



ALLEGATO A alla Dgr n. 7 del 09 gennaio 2013

LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE DELLA FASE POST-ACUTA DELL'ICTUS

OBIETTIVO

Garantire interventi riabilitativi adeguati per tutti i soggetti affetti da ictus ricoverati in strutture sanitarie della Regione Veneto, con particolare attenzione ai percorsi di continuità rispetto alla rete regionale delle *stroke units*, attraverso un sistema a rete integrata di servizi tale da consentire una tempestiva presa in carico, adeguati livelli di cura, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione.

La finalità degli interventi riabilitativi erogati è quella di favorire il raggiungimento e mantenimento del miglior livello di autonomia e partecipazione sociale consentito dal danno cerebrale.

La rete deve inoltre contribuire alle attività di comunicazione alla comunità sulle problematiche disabilitanti connesse all'ictus e deve produrre nel contempo utili informazioni per la programmazione sanitaria a livello regionale.

LE FASI DELLA RIABILITAZIONE

Il percorso assistenziale a fini riabilitativi è caratterizzato da obiettivi diversi a seconda delle esigenze correlate alla fase di evoluzione della malattia. In linea generale, le finalità degli interventi che si realizzano in tempi diversi rispetto all'evento ictale si diversificano a seconda della fase:

- ▲ fase di acuzie: nella quale l'assistenza è caratterizzata da interventi finalizzati alla prevenzione dei danni secondari ed al tempestivo raggiungimento della stabilizzazione clinica. Di estrema importanza in questa fase la valutazione precoce delle potenzialità di recupero funzionale al fine di impostare precocemente un percorso riabilitativo secondo criteri di appropriatezza (c.d. prognosi riabilitativa iniziale);
- ▲ fase post-acuta: nella quale il quadro clinico è stabilizzato e l'intervento riabilitativo può influenzare positivamente e massimamente i processi biologici che sottendono il recupero. Tale condizione, può prevedere una presa in carico in modalità intensiva od estensiva, a seconda del fabbisogno riabilitativo ed assistenziale. Essa richiede la disponibilità di risorse, individuali e contestuali, che garantiscono il massimo impegno nell'attività a fini riabilitativi e può ripetersi in caso di riacutizzazioni o recidive dell'evento patologico;
- ▲ fase di completamento del processo di recupero previsto dal progetto riabilitativo che in genere è caratterizzata da interventi riabilitativi di tipo estensivo;
- ▲ fase del mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità che si protrae per tutta la sopravvivenza residua, ed è finalizzata al mantenimento delle prestazioni acquisite, al controllo periodico dei fattori di rischio di ulteriori eventi disabilitanti, alla prevenzione delle compromissioni funzionali favorite dall'invecchiamento ed alla organizzazione dell'attività quotidiana in maniera adeguata alle caratteristiche individuali ed ambientali.

MODELLO ORGANIZZATIVO DELLA RETE DI SERVIZI

Il modello proposto si basa su un sistema di servizi riabilitativi in una logica di rete integrata, che prevede per ogni determinata area territoriale la possibilità di erogare in modo coordinato gli interventi in tutti i diversi ambiti intra ed extraospedalieri.

Per ogni rete locale, vanno esplicitati percorsi di cura conformi ai criteri generali indicati nel presente documento, ed ulteriormente dettagliati sulla base delle specifiche situazioni locali, prevedendo anche la costituzione di reti interaziendali per attività di particolare complessità.

Ogni azienda ULSS/Ospedaliera dovrebbe poter disporre, tra strutture accreditate pubbliche e private di una dotazione di posti letto di riabilitazione intensiva (cod. 56) adeguata al fabbisogno, da dedicare a pazienti con disabilità di origine neurologica mentre è auspicabile, a garanzia della migliore continuità di cura, che tali degenze riabilitative intensive siano funzionalmente collegate con la sede dell'Unità Ictus.

REGIMI DI INTERVENTO**Intervento riabilitativo in fase acuta: UU.OO. per acuti**

E' rivolto a tutti i pazienti con ictus indipendentemente dalle UU.OO. di ricovero

- nei reparti Unità ictus di 2° livello
- nei reparti Unità ictus di 1° livello
- nelle aree dedicate all'ictus delle UU.OO. per acuti

Obiettivi riabilitativi nella fase di acuzie.

In questa fase, oltre a una riabilitazione incentrata su procedure di "nursing" riabilitativo e procedure riabilitative specifiche se consentite dallo stato clinico, deve essere effettuata una valutazione funzionale e formulata una valutazione prognostica del recupero funzionale.

La presa in carico riabilitativa precoce, di norma entro le 48 ore, e comunque non oltre le 72, presuppone la partecipazione del fisiatra e dei professionisti della riabilitazione all'interno del team interdisciplinare e multi professionale con un contestuale tempestivo coinvolgimento dei familiari/caregivers.

La prognosi riabilitativa risulta fondamentale per definire: le potenzialità di recupero dei pazienti affetti da stroke, le risorse da allocare nella fase acuta, la programmazione del percorso post-acuzie sia nell'ambito ospedaliero che nella rete territoriale.

In fase acuta va definito il progetto riabilitativo che include i seguenti programmi, da attivare nel più breve tempo possibile (SPREAD 2011):

- Programma infermieristico/assistenziale
- Programmi riabilitativi specifici indirizzati alle menomazioni motorie e cognitive ed alle funzioni vitali di base di durata adeguata alle condizioni cliniche del paziente distribuiti su almeno 6 giorni alla settimana;
- Programma di orientamento ed informazione del paziente e dei familiari/caregivers.

Per la definizione del percorso successivo al ricovero in UU.OO per acuti vanno tenuti in considerazione i fattori clinici, premorbosi, legati alla patologia in atto e socio ambientali.

Non è tuttavia possibile definire criteri rigidi e univoci di inclusione o esclusione per tali fattori; ma i percorsi vanno definiti adattando criteri generali alle specifiche situazioni individuali in relazione ai diversi settings assistenziali.

I fattori da tenere in maggiore considerazione sono:

FATTORI PREMORBOSI

- ❖ Età
- ❖ Sesso
- ❖ Livello di autonomia premorboso
- ❖ Precedenti ictus
- ❖ Comorbidità
- ❖ Ambiente socioeconomico
- ❖ Caratteristiche del nucleo familiare
- ❖ Organizzazione della rete locale dei servizi

FATTORI EMERGENTI

- ❖ Sede ed entità della lesione encefalica
- ❖ Gravità e complessità della compromissione cognitiva e senso-motoria
- ❖ Livello di disabilità
- ❖ Depressione e disturbi psichici
- ❖ Organizzazione della assistenza in fase acuta
- ❖ Reazioni emotive e affettive del caregiver

La valutazione fisiatrica iniziale, di tipo multidimensionale ed indirizzata non solo agli aspetti di menomazione e disabilità (strutture e funzioni secondo l'ICF) ma anche a quelli di attività e partecipazione del soggetto, prendendo in esame tutti gli aspetti precedenti, deve consentire, sulla base di criteri predittivi, l'individuazione dell'ambiente maggiormente appropriato per la fase postacuta.

Tale individuazione dovrebbe avvenire di norma entro 7-gg dall'evento ictale.

Auspicabile inoltre l'adozione a livello regionale di strumenti valutativi omogenei degli aspetti riabilitativi, rappresentati per esempio da una scheda di valutazione multidimensionale

I settings assistenziali individuati consistono in:

- ❖ Degenza riabilitativa ordinaria o diurna di tipo intensivo (cod. 56)
- ❖ Degenza riabilitativa in struttura di alta specialità (cod75/28) *
- ❖ Lungodegenza riabilitativa (cod. 60)
- ❖ Riabilitazione intensiva extraospedaliera
- ❖ Riabilitazione in regime di "day service ambulatoriale"
- ❖ Riabilitazione in strutture protette extraospedaliere (es. URT, RSA ed altre strutture)
- ❖ Riabilitazione in regime ambulatoriale
- ❖ Riabilitazione domiciliare

*: per pazienti con caratteristiche cliniche compatibili con la definizione di GCA (Grave Cerebrolesione Acquisita).

Quale che sia il setting individuato, il trattamento riabilitativo del paziente con ictus deve basarsi su un "progetto riabilitativo individuale" come definito dalle disposizioni normative nazionali e regionali**, formulato con un livello di dettaglio appropriato al contesto di erogazione dei servizi.

**:

- Linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione. Gazzetta Ufficiale 30 maggio 1998, n. 124.

- Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, Ministero della Salute, approvato dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Le Province Autonome di Trento e di Bolzano il 10.2.2011.

- DGR n. 253/2000 "Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari".

- Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016.”.

Occorre ricordare che, pur avendo superata la fase critica post ictale, il paziente, specie se anziano, può frequentemente presentare elementi di instabilità clinica o di precario stato di salute tali da condizionare l'attività riabilitativa con un inevitabile prolungamento dei tempi necessari al recupero di una autonomia funzionale tale da consentirne la deospedalizzazione; tale aspetto risulta emergente anche in considerazione della progressiva riduzione della durata di degenza in fase acuta cui si assiste.

Qualora non vi sia l'indicazione ad una presa in carico riabilitativa, ed il paziente necessiti comunque di assistenza, sarà cura dell'equipe ospedaliera collaborare con l'equipe territoriale alla predisposizione di un adeguato piano assistenziale individuale.

Intervento riabilitativo in fase di post acuzie: UU.OO. di Medicina Fisica e Riabilitativa

Degenza in strutture di Riabilitazione Intensiva (cod 56)

E' indicata per pazienti con disabilità medio-grave modificabile che presentino le seguenti caratteristiche:

- Pazienti suscettibili di miglioramenti funzionali durante il ricovero;
- Pazienti in condizioni cliniche che richiedono la disponibilità continuativa, nell'arco delle 24 ore, di prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative ad elevata intensità. La necessità di assistenza medica continuativa è legata ad un alto rischio di potenziale instabilità clinica e quella infermieristica alla necessità di un nursing riabilitativo multiplo o complesso;
- Pazienti che non presentino stato di deterioramento cognitivo diagnosticato e documentato (MMSE <0 = 18), o una disabilità funzionale medio-grave precedentemente all'evento ictale;
- Pazienti che necessitano dell'effettuazione di percorsi terapeutici di elevata complessità quali il management della disfagia con richiesta di valutazioni strumentali (es. fibroscopia, videofluoroscopia; endoscopia digestiva), management delle disabilità cognitive complesse (es. disturbi visuo-percettivi che richiedono trattamenti di alta specializzazione e/o tecnologici, necessità di valutazioni strumentali per particolari applicazioni ortesiche o in previsione di interventi di chirurgia o neurochirurgia funzionale, etc.), per i quali, a garanzia della loro sicurezza, è auspicabile la formalizzazione di collegamenti funzionali con i servizi di emergenza e di diagnostica disponibili a livello locale;
- Pazienti che, pur non presentando elevati deficit motori, abbiano rilevanti deficit cognitivi di tipo lesionale che impediscono l'autonomia (negligenze visuospaziali marcate, grave afasia / aprassia)
- Pazienti che necessitano e possono trarre vantaggio da trattamenti riabilitativi intensivi, di norma quantificabili in 3 ore/die per 6 giorni alla settimana, con un approccio multidisciplinare e multi professionale.

Degenza in strutture di Riabilitazione Estensiva (cod 60)

É indicata nei pazienti con disabilità medio-grave e importante dipendenza non in grado di sostenere l'impegno della riabilitazione intensiva e particolarmente per soggetti anziani e con disabilità pregresse o con ridotta autonomia pregressa. In questo caso si possono prevedere programmi meno intensivi (1 ora/die minimo) integrati da adeguati piani assistenziali.

Obiettivi e criteri della presa in carico sono quelli indicati nella DGR 839/2008

Al modificarsi delle condizioni cliniche può essere indicato il passaggio ad un setting riabilitativo di tipo intensivo.

Riabilitazione nella fase di post-dimissione

Nell'organizzare l'assistenza al paziente con ictus nella fase post-ospedaliera occorre prestare particolare attenzione all'eterogeneità dei bisogni e alla conseguente necessità di offrire percorsi di assistenza diversificati e personalizzati.

Interventi riabilitativi in regime di

- DAY SERVICE
- RIABILITAZIONE INTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA
- AMBULATORIO

DAY SERVICE

I pazienti appropriati per questo tipo di regime sono quelli che presentano menomazioni e disabilità multiple (es. coesistenza di menomazioni motorie e cognitive).

Importante presupposto requisito per un efficace svolgimento di tale attività è la sinergia in rete con le strutture che erogano servizi territoriali ed un adeguato sistema di trasporti.

RIABILITAZIONE INTENSIVA EXTRAOSPEDALIERA

E' appropriata per soggetti con particolari bisogni di autonomia extradomestica e con possibilità di riqualificazione o ripresa dell'attività scolastica e/o lavorativa. In questo senso periodi di trattamento in diurnato o come ricovero continuativo possono risultare in linea con il concetto di intensività post ospedaliera.

RIABILITAZIONE IN REGIME AMBULATORIALE

La riabilitazione ambulatoriale, in particolare nell'ictus cerebrale, rappresenta il contesto più appropriato per la gestione degli esiti.

Essa deve essere effettuata in stretta coordinazione con le altre fasi deve garantire un adeguato monitoraggio clinico funzionale longitudinale, con possibilità di rivalutazioni e riprese di trattamento ove indicato.

La presa in carico ambulatoriale deve anche prevedere attività di prevenzione secondaria indirizzate alle menomazioni e alla disabilità.

È noto infatti come la prevenzione secondaria sia un elemento fondamentale per il mantenimento dello stato di salute in soggetti portatori di disabilità. Il mantenimento di condizioni fisiche, motorie e psicologiche ottimali riduce nel tempo il ricorso all'ospedalizzazione ed alle cure riabilitative. Tali interventi, che possono includere anche attività non sanitarie, come l'Attività Fisica Adattata, vanno coordinati da un medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione nell'ambito dell'attività del dipartimento di riabilitazione.

In questo contesto particolare rilievo assume il management della spasticità ed i percorsi riabilitativi successivi a chirurgia funzionale.

Trattamento della Spasticità

La spasticità, fenomeno che si evidenzia spesso a distanza dall'esordio di un evento acuto, rappresenta un ostacolo alla funzione motoria ed alla assistenza da parte del care-giver. La spasticità ha trovato recentemente numerose opportunità di approccio terapeutico. Il "management" della spasticità richiede aspetti valutativi strumentali (esame pattern patologici tramite video-poli-EMG; parametri spazio-temporali movimento, blocchi nervosi diagnostici etc.) e terapeutici (infiltrazione di tossine o fenolizzazioni guidate con ecografia, EMG o stimolazione elettrica, trattamento integrato post-tossina, prescrizione ortesi dinamiche e realizzazione ortesi statiche, etc.) che sono peculiari della riabilitazione.

Riabilitazione Post-Chirurgia Funzionale

Dopo interventi di chirurgia funzionale è indispensabile un percorso riabilitativo complesso finalizzato all'ottimizzazione del recupero funzionale che può anche prevedere il ricovero.

RIABILITAZIONE DOMICILIARE

La riabilitazione in regime domiciliare delle persone affette da stroke ha lo scopo di favorire il recupero o il mantenimento dell'autonomia, e l'integrazione nell'ambiente di vita abituale, attraverso interventi sulla persona (rieducazione all'autonomia) e sull'ambiente.

Gli interventi riabilitativi a domicilio per le persone affette da stroke si svolgono di norma in continuità rispetto alla dimissione dalle strutture di degenza riabilitativa, o da reparti per acuti.

La presa in carico riabilitativa in ambito domiciliare si inserisce nel contesto organizzativo della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e nell'ambito di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI), cui il paziente può accedere:

- Con presa in carico diretta post dimissione con un percorso di "dimissione protetta" ed un programma riabilitativo definito dal medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione afferente al Dipartimento di riabilitazione;
- Su richiesta del MMG e successiva valutazione specialistica fisiatrica.

MONITORAGGIO DELL'ATTIVITÀ

Per il monitoraggio dell'attività è necessaria la raccolta sistematica dei dati sia della fase acuta che di quella riabilitativa, auspicando l'istituzione di un apposito registro che consenta di monitorare tutto il percorso dei soggetti con ictus e la messa in rete delle strutture riabilitative.

Alcune informazioni da raccogliere ad integrazione di quelle della fase acuta sono riportate di seguito.

Etiologia

Data insorgenza (indicatore di percorso)

Data ricovero in riabilitazione e data dimissione (durata complessiva del ricovero)

Struttura di ricovero

Variabili anagrafiche

Variabili cliniche:

- Alimentazione (sng-peg-os)
- incontinenza
- Emiplegia destra o sinistra
- Afasia si no
- Sindrome emisfero minore si no
- Motricity index arto superiore
- Motricity index arto inferiore
- Trunk control test
- FIM
- FAC
- Rankin
- NIHSS
- Complicanze intercorrenti

Indicatori di esito:

- Livello di autonomia (Barthel e/o FIM)
- Destinazione alla dimissione e tipologia di intervento riabilitativo attuato.