

Formazione regionale per le Reti
Cliniche: l'ICTUS in FVG

La definizione del percorso in uscita (*Scelta del «setting» successivo*)

Tullio Giorgini

Applicazione di criteri:

- Criteri di sufficiente stabilizzazione medica
- Criteri per percorso riabilitativo
- Criteri per riabilitazione intensiva
- Criteri per riabilitazione estensiva
- Criteri per riabilitazione estensiva in RSA

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 iper-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 o PCO2 < 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 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.

Estratto da Conferenza Nazionale di Consenso¹ "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).

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

Criteri per percorso riabilitativo

- 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):
 - riabilitazione multidisciplinare per raggiungere obiettivi funzionali che possano prevenire ulteriori ricoveri ospedalieri o migliorare il grado di indipendenza
 - valutazione, trattamento o revisione da parte del team riabilitativo
- Pazienti clinicamente stabili
 - soddisfatti i criteri di stabilità previsti nel documento conclusivo della Consensus Conference di Modena 2000 (SPREAD 2007)
 - affrontati i problemi relativi a comorbidità
 - 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
 - sono state completate tutte le indagini clinico-strumentali o è prevista una pianificazione del follow-up
- Pazienti con almeno un minimo potenziale di funzionalità
 - il paziente è collaborante e ha la capacità di resistenza per partecipare attivamente al progetto riabilitativo
 - il paziente è in grado di eseguire ordini semplici, con supporto comunicativo (se richiesto)
 - il paziente possiede sufficiente attenzione, memoria a breve termine e consapevolezza per attenersi al progetto riabilitativo
- Pazienti che dimostrano - per i progressi ottenuti dopo l'evento acuto - il potenziale per incrementare il proprio livello funzionale partecipando al progetto riabilitativo
- Obiettivi della riabilitazione: specifici, misurabili, conseguibili, realistici e pianificabili
- 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)
- Assenza di problemi comportamentali tali da limitare la capacità di partecipazione al progetto riabilitativo

Escludono il percorso riabilitativo:

- Severa compromissione cognitiva, tale da impedire l'apprendimento e la partecipazione del paziente ai programmi terapeutici
- Comportamento inappropriato, determinando rischio per sé stesso o per gli altri
- Malattia terminale con breve aspettativa di vita
- Assenza della volontà a partecipare ai programmi riabilitativi

Criteri per riabilitazione intensiva

(cod. 56a e 56b)

- Paziente suscettibile di significativo miglioramento funzionale e collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale
- Paziente con danno medio (Barthel Index 60-80; range 0-100) o medio-grave (Barthel Index: 40-55; range 0-100)
- 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)
- Possono essere inclusi pazienti con disabilità complesse che richiedono, nelle 24 ore:
 - disponibilità continuativa di interventi diagnostico-terapeutici
 - interventi di nursing ad elevata specificità
 - intervento medico

Criteri per riabilitazione estensiva (cod 56c)

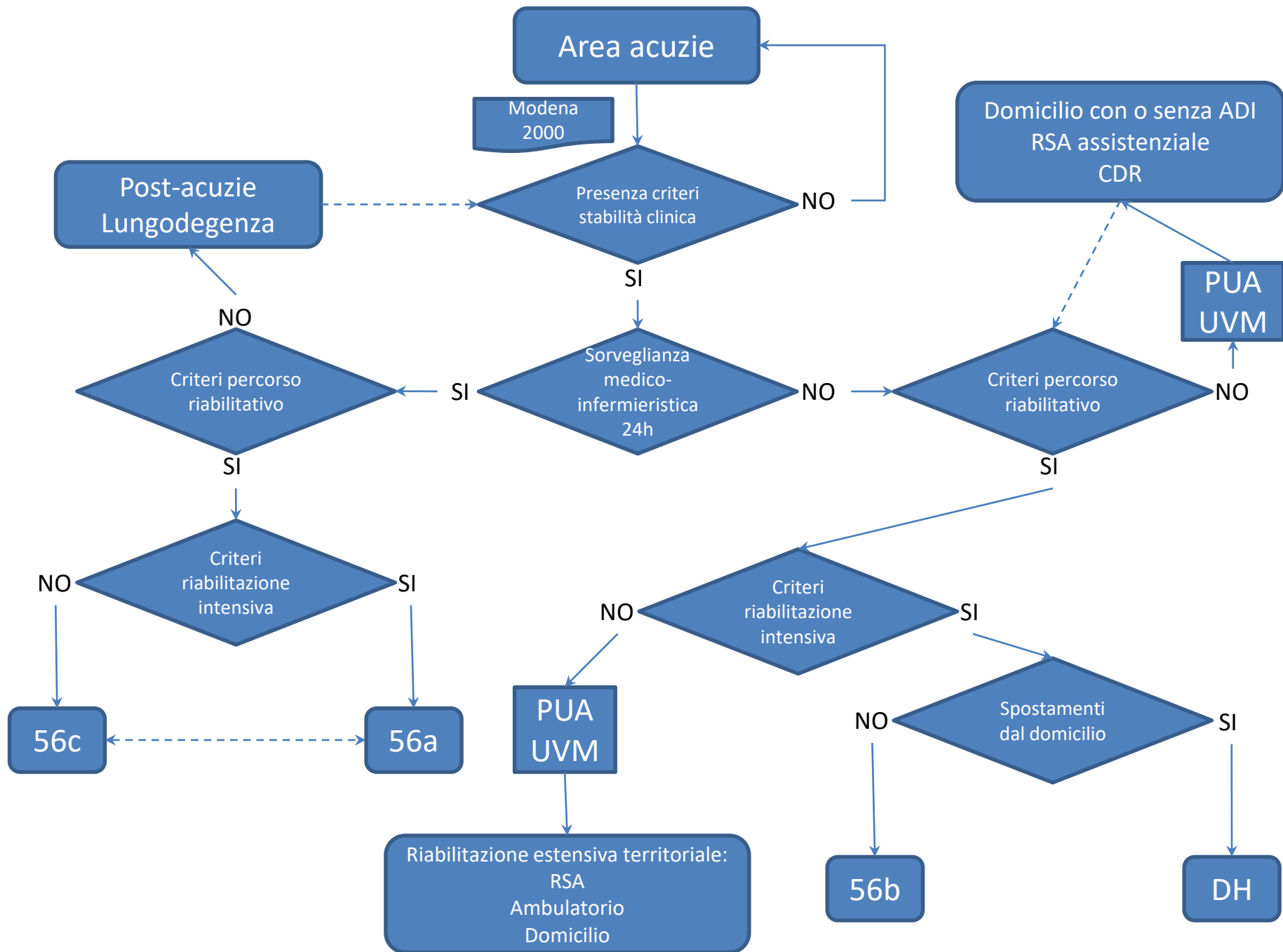
- Paziente con danno grave (Barthel Index: < 40; range 0-100) o con disabilità lieve (B.I. > 85)
- Paziente suscettibile di significativo miglioramento funzionale e collaborante sul piano fisico, cognitivo e motivazionale
- Paziente in grado di partecipare alla riabilitazione, e di trarre giovamento 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 comorbilità, stato funzionale premorbo, abitudini di vita, ecc.
- Possono essere inclusi pazienti con disabilità complesse che richiedono, nelle 24 ore:
 - disponibilità continuativa di interventi diagnostico-terapeutici
 - interventi di nursing ad elevata specificità
 - intervento medico

Escludono il percorso cod. 56 a, b e c

- paziente gravemente dipendente prima dell'evento ictale
- paziente con malattia terminale (es: patologia tumorale a rapido aggravamento)
- paziente con grave insufficienza cardiaca SC NYHA 4 o con frazione di eiezione <25%
- paziente con instabilità clinica secondo i criteri della Consensus Conference di Modena (2000)

Criteri per riabilitazione estensiva in RSA

- Pazienti clinicamente stabili ([criteri Modena 2000](#)), con prevalenza di comorbidità ed elevato bisogno assistenziale;
- Pazienti con disabilità che richiedono:
 - interventi di nursing nelle 24 ore
 - interventi ad alto supporto assistenziale nelle 24 ore
 - **intervento medico non continuativo nelle 24 ore**
- Pazienti con previsione di miglioramento funzionale (da PRI);
- 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)
- Pazienti collaboranti !



Legenda:

Modena 2000: criteri di sufficiente stabilità clinica, espressi nella Consensus Conference sulla riabilitazione del traumatizzato cranico tenutasi a Modena nel 2000. Tali criteri sono stati proposti per il malato con ictus nelle Linee Guida italiane «SPREAD».

Sorveglianza medico-infermieristica 24h: indica la necessità di ricovero ospedaliero.

56 a, b e c: il codice ministeriale 56, che ha indicato la riabilitazione ospedaliera di «secondo livello» (comprendendo pure la riabilitazione del paziente con ictus), è stato recentemente suddiviso in tre sottogruppi.

56 a: riabilitazione ospedaliera intensiva di soggetto ad elevata complessità clinica.

56 b: riabilitazione ospedaliera intensiva di soggetto a bassa complessità clinica.

56 c: riabilitazione ospedaliera estensiva di soggetto che necessita di assistenza medico-infermieristica sulle 24h.

(vedi il documento ministeriale: «Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione», approvato – sancito accordo – dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 4 agosto 2021).

Il codice ministeriale 75 non è compreso in quanto i pazienti con ictus esordito quale grave cerebrolesione acquisita seguono un percorso specifico dedicato (riabilitazione di alta specialità).

Riferimenti

- Teasell R, et al. “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
- Linee guida ISO-SPREAD, VIII edizione, 21 luglio 2016: www.iso-spread.it
- Conferenza di Consenso di Modena 2000. Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa 2001; 15(1):73-77
- Nella Regione Friuli Venezia Giulia il setting per i trattamenti riabilitativi di tipo estensivo è individuato nelle RSA riabilitative (DGR n. 1487 del 25/05/2000). Tali strutture devono essere in grado di garantire, oltre ad un’assistenza infermieristica di 24 ore al giorno, un tempo di trattamento riabilitativo compreso tra 1 e 3 ore al giorno (DGR n. 650 del 11/04/2013).
- Nel caso in cui un paziente con ictus necessiti di assistenza medica ed infermieristica sulle 24 ore, questi deve rimanere in ambito ospedaliero: per tale motivo è necessario un setting riabilitativo ospedaliero di tipo estensivo. Un documento del Ministero della Salute di recente approvazione (seduta del 4 agosto del 2021) da parte della Conferenza Stato-Regioni, “Linee di indirizzo per l’individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione”, prevede che i ricoveri ospedalieri di riabilitazione estensiva vengano indicati con il codice 56c