



GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE- TERRITORIO DEL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRI

DEFINIZIONE

Il Ministero della Salute ha definito l'ictus come : *“una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare”*.

L'ictus cerebrale rappresenta una delle patologie più frequenti, collegata ad un rilevante rischio di morte e disabilità residua. I fattori di rischio e i meccanismi fisiopatologici lo mettono in stretta relazione con il complesso delle malattie cardiovascolari. Tuttavia in tale rapporto vi sono specificità che riguardano sia l'organo bersaglio, l'encefalo, sia meccanismi fisiopatologici differenziati per cui si distinguono quadri clinico-patologici diversi (per esempio emorragici o ischemici) e, all'interno di ciascuno di questi, ulteriori cause ed ulteriori sindromi.

La complessità dei fattori di rischio e dei meccanismi lo rende una patologia di competenza multidisciplinare. Tuttavia le peculiarità fisiopatologiche dell'organo bersaglio indicano nella componente neurologica un ruolo imprescindibile.

EPIDEMIOLOGIA

L'ictus cerebrale rappresenta la seconda causa di morte nei paesi occidentali ed una delle prime cause di disabilità nell'adulto. Ogni anno in Italia sono attesi 130.000 nuovi casi di ictus, 180.000 se si considera anche le recidive. La prevalenza si colloca intorno agli 800.000 casi. L'incidenza media annuale in Italia, corretta per età, è di 220 casi/100.000 anno.

Sulla base di quanto riferito dalla EC/Stroke Project nella regione Toscana, considerando una incidenza di 250 nuovi casi su 100.000 abitanti per anno e quindi un numero totale di 7.500 nuovi casi, si può stimare una spesa di circa 45 milioni di euro all'anno.

Queste stime non tengono conto della spesa del paziente né dei costi diretti e indiretti per l'assistenza e il supporto sociale: circa il 35% dei pazienti con ictus, infatti, presenta una grave invalidità residua che interferisce con lo svolgimento delle attività quotidiane. La mortalità si colloca intorno al 15%, un valore in linea con la media europea.

CARICO ASSISTENZIALE : IL CHRONIC CARE MODEL

Negli ultimi anni a livello internazionale ed italiano è cresciuta l'attenzione attorno al problema, in quanto è stato dimostrato che una migliore organizzazione dell'assistenza può ridurre (fino al 20%) la quantità di pazienti che muoiono o rimangono disabili. In relazione alla elevata prevalenza per l'ictus e le conseguenze che esso produce non possono essere considerate esaurienti le consolidate metodiche assistenziali, che dovranno progressivamente essere sostituite in favore di un approccio più proattivo che preveda l'utilizzo di interventi a carattere preventivo attraverso l'applicazione di uno stile di vita adeguato, di aspetti nutrizionali e di esercizio fisico.

E' proprio nella scelta della logica proattiva della Medicina di iniziativa, in luogo di quella più passiva della Medicina di attesa, che si realizza il CCM, esplicitato nei suoi obiettivi sanciti nel P.S.R. 2008-2010.

Il CCM si configura come un modello organizzativo di presa in carico nel quale il cittadino, al centro del sistema, viene reso esperto da opportuni interventi di informazione e addestramento ed interagisce, attraverso un piano assistenziale personalizzato e condiviso, con il team multiprofessionale composto da MMG, Infermieri ed Operatori Sanitari e Sociali.

Spetta alle cure primarie l'ambizioso compito di curare la programmazione ed il coordinamento degli interventi a favore dei malati cronici, allo scopo di garantire ai pazienti ed ai loro familiari una migliore qualità di vita e la possibilità di gestire al meglio la malattia, attraverso l'adozione di corretti stili di vita, il monitoraggio dei parametri fisici ed il corretto uso dei farmaci.

Il progetto si rivolge a pazienti ad alto rischio cerebrovascolare e a soggetti con ictus dopo la fase acuta/ospedaliera. Le modalità organizzative si articolano diversamente in funzione delle condizioni di gravità, di autosufficienza e della presenza della rete primaria di supporto. Per ognuno dei pazienti, al momento dell'inserimento nel "percorso" si programma un piano assistenziale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata effettuato da personale infermieristico, a domicilio (se non deambulabile) o in ambulatorio.

SCOPO

Elaborazione di un protocollo assistenziale condiviso e programmato Territorio-Ospedale-Territorio per la gestione del paziente ad alto rischio cerebrovascolare o con ictus.

Tale protocollo, basato sulla logica prognostica e preventiva prevista dal CCM, dovrà essere funzionale, agevole e costruito sulle esigenze assistenziali dei singoli pazienti coinvolti:

- Pazienti ad alto rischio cerebrovascolare;

L'identificazione dei soggetti esposti, la prevenzione primaria, il controllo dei fattori di rischio sono di pertinenza del MMG che applica strategie basate su un protocollo di monitoraggio clinico e di educazione del paziente al riconoscimento dei sintomi.

- Pazienti con ictus e disabilità lieve;

Un team multidisciplinare si occupa della pianificazione, follow-up, e trattamento miranti alla acquisizione di una migliore qualità di vita e alla riduzione di possibili recidive.

- Pazienti con ictus con disabilità moderata o grave;

Un team multidisciplinare comprendente più professionalità in ambito socio-sanitario provvede alla pianificazione, condivisione, follow-up e trattamento per il recupero funzionale e per ridurre la eventualità di recidive. Valutazione del grado di autosufficienza.

OBIETTIVI E RISULTATI ATTESI

1. Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura attraverso l'addestramento del paziente da parte di personale sanitario adeguatamente formato;
2. Standardizzare i percorsi di presa in carico e l'erogazione dell'offerta assistenziale attraverso l'istituzione di ambulatori dedicati e la strutturazione di classi di pazienti omogenee per rischio, grado di patologia e necessità assistenziali;
3. Attivazione di specifici percorsi diagnostico/terapeutici basati su una forte integrazione tra Specialistica territoriale, Ospedaliera e Medicina Generale, volti ad ottimizzare l'assistenza del paziente cronico ed assicurare un adeguato ed efficace percorso riabilitativo;
4. Ridurre la eventualità di recidiva nei pazienti ad alto rischio attraverso la adozione di corretti stili di vita, di idonee abitudini alimentari e l'esercizio fisico, quali strumenti di prevenzione al fine di migliorare la qualità di vita ed il reinserimento sociale;
5. Promuovere un approccio integrato nella gestione del paziente ad alto rischio cerebrovascolare e con ictus attraverso la condivisione dei percorsi e protocolli nell'ambito del team multiprofessionale destinato alla presa in carico del paziente;
6. Ottimizzare la cura attraverso la applicazione di linee guida e l'approccio assistenziale *evidence-based*;
7. Adeguare i programmi di gestione informatizzata e la condivisione dei dati registrati su apposita scheda.

APPLICABILITÀ

E' coinvolto nell'applicazione del percorso il personale medico ed infermieristico delle UOC Ospedaliere e del territorio: Medico di Medicina Generale (MMG), Infermiere (I), Specialisti (Cardiologo, Fisiatra, Internista, Neurologo), Medico di Comunità, Dietista, Fisioterapista, Logopedista, Assistente Sociale; saranno inoltre di volta in volta coinvolte altre figure professionali (mediche e non) eventualmente necessarie ai fini della gestione ottimale e personalizzata del singolo caso.

IL PERCORSO

Il percorso è articolato nelle seguenti 5 fasi, successivamente riassunte nello schema.

FASE 1: IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

FASE 2 : ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI

FASE 3 : COUNSELING DEI PAZIENTI

FASE 4 : FOLLOW UP DEI PAZIENTI

FASE 5: GESTIONE PAZIENTI INSTABILI

PERCORSO ICTUS CEREBRI

FASE 1 : IDENTIFICAZIONE DEI PAZIENTI

Vengono individuati i pazienti a rischio di sviluppare la malattia o già diagnosticati per ICTUS CEREBRI attraverso gli archivi dei MMG.

FASE 1

	Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Paziente con elevato rischio cerebrovascolare	Identificazione pazienti con rischio cerebrovascolare aumentato : FFAA; Progresso TIA; Protesi valvolare meccanica; patologie rare con alto rischio di manifestare patologia cerebrovascolare; ipertensione arteriosa; pregresso IMA; arteriopatia periferica	MMG	ambulatorio Modulo	1 mese dalla fase di estensione (Aggiornamento periodico)	Creazione elenco di patologia
	verifica ed integrazione/incrocio dati MMG (archivio pazienti)/ S. Informativo Aziendale (flussi SDO, elenco es. per patologia, a fini di verifica e confronto)	Medico di Comunità		entro 15 gg dal ricevimento delle liste	lista unica pazienti eleggibili a PDT
Paziente con disabilità lieve	identificazione pazienti scala RANKIN 0-2	MMG/Sistema Informativo	ambulatorio Modulo/ Direzione Sanitaria Aziendale	1 mese dalla fase di estensione (Aggiornamento periodico)	Creazione elenco di patologia
Paziente con disabilità moderata o grave	identificazione pazienti scala RANKIN = >3				
	verifica ed integrazione/incrocio dati MMG (archivio pazienti)/ S. Informativo Aziendale (flussi SDO, elenco es. per patologia, a fini di verifica e confronto)	Medico di Comunità		entro 15 gg dal ricevimento delle liste	lista unica pazienti eleggibili a PDT

FASE 2 : ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI

La fase 2 del percorso prevede l'arruolamento dei pazienti individuati nella prima fase attraverso invito, tramite contatto diretto telefonico, ad un incontro informativo presso l'ambulatorio del MMG nel quale saranno esposti obiettivi e tempi del progetto e sarà acquisita la adesione o meno al percorso assistenziale mediante sottoscrizione del consenso informato da parte del paziente.

FASE 2

Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Invito per contatto diretto telefonico e predisposizione agenda appuntamenti	Collaboratore di studio/Infermiere	ambulatorio Modulo	Entro 15 gg dalla restituzione delle liste	contatto 100% pazienti in lista
Colloquio informativo e acquisizione consenso informato	MMG	ambulatorio Modulo	Entro 3 mesi dalla fase di estensione	% adesione (da definire)

FASE 3 : COUNSELLING DEI PAZIENTI

Sono strutturati incontri rivolti a classi di pazienti omogenee per patologia o per rischio di patologia ove inclusi, secondo metodiche scientificamente validate. Finalità perseguite attraverso le abilità e le attività di counseling sono: 1) educazione a idonei stili di vita che possano contribuire a prevenire nei pazienti a rischio la comparsa di sintomi e, nei soggetti già diagnosticati, la progressione della patologia (complicanze e disabilità); 2) *empowerment* del paziente; 3) acquisizione di sicurezza e autonomia nella gestione degli aspetti pratici, sociali e psico-emozionali connessi alla propria condizione.

FASE 3

Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori	Note
Invito Counseling di gruppo o individuale	Collaboratore di studio/Infermiere	ambulatorio Modulo	almeno 7 gg prima dell'incontro	Indicatori regionali	chiamata telefonica
Counseling di gruppo: Accoglienza; ascolto attivo dei bisogni; supporto informativo e/o educativo su stili di vita e aspetti assistenziali; promozione di atteggiamenti attivi; educazione al self management; orientamento alla rete e servizi; Family coach	MMG/Infermiere/altro professionista	Sede dedicata		Indicatori regionali	

FASE 4 : FOLLOW UP DEI PAZIENTI

Il follow-up garantisce la presa in carico costante e personalizzata del paziente, attraverso un percorso standardizzato che prevede controlli a cadenza prefissata sia presso l'ambulatorio del modulo che presso l'ambulatorio specialistico di riferimento; ai fini di un'ottimizzazione del monitoraggio, il MMG o lo specialista potranno ovviamente introdurre *in itinere* eventuali correzioni dello schema terapeutico o della tempistica degli esami di controllo/approfondimento, qualora queste siano ritenute necessarie sulla base delle condizioni cliniche del paziente.

FASE 4

	Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Paziente ad alto rischio cerebrovascolare	Valutazione clinica; educazione al riconoscimento dei sintomi ed all'uso appropriato del sistema 118; prescrizione indagini specifiche ove ritenuto necessario	MMG	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
	valutazione presenza fattori di rischio: misurazione PA;FC; peso corporeo con calcolo BMI; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo; valutazione comportamentale (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ; Annotazione in cartella.	Infermiere	ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali

Paziente con esiti di ictus	Valutazione clinica; pianificazione percorso riabilitativo previa condivisione obiettivi con membri team assistenziale	MMG	Ambulatorio Modulo	ogni 6 mesi	indicatori regionali
	Prescrizione e valutazione esami diagnostici (emocromo, creatinina, azotemia; sodiemia; potassiemia; glicemia; ALT; eventuali altre indagini di approfondimento connesse all'eziopatogenesi dell'evento, qualora individuata);				indicatori regionali
	assetto lipidico ed eventuali altre indagini di approfondimento			1 volta all'anno	indicatori regionali
	TAO			secondo LG internazionali	indicatori regionali

Valutazione presenza fattori di rischio: misurazione PA;FC; peso corporeo con calcolo BMI; applicazione indice di Barthel; verifica attuazione piano dietetico; verifica attuazione istruzioni per autocontrollo; valutazione comportamentale (stili di vita: fumo, attività fisica, alimentazione) ; Annotazione in cartella	Infermiere	Ambulatorio modulo		
			ogni 4/6 mesi	indicatori regionali
Prevenzione e controllo lesioni da pressione		domicilio	Visite programmate ogni 4 mesi per pazienti non deambulanti	
ECG	Cardiologo	Ambulatorio specialistico	1 volta all'anno	indicatori regionali
Ecocardio	Cardiologo	Ambulatorio specialistico	Secondo indicazione clinica	indicatori regionali
Doppler TSA	Specialista di branca	Ambulatorio specialistico	Secondo indicazione clinica	indicatori regionali
Attività di consulenza in ogni fase del percorso	neurologo	Ambulatorio specialistico	Secondo indicazione clinica	indicatori regionali
Attività di consulenza in ogni fase del percorso	specialisti per i quadri patologici intervenuti	Ambulatorio specialistico	Secondo indicazione clinica	indicatori regionali

	Audit clinici funzionali al monitoraggio dell'assistenza	Team assistenziale; Medico di Comunità	Sede dedicata	periodicità secondo necessità	indicatori regionali
--	--	---	---------------	-------------------------------	----------------------

	Procedure	Professionisti: ruoli	Sede della prestazione	Tempistica	Indicatori
Paziente con disabilità lieve	Valutazione inserimento AFA	MMG, Fisiatra, FKT	Sede dedicata	al bisogno	indicatori regionali
	Pianificazione ed effettuazione interventi riabilitativi; educazione del caregiver al recupero delle funzionalità del paziente	FKT	Sede dedicata	al bisogno	indicatori regionali

paziente con disabilità moderata o grave	continuità della riabilitazione dalla fase intensiva alla fase estensiva ed eventuale prescrizione di ausili per mobilità; redazione progetto riabilitativo	Fisiatra/FKT	Sede dedicata	a conclusione della fase intensiva	indicatori regionali
	Pianificazione ed effettuazione interventi riabilitativi; educazione del care giver al recupero delle funzionalità del paziente	FKT	Sede dedicata	al bisogno	indicatori regionali
	Programma recupero funzionale e riduzione recidive	FKT	Sede dedicata	a conclusione della fase intensiva	indicatori regionali
	Eventuale prescrizione ausili antidecubito	medico di comunità/fisiatra	Sede dedicata	al bisogno	indicatori regionali
	Valutazione nutrizionale	nutrizionista/dietista	Sede dedicata	su richiesta MMG	indicatori regionali
	Valutazione non autosufficienza	team assistenziale	Sede dedicata	a conclusione della fase intensiva	indicatori regionali

FASE 5: PAZIENTI NON STABILIZZATI

Per i pazienti non stabilizzati, sono predisposti specifici canali d'accesso in ospedale per consulenza immediata o programmata con presa in carico del paziente da parte delle UU.OO. Ospedaliere fino al rientro nel normale follow-up al ripristino delle condizioni di stabilità (vd PA I0)