

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni



Spot a Stroke Early

Be Fast

Time is Brain

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

PDTA DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRALE

FASE ACUTA

2021

dott. Michele Rana

SC Neurologia PO Gorizia/Monfalcone

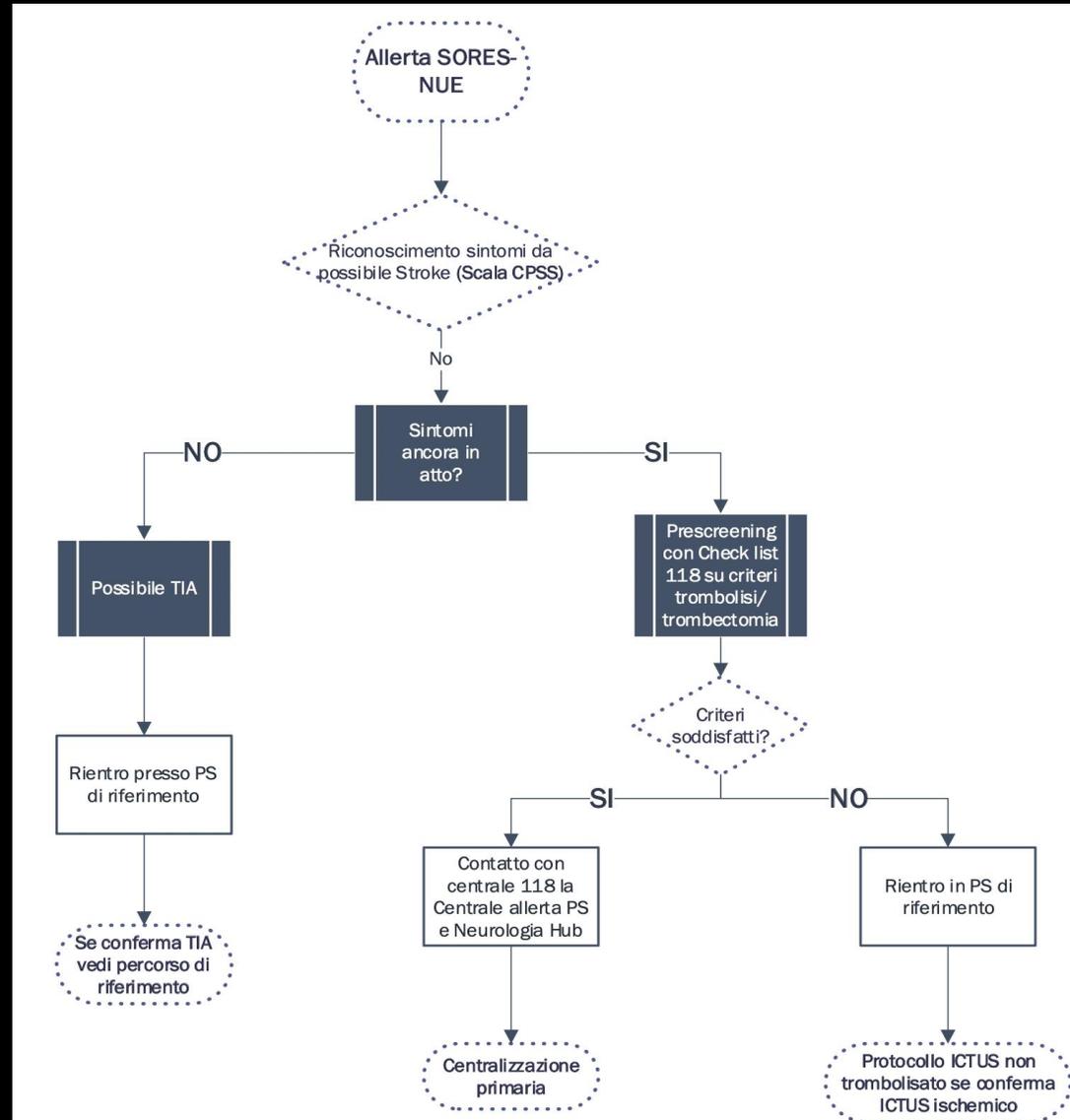
ASUGI

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

Percorso preospedaliero

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

NEL 2021



Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

SCHEDA 112

Allegato 8 - Schede di raccolta dati

Scheda 118

PERCORSO CODICE ICTUS

Paziente: _____ Data ICTUS: _____
Nato/a il: _____ Età: _____
Nome parente: _____ Num cellulare parente: _____

AZIONI da compiere per paziente con sintomatologia ascrivibile ad ischemia cerebrale

GRADO DI INDIPENDENZA DEL PAZIENTE Autonomo Parzialmente Autonomo Per nulla autonomo → non attivare percorso codice ictus

Ora certa in cui il paziente è stato visto star bene per l'ultima volta prima della comparsa dei sintomi attuali

Ora _____ : _____

Esordio dei sintomi < 4 ore Esordio dei sintomi tra 4 e 6 ore > 6 ORE NON attivare percorso codice ictus

Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS):

L'alterazione anche di uno solo dei tre segni definisce la positività della scala ed è fortemente suggestiva di un ictus

	NORMALE	DEFICIT NEUROLOGICO
PARESI FACCIALI: chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti	<input type="checkbox"/> Entrambi i lati del viso si muovono simmetricamente	<input type="checkbox"/> Un lato del viso non si muove bene come l'altro
SLIVELLAMENTO DI UN BRACCIO chiedere al paziente di estendere gli arti superiori (10 secondi, occhi chiusi)	<input type="checkbox"/> Entrambe le braccia muovono simmetricamente	<input type="checkbox"/> Slivellamento di un braccio rispetto all'altro
ELOGUIO chiedere al paziente di ripetere una frase	<input type="checkbox"/> Il paziente utilizza parole corrette e la pronuncia bene	<input type="checkbox"/> Parole pronunciate male o inappropriate o mutismo

In caso di CPSS POSITIVA	Esordio dei sintomi < 4 ore	→ ATTIVARE Codice ICTUS
	Esordio dei sintomi tra 4 e 6 ore	→ Attivare codice ictus e indirizzare al centro ictus di riferimento per valutazione neurologica
	Esordio dei sintomi > 6 ore	→ NON Attivare Codice ICTUS
In caso di CPSS NEGATIVA	→ NON Attivare Codice ICTUS (in presenza di disturbo visivo o instabilità posturale , contattare il centro ictus di riferimento, tramite la Centrale Operativa, per un colloquio diretto con il neurologo o il medico interdivisionale. Se ischemia circolo posteriore, a giudizio del neurologo, ATTIVARE CODICE ICTUS	

SINTOMI AL RISVEGLIO SI NO PATOLOGIE NEOPLASTICHE SI NO
PAZIENTE IN TRATTAMENTO CON ANTICOAGULANTI * SI NO INTERVENTO CHIRURGICO (ultimi 3 mesi)* SI NO
Ultima Assunzione DATA ___/___/___ - ORA ___:___:___ GRAVE SANGUINAMENTO (ultimi 3 mesi)* SI NO
TRAUMI RECENTI (ultimi 3 mesi) SI NO

* In caso di queste controindicazioni alla terapia con trombolisi, contattare il centro ictus di riferimento, tramite la Centrale Operativa, per un colloquio diretto con il neurologo

Farmaci Attuali: _____

IN CASO DI CODICE ICTUS

- Stick Glicemico
- Incannula 2 accessi venosi (BIO)
- Se possibile, effettuare i prelievi ematici (1 provetta tappo azzurro + 1 provetta tappo viola + 1 provetta tappo rosso)
- Se possibile, effettuare un ECG
- Chiamare centrale operativa per avvisare dell'arrivo di un **CODICE ICTUS**

ORA CHIAMATA _____ : _____ TEMPO STIMATO D'ARRIVO _____ min

Medico: _____ Infermiere: _____
Firma: _____ Firma: _____

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

SCHEDA 112

PERCORSO CODICE ICTUS

1° STEP

Paziente autonomo
o parzialmente autonomo



Andare al 2° step

Paziente per nulla autonomo



No percorso codice ictus

2° STEP

Esordio < 4h

Esordio < 4 - 6 h

Esordio > 6 h



Andare al 3° step



No percorso codice ictus

3° STEP

CPSS positiva



Attivare codice ictus

CPSS negativa

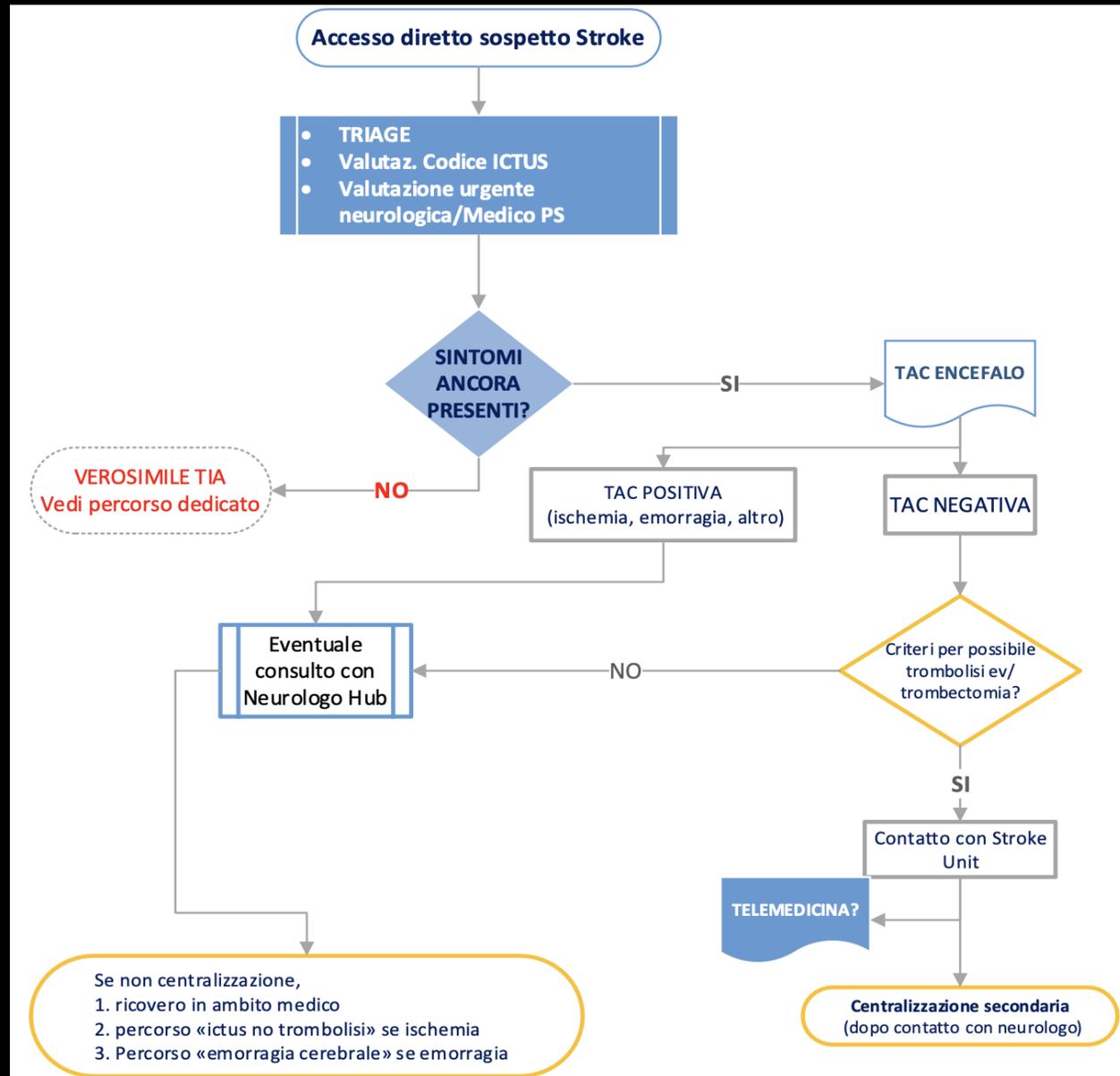


Non attivare codice ictus
tranne nei casi specifici previsti
(vedi schema sul retro del foglio
alla voce CPSS negativa)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

NEL 2021

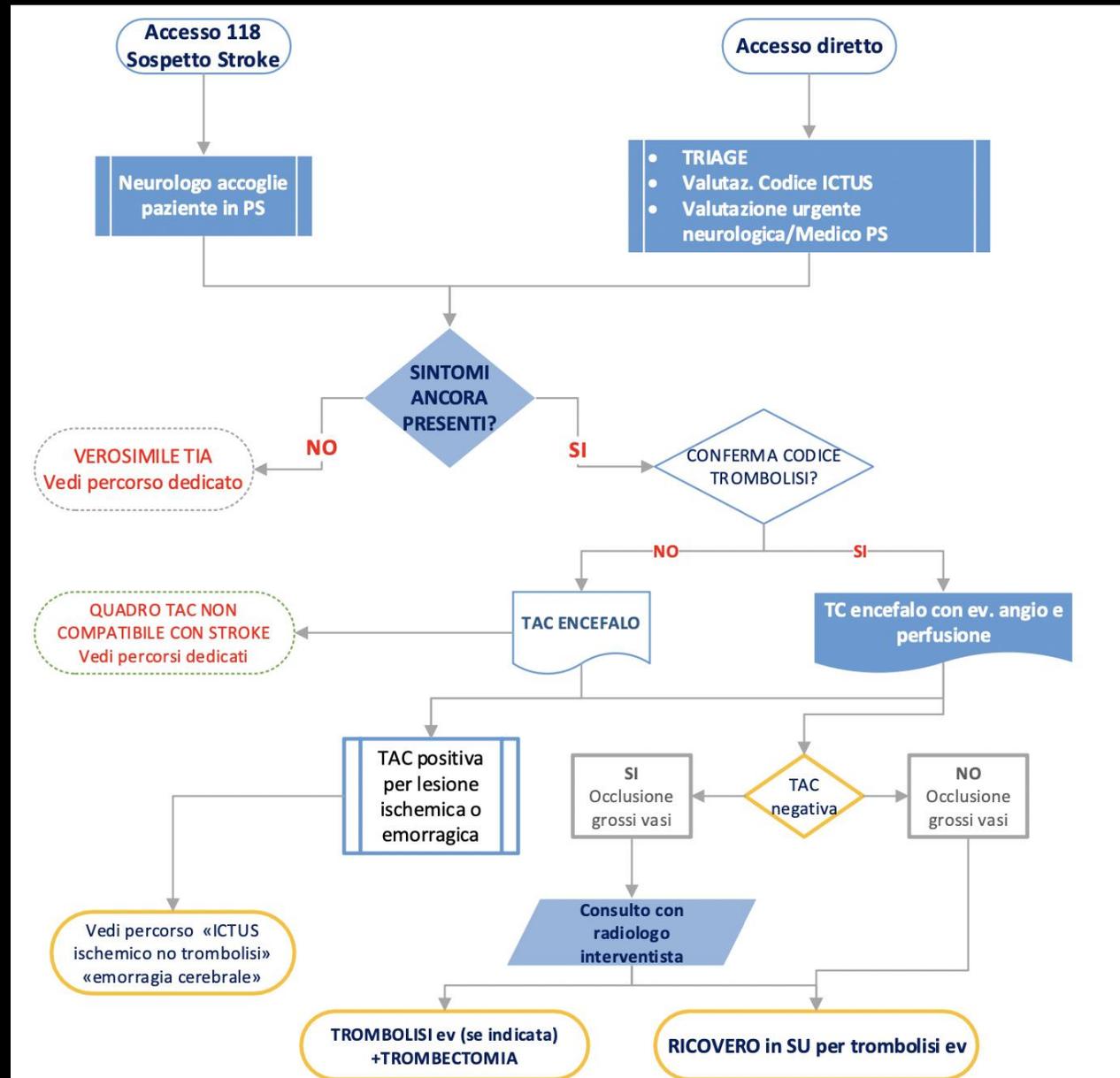
Ospedale Spoke



Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

NEL 2021

Ospedale Hub



Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

Percorsi intraospedalieri

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

3. Percorso Ictus ischemico non candidabile a Trombolisi

Valutazione del paziente

- Valutazione medica all'ingresso (GCS, Scala di valutazione dell'Ictus - National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS))
- Valutazione infermieristica (mRS, Barthel)

Diagnostica e monitoraggio

- Emocromo completo, glicemia, azotemia, creatinemia, Na, K, AST, ALT, Fosfatasi Alcalina, aPTT e INR (se non già eseguiti in PS)
- ECG continuo in presenza di: storia di aritmia clinica rilevante e PA instabile con elementi clinici suggestivi di insufficienza cardiaca
- TC cerebrale (se non già eseguita in PS)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

5. Percorso ictus emorragico in Stroke Unit

Valutazione del paziente

- Valutazione medica all'ingresso ([GCS](#), [NIHSS](#))
- Valutazione infermieristica (anamnestica, [Barthel](#), [test della disfagia](#))

Diagnostica e monitoraggio

- Emocromo completo, glicemia, azotemia, creatinemia, Na, K, AST, ALT, aPTT e INR (se non già eseguiti in PS). Se indicato dosaggio attività anti fattore X attivato o dosaggio DOAC se disponibile
- Dosaggio troponina
- ECG continuo o seriati in presenza di: storia di aritmia clinica rilevante e PA instabile con elementi clinici suggestivi di insufficienza cardiaca
- consulenza Neurochirurgica (anche tramite teleconsulto)

Trattamento terapeutico

- Effettuare trattamento antipertensivo (mantenere PA max < 140 mmHg nel minor tempo possibile (appropriato uso di terapie antiipertensive anche parenterali)
- Somministrare O₂ (se saturazione < 94%)
- Garantire idratazione ed equilibrio elettrolitico (secondo esiti esami)
- Monitorare glicemia ed evitare iper o ipoglicemia
- terapia antipiretica (Paracetamolo)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

6. Percorso Ictus Emorragico in Degenza Ordinaria

Valutazione del paziente

- Valutazione medica all'ingresso (GCS, NIHSS)
- Valutazione infermieristica (anamnestica, [Barthel](#), test della disfagia)

Diagnostica e monitoraggio

- Emocromo completo, glicemia, azotemia, creatinemia, Na, K, AST, ALT, aPTT e INR (se non già eseguiti in PS). Se indicato dosaggio attività anti fattore X attivato o dosaggio DOAC se disponibile
- Dosaggio troponina
- Monitoraggio della PA con obiettivo PA < 140/90
- eventuale consulenza Neurochirurgica (anche tramite teleconsulto)

Trattamento terapeutico

- Effettuare trattamento antipertensivo (mantenere PA max<140mmHg e PA minima < 90 mmHg)
- Somministrare O2 (se saturazione < 94%)
- Garantire idratazione ed equilibrio elettrolitico (secondo esiti esami)
- Monitorare glicemia ed evitare iper o ipoglicemia
- terapia antipiretica (Paracetamolo)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

7. Percorso Emorragia Subaracnoidea in reparto specialistico (Neurochirurgia o Neurologia)

Valutazione medica

- cefalea "a colpo di tuono"
- rigidità nucale e altri segni di irritazione meningea (segno di Kernig, segno di Brudzinski positivi)
- paralisi del III° nervo cranico (ptosi palpebrale, strabismo divergente, midriasi omolaterali)
- emiparesi
- EO fondo oculare: emorragie subjaloidee sparse a ventaglio; papilledema
- grading ESA: scala di Hunt-Hess

Valutazione infermieristica

- Barthel, mRS anamnestica

Monitoraggio paziente

- TC (<37.2°C), FC, PA, FR, saturazione O₂, bilancio idrico, cefalea, stato di coscienza, mobilità, monitoraggio pressione intracranica se necessario;
- atto deglutitorio se paziente vigile e collaborante
- consulenze: Fisiatrice, Nutrizionale e Logopedica se indicate, Neurochirurgica se in Neurologia è confermato ESA
- definizione/avvio percorso riabilitativo

Approfondimento Diagnostico

- Esami di laboratorio all'ingresso, se non eseguiti in PS: emocromo completo, glicemia, azotemia, creatininemia, NA, K, AST, ALT, aPTT e INR, emogasanalisi

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

8. Percorso Emorragia Subaracnoidea in Degenza Internistica

- valutazione clinica quotidiana
- Percorso Assistenziale-infermieristico- Scale Barthel, mRS anamnestica

Diagnostica e Monitoraggio

- Temperatura (<37.2°C); FC, PA; FR, Saturazione O₂; Bilancio idrico; Cefalea; Stato di coscienza; Mobilità; Pressione intracranica (PIC) se indicato; atto deglutitorio se paziente lucido
- Consulenza Neurochirurgica (anche tramite teleconsulto), Fisiatrice, Nutrizionale, Logopedica se indicate
- Effettuare se necessario controlli periodici glicemia, emocromo, creatinina, INR/aPTT, Na, K, emogas
- Eseguire TC cerebrale controllo in base alla evoluzione clinica

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

Percorso diagnostico e terapeutico dell'Attacco Ischemico transitorio (TIA)

Procedure

TRIAGE

Attribuire codice: scheda disturbi neurologici

Valutazione paziente

Valutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale: [Cincinnati Coma Scale](#)

Valutare [Score ABCD2](#) e individuare il conseguente setting di cura:

1. [Score ABCD2=0-3 o pz con unico TIA antecedente tra i 7-30 gg: gestione presso il PS senza necessità di osservazione ospedaliera](#)
2. [Score ABCD2=4-5 o pazienti con TIA recidivanti tra i 7-30 giorni precedenti: gestione in OBI](#)
3. [Score ABCD2=6-7 o con almeno 2 TIA nei 7 giorni precedenti: attivazione del Neurologo della SU e centralizzazione secondaria](#)
4. [Gestione ambulatoriale del paziente](#)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

1. Gestione paziente senza necessità di osservazione ospedaliera, SCORE ABCD2 = 0-3 o con unico e isolato TIA tra i 7 e 30 gg precedenti

Procedure

Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico
Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale

Effettuare monitoraggio parametri: ECG, PA, FC, FR, SpO2
Eseguire screening per urgenza: Laboratorio (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & aPTT, esame urine, glicemia, pro-BNP)

Eseguire TC encefalo

2. Gestione paziente in OBI, SCORE ABCD2 = 4-5 o pazienti con TIA recidivante tra i 7-30 giorni precedenti

Procedure

Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico
Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale

Eseguire screening per urgenza: Laboratorio: (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & aPTT, esame urine, glicemia, pro-BNP)

Effettuare monitoraggio semintensivo: ECG continuo, PA, FC, FR, SpO2

Effettuare TC encefalo

Eseguire valutazione neurologica

Eseguire approfondimento strumentale obbligatorio:
Eco-doppler TSA
EEG (programmabile in tempi brevi)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

3. Gestione paziente in Stroke Unit, SCORE ABCD2 = 6-7 o TIA recidivante con 2 o più TIA nei 7 gg precedenti

Procedure

Rivalutazione paziente e approfondimento diagnostico

Rivalutare il paziente dal punto di vista clinico-assistenziale

Effettuare monitoraggio semintensivo: ECG continuo, PA, FC, FR, SpO2 (inserire link al monitoraggio PV in SU) Valutazione dello stato neurologico ogni 2 ore

Eeguire screening per urgenza: Laboratorio: (emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, ALT, AST, INR & a-PTT, esame urine, glicemia, BNP)

Effettuare:

- TC encefalo
- Visita neurologica
- Eco-doppler dei TSA

4. Gestione ambulatoriale del paziente - Pacchetto ambulatoriale per i TIA "a basso rischio"

Procedure

Approfondimento valutativo

Effettuare esami strumentali:

Ecodoppler TSA

EEG

Effettuare valutazione clinica specialistica neurologica

Eeguire esami laboratorio (se non eseguiti in PS):

emocromo completo, PCR, Na+, K+, creatinina, INR & aPTT, colesterolo totale, LDL, HDL, trigliceridi, glicemia, emoglobina glicata, proBNP, ALT, AST

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

Riabilitazione

Fase Riabilitativa

Ricovero ordinario in Stroke Unit o reparto per acuti

Percorso del paziente

- Valutazione in ingresso – precoce presa in carico riabilitativa
- Valutare il paziente con approccio multiprofessionale (Barthel Index, NIHSS, mRS, MoCA)
- Valutare sfera neuromotoria (TCT,)
- Valutare capacità di deglutizione (Effettuare Valutazione deglutizione II livello se test dell'acqua positivo o dubbio)
- Valutare e prendere in carico le problematiche nutrizionali
- Richiedere consulenza logopedista/dietista
- Valutare e prendere in carico le problematiche di comunicazione e/o cognitive
- Attivare Fisiatra e/o Logopedista e/o Neuropsicologo

Identificazione del successivo setting appropriato

- Valutare il paziente per l'identificazione precoce del setting successivo più appropriato (degenza riabilitativa intensiva/estensiva, lungodegenza - cod. 60, RSA, ambulatorio, domicilio, strutture residenziali per anziani) Vedi criteri per la riabilitazione
- Effettuare rivalutazione del paziente qualora le condizioni clinico-funzionali impediscano una identificazione precoce del percorso appropriato Vedi criteri stabilità clinica

Trattamento riabilitativo

- Pianificare il progetto riabilitativo
- Definire i singoli programmi riabilitativi identificando il professionista responsabile
- Avviare e gestire il progetto riabilitativo
- Rivalutare in itinere e modificare il programma riabilitativo

Programmazione trasferimento e/o dimissione

- Prendere contatto con le Strutture di accoglimento del paziente
- Identificare i referenti del processo di trasferimento
- Trasferire le informazioni preliminari
- Fornire informazioni cliniche, assistenziali, riabilitative, ecc., al reparto ricevente attraverso scheda standardizzata e secondo le procedure in uso

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

SCALE

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

ABCD2 SCORE

Allegato 3- Definizioni e criteri di selezione delle procedure

Criteri per conferma TIA - ABCD2 SCORE

Lo score ABCD2 è un punteggio validato predittivo del rischio precoce di ictus in pazienti con TIA.

Si ottiene dalla somma di singoli punteggi legati a fattori clinici del soggetto.

Fattori di rischio	Punteggio
(A= Age) età \geq 60 anni	1 punto
(B=Blood pressure) ipertensione arteriosa PAS \geq 140 e/o PAD \geq 90 mm hg	1 punto
(C=Clinical signs) segni clinici di TIA Disturbi linguaggio senza deficit motorio Deficit motorio unilaterale	1 punto 2 punti
(D=Diabetes) presenza di diabete	1 punto
(D= Duration) durata sintomi del TIA - Tra 10 e 59 minuti - > 60 minuti	1 punto 2 punti
Score	Classe di rischio
0-3	Basso
4-5	Moderato
6-7	Alto

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

CPSS

Criteri per conferma ictus-CPSS

CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE (CPSS)		
PRESI FACCIALE	chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e chiedere di contare.	se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente (normale) se un lato non si muove bene come l'altro (non normale)
DEFICIT MOTORIO DEGLI ARTI SUPERIORI	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e chiedere di contare.	se gli arti si muovono alla stessa maniera (normale) se uno non si muove o uno cade, quando confrontato all'altro (non normale)
ANOMALIE DEL LINGUAGGIO	chiedere al paziente di ripetere una frase (esempio "trecentotrenta tresimo reggimento della cavalleria") e chiedere di contare.	se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente (normale) se strascica le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare (non normale)

(Tratto da: SPREAD2012 e NICE Clinical Guidline 2008 - (<http://www.nice.org.uk/Guidance/CG68>))

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

GCS

La Glasgow Coma Scale, è una scala di valutazione neurologica utilizzata per tenere traccia dell'evoluzione clinica dello stato del paziente in coma. Essa si basa su tre tipi di risposta agli stimoli (oculare, verbale e motoria) e si esprime sinteticamente con un numero che è la somma delle valutazioni di ogni singola funzione.

Punteggio: Grave ≤ 8
Medio 9-13
Minore ≥ 14

	1	2	3	4	5	6
Apertura occhi	Nessuna	Allo stimolo doloroso	Allo stimolo verbale	Spontanea	N/A	N/A
Risposta verbale	Nessun suono emesso	Suoni incomprensibili	Parla e pronuncia parole, ma incoerenti	Confusione, frasi sconnesse	Paziente orientato, conversazione appropriata	N/A
Risposta motoria	Nessuna risposta	Estensione allo stimolo doloroso	Anormale flessione allo stimolo doloroso	Flessione / Ritrazione allo stimolo doloroso	Localizzazione dello stimolo doloroso	Obbedisce ai comandi

(Tratto da: www.glasgowcomascale.org)

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

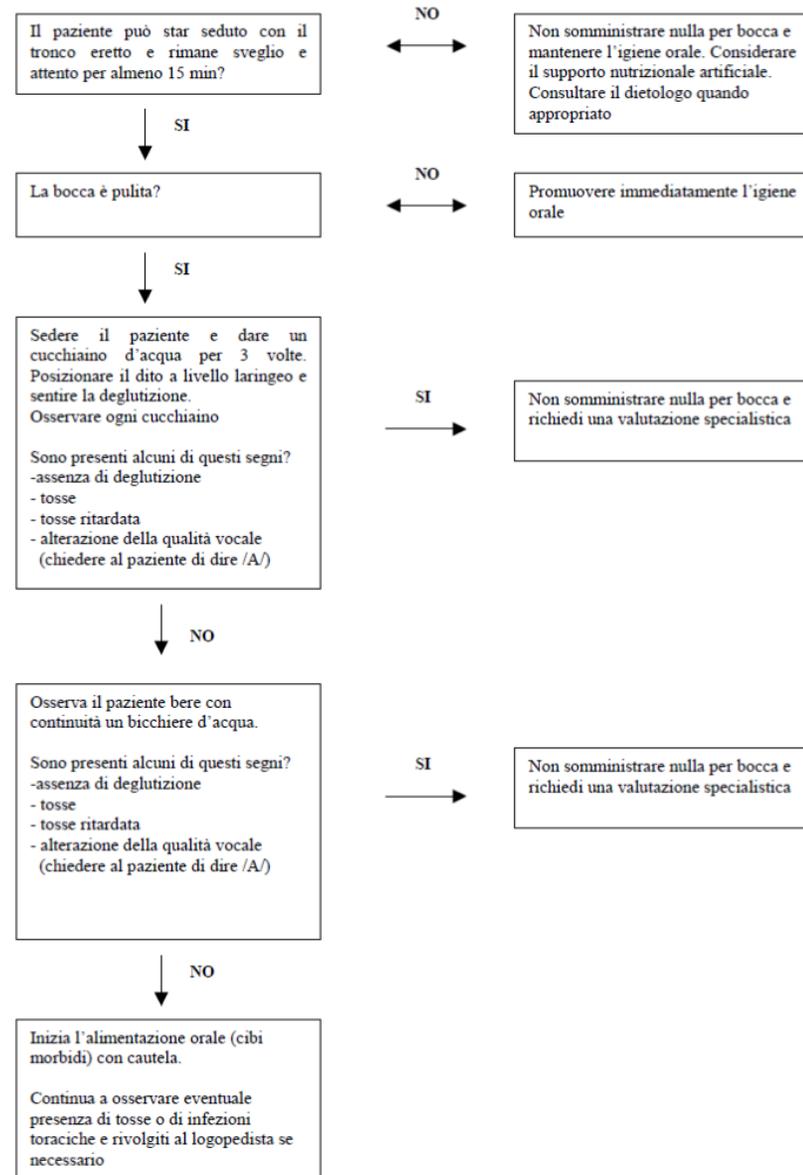
NIHSS 2

		8	12	16	20	24
5a. Motilità dell'arto superiore sinistro L'arto superiore va posizionato dall'esaminatore con le palme verso il basso, a 90° se il paziente è seduto o a 45° se è supino. Il paziente deve mantenere la posizione per 10 secondi. Se il flussio viene incoraggiato usando un tono imperioso e la mimica, ma non con stimoli dolorosi. Gli arti si esaminano uno alla volta, iniziando dal lato non parietico. In caso di amputazione o di anchilosi si assegna il punteggio NV (non valutabile). Occorre comunque fornire spiegazione scritta del perché di tale punteggio.	0. Nessuno slivellamento per 10° 1. Slivellamento (senza caduta) prima che siano trascorsi 10° 2. Caduta prima di 10° 3. Presenza di movimento a gravità eliminata 4. Nessun movimento NV. Amputazione o anchilosi (spiegare)	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		3 <input type="checkbox"/>				
		4 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
5b. Motilità dell'arto superiore destro idem come sopra	idem come sopra	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		3 <input type="checkbox"/>				
		4 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
6a. Motilità dell'arto inferiore sinistro L'arto inferiore va esaminato sollevandolo con un angolo di 30° a paziente supino. Il paziente deve mantenere la posizione per 5 secondi. Il paziente affasciato viene incoraggiato usando un tono imperioso e la mimica, ma non con stimoli dolorosi. Gli arti si esaminano uno alla volta, iniziando dal lato non parietico. In caso di amputazione o di anchilosi si assegna il punteggio NV (non valutabile). Occorre comunque fornire spiegazione scritta del perché di tale punteggio.	0. Nessuno slivellamento per 5° 1. Slivellamento (senza caduta) prima che siano trascorsi 5° 2. Caduta prima di 5° 3. Presenza di movimento a gravità eliminata 4. Nessun movimento NV. Amputazione o anchilosi (spiegare)	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		3 <input type="checkbox"/>				
		4 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
6b. Motilità dell'arto inferiore destro idem come sopra	idem come sopra	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		3 <input type="checkbox"/>				
		4 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
7. Atassia degli arti Questa prova è finalizzata al rilevamento di un disturbo di circolo posteriore. Deve essere eseguita con il paziente ad occhi aperti, in caso di deficit del campo visivo assicurarsi che la prova avvenga nella parte non compromessa. La prova indice-naso e calcagno-ginocchio viene eseguita su entrambi i lati, e l'asimmetria è considerata presente solo in assenza di deficit di forza. L'atassia è considerata assente in caso di plegia o paresti grave, o se il paziente non collabora. Il punteggio NV sarà assegnato solo in caso di amputazione o anchilosi dell'arto, fornendo spiegazione scritta.	0. Assente 1. Presente o all'arto superiore o all'inferiore 2. Presente sia all'arto superiore che all'arto inferiore. NV. Amputazione o anchilosi (spiegare)	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
		0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
8. Sensibilità Si stima valutando la risposta del paziente alla puntura di spillo su tutte le sezioni corporee (braccia [non mani], gambe, tronco, viso). Il punteggio 2 dovrebbe essere assegnato solo quando può essere chiaramente dimostrata una perdita sensoriale grave o totale.	0. Normale 1. Ipoestesia lieve o moderata. Il paziente riferisce che la puntura di spillo è meno acuta sul lato affetto, oppure non avverte sensazioni dolorose ma è consapevole di essere toccato. 2. Ipoestesia grave. Il paziente non sente di essere toccato sul lato affetto	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
		0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
9. Linguaggio Molte informazioni sulla comprensione si deducono dalle precedenti sezioni della scala. Al paziente viene chiesto di descrivere ciò che sta accadendo nella vignetta allegata, di denominare gli oggetti illustrati nella pagina allegata e di leggere l'elenco di frasi allegato. La comprensione verbale è valutata anche in base alle risposte ottenute nelle precedenti prove, incluso l'esame neurologico generale. Se un deficit visivo interferisce con i test, va chiesto al paziente di identificare gli oggetti che gli vengono posti nella mano, di ripetere e di pronunciare le parole. Al paziente intubato dovrebbe essere chiesto di scrivere una frase. Al paziente in coma (domanda 1a - 3) viene arbitrariamente assegnati il punteggio 3. In caso di stupor o limitata collaborazione, l'esaminatore sceglierà il punteggio ricordando che 3 va assegnato solo se il soggetto è muto e non esegue alcun ordine.	0. Normale 1. Afasia da lieve a moderata. Nell'eloquio spontaneo, fluidità o comprensione sono un po' ridotte, ma le idee vengono espresse senza significative limitazioni. La conversazione sul materiale allegato può essere difficile o impossibile, ma le risposte del paziente consentono di identificare la figura o gli oggetti denominati. 2. Afasia grave. L'espressione è frammentaria e l'ascoltatore è costretto a fare domande e a tentare di extrapolare i contenuti dalle risposte. La quantità di informazioni scambiata è modesta e la comunicazione è possibile solo grazie allo sforzo dell'ascoltatore. Le risposte del paziente non consentono di identificare la figura o gli oggetti denominati. 3. Muto, afasia totale. Fluidità e comprensione totalmente inefficaci	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		3 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
		0 <input type="checkbox"/>				
10. Disartria Anche se si ritiene che il paziente non sia disartico, l'eloquio va comunque valutato chiedendo di leggere o ripetere le parole dall'elenco allegato. In caso di afasia grave può essere valutata la chiarezza dell'articolazione del linguaggio spontaneo. Il punteggio NV va assegnato solo ad un paziente intubato o con altri impedimenti fisici a pronunciare le parole. Occorre comunque fornire spiegazione scritta del perché di tale punteggio	0. Assente 1. Disartria da lieve a moderata. Il paziente pronuncia male almeno alcune parole ma l'eloquio è comprensibile 2. Disartria grave. L'articolazione della parola è talmente alterata da rendere l'eloquio incomprensibile, in assenza di afasia o in modo non spiegabile dall'entità dell'afasia. Il paziente può essere muto o anartrico. NV. Intubato o altro impedimento fisico all'articolazione della parola (spiegare)	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
		0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
11. Inattenzione L'inattenzione può essere identificata mediante i test precedenti. In caso di deficit visivo grave che non consente la stimolazione simultanea visiva doppia, se gli stimoli costanti sono normali, il punteggio è normale. Se il paziente è afasico, ma mostra normale attenzione verso entrambi i lati, il punteggio è normale. Il neglect visuo-spaziale e l'anosognosia vanno considerate come prova di inattenzione.	0. Assente 1. Inattenzione visiva, tattile, uditiva, spaziale o corporea, oppure estinzione alla stimolazione bilaterale simultanea in una delle modalità sensoriali. 2. Grave emi-inattenzione o estinzione a più di una modalità. Non riconosce la propria mano o si rivolge solo ad un lato dello spazio.	0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				
		2 <input type="checkbox"/>				
		NV <input type="checkbox"/>				
		0 <input type="checkbox"/>				
		1 <input type="checkbox"/>				

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

TEST DELLA DISFAGIA

Test per la valutazione della disfagia – Test dell'acqua



Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

SCALA DI HUNT HESS

Valutazione clinica dopo emorragia subaracnoidea -Scala Hunt Hess

Descrive la gravità clinica del paziente dopo ESA. All'aumentare del punteggio corrisponde un aggravamento del quadro clinico.

Grado	Descrizione clinica
Grado 0	Asintomatico o portatore di un aneurisma che non ha sanguinato
Grado 1	Sintomatico con cefalea
Grado 2	Cefalea grave con rigor ed eventuale deficit nervi cranici
Grado 3	Soporoso o confuso può avere lieve deficit focali
Grado 4	Stupor con moderata o grave emiparesi
Grado 5	Coma profondo, precoce crisi in decerebrazione

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

INDICE DI BARTHEL

Indice di Barthel		
Paziente		
Cognome e Nome		
Sesso	Età	Tempo ricovero
Diagnosi:		
Reparto di appartenenza:		
Nome e cognome del valutatore		
		Punteggio
ALIMENTAZIONE		
0 = non in grado di alimentarsi		
5 = ha bisogno di assistenza (tagliare la carne, ecc.) oppure necessita di una dieta modificata (dieta semisolida – liquida) o alimentazione artificiale (PEG, ecc.)		
10 = in grado di alimentarsi		
CAPACITA' DI FARSIL BAGNO O LA DOCCIA		
0 = non in grado di lavarsi autonomamente		
5 = in grado di lavarsi autonomamente		
CURA DELL'ASPETTO ESTERIORE		
0 = ha bisogno di assistenza nella cura personale		
5 = in grado di lavarsi la faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, radersi		
CAPACITA' DI VESTIRSI		
0 = non in grado di vestirsi autonomamente		
5 = ha bisogno di assistenza, ma è in grado di vestirsi parzialmente in autonomia		
10 = in grado di vestirsi autonomamente (bottoni, cerniere lampo, lacci, ecc.)		
TRANSITO INTESTINALE		
0 = non in grado di controllare l'alvo		
5 = occasionalmente non in grado di controllare l'alvo		
10 = in grado di controllare l'alvo		
VESCICA		
0 = non in grado di controllare la minzione		
5 = occasionalmente non in grado di controllare la minzione		
10 = in grado di controllare la minzione		
UTILIZZO DEL WC (SEDESI E ALZARSI, PULIRSI, RIVESTIRSI)		
0 = non in grado di utilizzare il wc		
5 = in grado di utilizzare il wc con assistenza		
10 = in grado di utilizzare il wc autonomamente		
TRASFERIMENTI (DALLA POSIZIONE SEDUTA SUL LETTO ALLA SEDIA E VICEVERSA)		
0 = non in grado di effettuare i trasferimenti		
5 = è in grado di stare seduto, ma necessita di massima assistenza nei trasferimenti		
10 = è in grado di stare seduto, ma necessita di minima assistenza (verbale o fisico)		
15 = è in grado di effettuare trasferimenti		
MOBILITA' (SU SUPERFICI PIANE)		
0 = non in grado di spostarsi per più di 50 metri		
5 = in grado di spostarsi su sedia a rotelle, anche su percorsi non rettilinei, per più di 50 metri		
10 = in grado di deambulare per più di 50 metri con l'assistenza (verbale o fisica) di una persona		
15 = in grado di deambulare (anche con ausili) per più di 50 metri		
SCALE		
0 = non in grado di salire e scendere le scale		
5 = in grado di salire e scendere le scale con assistenza		
10 = in grado di salire e scendere le scale autonomamente		
Total		

Percorsi Diagnostico-Terapeutici Comuni

MODIFIED RANKIN SCALE

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

0. NESSUN SINTOMO	Nessuna limitazione e nessun sintomo
1. 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?
2. 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?
3. 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?
4. 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?
5. 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?

(Tratto da: Ranking J. et al, 1957; Van Swieten et al, 1988)