _____				
Sede/i: Interventi consigliati/attuati:				
Capacità funzionale:				

Attività della vita quotidiana				Intervento Educativo		
non possibile				Eseguito	Paziente Caregiver	Esito
Assistenza totale						
Assistenza parziale						
Supervisione						
Autonomia						
Autonomia				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Alimentarsi				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Rassettersi				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Lavarsi				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Igiene perineale				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Vestirsi				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Altro				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Mobilità e trasferimenti				Intervento Educativo		
non possibile				Eseguito	Paziente Caregiver	Esito
Assistenza totale						
Assistenza parziale						
Supervisione						
Autonomia						
Rotazioni sui fianchi				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Supino-seduto				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Seduto-in piedi				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Letto-carrozzina				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Trasferimento wc				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Mobilità in carrozzina				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Deambulazione				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Scale				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Altro				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Ausili				Intervento Educativo		
In dotazione				Eseguito	Paziente Caregiver	Esito
Proposti						
Prescritti						
Assistenza totale						
Assistenza parziale						
Supervisione						
Autonomia						
Letto				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Sponde				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Materasso				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Cuscino				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Per l'igiene				<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR

Per lavarsi								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Per la mobilità								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Posturali								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Per la casa								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Barriere architettoniche								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Tutori/ortesi								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR
Altro								<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> PR <input type="checkbox"/> NR

*(R=raggiunto; PR=Parzialmente Raggiunto; NR= Non Raggiunto)

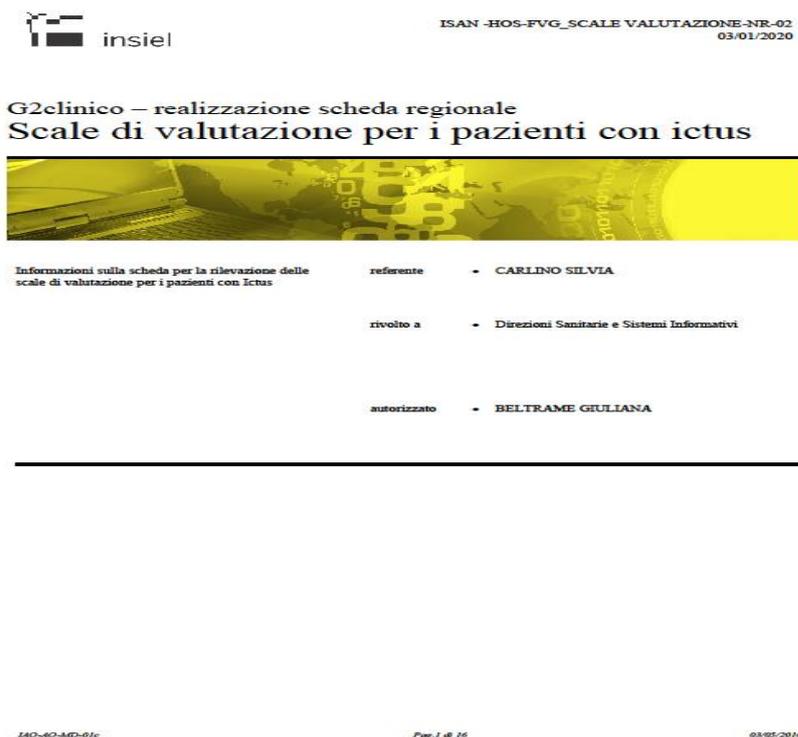
Allegati _____

Motivo dell'invio: valutazione per presa in carico Valutazione ambientale/ausili Educazione paziente/caregiver/familiari monitoraggio _____

Indicazioni per l'avvio della continuità: alla dimissione ... entro ...gg dalla dimissione _____ non necessaria

Data _____ **FT** _____ **tel.** _____

16 Manuale scale di valutazione



17- Scheda ValGraf SLIM

<http://fad.welfare.fvg.it/documenti/schede-valgraf-2019/ValGraf2019-Slim.pdf>
valgraf slim per ingresso strutture residenziali

18 – Scheda ValGraf domiciliare per valutazioni a domicilio

<http://fad.welfare.fvg.it/documenti/schede-valgraf-2019/ValGraf2019-Domiciliare.pdf>