



Regione Campania

Il Commissario Ad Acta

per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi
del Settore Sanitario della Regione Campania
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 11/12/2015)

DECRETO n. 23 del 31.03.2016

OGGETTO: Approvazione linee di indirizzo per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi nel percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus definito con D.C.A. n. 23 del 10.3.2015.

PREMESSO :

- a) che la legge 30 dicembre 2004 , n. 311 recante “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005) e, in particolare, l'art. 1, comma 180, ha previsto per le regioni interessate l'obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore ad un triennio;
- b) che la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 460 del 20/03/2007 ha approvato il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004”;
- c) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 23 luglio 2009 il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della regione Campania quale Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell'art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- d) che con deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 24 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso, secondo Programmi Operativi di cui all'art. 1, comma 88 della legge n.191 del 2009;
- e) che con le deliberazioni del Consiglio dei Ministri in data 15 ottobre 2009, 3 marzo 2011, 20 marzo 2012, 29 ottobre 2013 con le quali è stato disposto l'avvicendamento nelle funzioni di sub-commissario ad acta con il compito di affiancare il Commissario ad acta della Regione Campania;

VISTI gli esiti delle elezioni amministrative regionali dello scorso 31 maggio 2015 ;

VISTI i commi nn.569 e 570 dell'art. 1 della legge 23 dicembre 2014, n. 190 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)” con cui – in recepimento delle disposizioni di cui all'art. 12 del Patto per la Salute 2014 – 2016 – è stato previsto che “ La nomina a commissario ad acta per la predisposizione, l'adozione o l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, effettuata ai sensi dell'articolo 2, commi 79, 83 e 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, e successive modificazioni, e' incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento” ;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2015, notificata in data 8 gennaio 2016, con la quale il dott. Joseph Polimeni è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione

del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R campano ;

VISTO l'incarico prioritario del Commissario ad acta *“di adottare ed attuare i Programmi operativi 2016 – 2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”* ;

VISTO che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 11/12/2015, al punto **v**) è assegnato il compito di provvedere alla *“programmazione e attuazione degli interventi rivolti all'incremento della produttività e della qualità dell'assistenza erogata dagli enti del Servizio Sanitario Regionale”*

VISTO l'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss.mm. e ii, che stabilisce: *“Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:*

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;*
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;*
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.”*

VISTE le *“Linee guida per le attività di riabilitazione in Campania”*, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale n. 482 del 25 marzo 2004, che forniscono indirizzi per la organizzazione della rete dei servizi di riabilitazione e criteri generali per gli interventi di assistenza riabilitativa attivabili all'interno del Livelli Essenziali di Assistenza;

VISTO il *“Piano di Indirizzo per la Riabilitazione”*, recepito dalla Regione Campania con D.C.A. n. 142 del 13 novembre 2012, che promuove la realizzazione del Percorso riabilitativo unico integrato sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) elaborato con i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF);

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 31 del 2 luglio 2014 con il quale la Regione Campania ha provveduto alla formale costituzione del Gruppo di Lavoro Regionale per l'implementazione del Piano di Indirizzo per la Riabilitazione, con compiti di supporto alle azioni istituzionali, aggiornamento, monitoraggio e valutazione delle procedure organizzative ed operative delle attività di assistenza riabilitativa e di definizione di percorsi e protocolli clinici per la presa in carico di persone di diverse fasce di età e diversi bisogni;

VISTO il D.C.A. n. 23 del 10 marzo 2015 con il quale la Regione Campania ha approvato il documento sul *“Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus”*, contenente le principali indicazioni per la realizzazione sul territorio regionale di un uniforme modello organizzativo di presa in carico riabilitativa, di continuità delle cure e di interventi integrati tra i vari setting assistenziali rinviando ad una fase successiva l'elaborazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi;

PRESO ATTO del documento elaborato dal Gruppo di lavoro regionale recante *“Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus - Linee di indirizzo regionali”* che, ad integrazione di quanto stabilito con il decreto commissariale n. 23 del 10 marzo 2015 definisce:

- a) la durata del periodo di assistenza,

- b) i criteri di appropriatezza per l'accesso/scelta del setting assistenziale e per la dimissione/trasferimento ad altro setting o al domicilio,
- c) gli obiettivi attesi generali e specifici,
- d) i principali interventi di riabilitazione (e le diverse opzioni possibili) formulati come raccomandazioni di comportamento medio,
- e) gli operatori coinvolti nell'assistenza/presa in carico,
- f) gli indicatori di performance per l'audit;

RITENUTO di approvare il documento *“Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus - Linee di indirizzo regionali”*

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa, da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. le premesse e l'allegato formano parte integrante e sostanziale del presente decreto;
2. di approvare il documento *“Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus - Linee di indirizzo regionali”*, composto di n. 28 pagine, allegato al presente provvedimento, ad integrazione di quanto stabilito con il decreto commissariale n. 23 del 10 marzo 2015;
3. di ribadire l'obbligo ai Direttori Generali/Commissari Straordinari delle aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, di implementazione delle procedure operative ed organizzative per il raccordo dei diversi setting assistenziali ai fini della effettiva realizzazione del percorso riabilitativo unico integrato;
4. di fare obbligo ai Direttori Generali/Commissari Straordinari delle Aziende sanitarie, ospedaliere e territoriali, di dare la massima diffusione al predetto documento per la tempestiva e corretta applicazione di quanto in esso previsto;
5. di precisare che dall'attuazione del presente decreto commissariale non derivano ulteriori oneri di spesa a carico delle Aziende Sanitarie e del bilancio regionale;
6. di trasmettere il presente decreto al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze e di riservarsi le eventuali modifiche nel caso di osservazioni o rilievi ministeriali;
7. di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.SS.LL., AA.OO, AAOOUU, IRCCS della Campania, al Capo Dipartimento Salute e Risorse naturali, al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, al “Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale” ed alla “Segreteria di Giunta” per la pubblicazione nel B.U.R.C.

Il Funzionario UOD 52-04-05 Interventi Socio-Sanitari
Dr.ssa Luisa Cappitelli

Il Dirigente UOD 52-04-05 Interventi Socio-Sanitari
Dr.ssa Marina Rinaldi

Il Direttore Generale f.f. tutela della salute 52-04
avv. Antonio Postiglione

Il Sub Commissario ad acta
dott. Claudio D'Amario

Il Commissario ad Acta
dott. Joseph Polimeni

Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus. Linee di indirizzo regionali

Con DCA n.23 del 10/03/2015 è stato approvato il Percorso riabilitativo unico integrato per il paziente con ictus ai sensi del Piano d'indirizzo per la riabilitazione di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10/2/2011 tra il Governo, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Questo Decreto è imperniato sui criteri di accessibilità, tempestività degli interventi, continuità ed appropriatezza delle cure, efficacia, coinvolgimento attivo dell'utente, empowerment, valutazione dell'efficacia e dell'efficienza della presa in carico, sulla base del Progetto Riabilitativo Individuale elaborato con i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Sono state definite le principali indicazioni per la realizzazione di un uniforme modello organizzativo basato sull'integrazione interdisciplinare, interprofessionale e intersettoriale che consenta l'effettiva attuazione del percorso dalla fase acuta sino al ritorno al domicilio, garantendo:

- a) presa in carico riabilitativa precoce,
- b) effettiva realizzazione del Progetto Riabilitativo Individuale quale strumento di continuità, assistenziale e di interventi integrati tra i vari setting di cura, ospedalieri e territoriali;
- c) dimissione programmata e protetta;

Nel Decreto viene indicata la necessità di rinviare ad una fase successiva l'elaborazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi riabilitativi.

Le Linee di indirizzo riportate nel presente documento rappresentano, dunque, il completamento del percorso riabilitativo unico integrato.

Indice e contenuti del documento:

PREMESSA:

descrizione della metodologia di lavoro e riferimenti scientifici su dati epidemiologici - incidenza, prevalenza, storia naturale del recupero, fattori predittivi del recupero – (pag. 1-5). Vengono indicati i criteri di inclusione dei soggetti e la composizione del team riabilitativo (pag.5);

LA GESTIONE RIABILITATIVA (fase acuta ospedaliera):

indicazioni stringenti per la presa in carico precoce con individuazione degli obiettivi generali e specifici, il setting assistenziale, la durata della degenza (pag.6). Seguono una serie di raccomandazioni per l'organizzazione e per la presa in carico riabilitativa (pag. 6 – 10). Il capitolo si chiude con un elenco di indicatori di performance, con brevi implicazioni organizzative, strutturali e di dotazione e con i criteri per il trasferimento in altro setting assistenziale (pag. 10 – 14);

LA GESTIONE RIABILITATIVA (fase post acuta)

Dopo la definizione dell'obiettivo generale e di quelli specifici di questa fase, l'individuazione dei diversi setting appropriati per le condizioni del paziente, viene fissata la durata del trattamento standard e gli strumenti di valutazione globale (pag. 14 – 16). Vengono individuate 5 aree di intervento riabilitativo e, per ciascuna di esse, descritti gli interventi di riconosciuta efficacia e relativi strumenti di misura (pag. 16 – 24).

Alla fine del capitolo è indicata la funzione di follow up per la valutazione e il monitoraggio dei risultati raggiunti, e della necessità di programmare le attività di monitoraggio territoriale per il controllo del mantenimento delle autonomie raggiunte (pag.25).

Anche per questa fase sono elencati indicatori di performance sia della riabilitazione ospedaliera che territoriale (pag.25)

Allegato

Percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Linee di indirizzo regionali



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

PREMESSA

Metodo

Un documento che definisca le linee d'indirizzo ed il percorso riabilitativo per una specifica condizione ha come compito primario quello di contestualizzare le raccomandazioni di comportamento medio fornite dalle evidenze scientifiche, considerando l'attuale assetto organizzativo e la disponibilità di risorse umane e tecnologiche presenti sul territorio regionale. La presenza nel gruppo di lavoro di tutte le principali figure coinvolte nel percorso riabilitativo della persona con ictus rappresenta l'approccio migliore per valorizzare le competenze regionali e fornire al tempo stesso indicazioni realistiche, applicabili direttamente o che richiedano adattamenti clinico organizzativi, realizzabili e compatibili con le risorse disponibili.

Nella definizione del presente documento si è concordato di:

- Assumere una o più linee guida evidence based come base scientifica di riferimento per l'individuazione delle principali raccomandazioni clinico organizzative (cosa ci si aspetta che un cittadino/paziente riceva)
- Individuare le implicazioni culturali, cliniche ed organizzative che l'applicazione delle raccomandazioni comporta (come fare perché gli interventi vengano trasferiti nella pratica)
- Individuare eventuali interventi formativi e organizzativi necessari a superare gli ostacoli all'applicazione degli interventi raccomandati (suggerire, se possibile, strategie per migliorare l'applicazione nel contesto locale)

Esistono diverse linee guida EBM (basate su revisioni sistematiche, graduate per livello e forza delle raccomandazioni e prodotte da panel multidisciplinari) sulla riabilitazione dello stroke.

Esse hanno un elevato livello di concordanza sui principali interventi raccomandati, sulle misure per la valutazione del paziente e l'efficacia degli interventi. Per la stesura del documento è stata utilizzata, come base scientifica di riferimento, le linee guida del NICE per l'aggiornamento, il rigore scientifico e la completezza dei quesiti clinici. Alcune raccomandazioni formulate da linee guida canadesi, australiane, italiane (SPREAD), concordi con quelle del NICE, sono state a volte preferite perché meglio si adattavano all'impostazione del testo.

Per ognuno dei setting di cura previsto dal percorso riabilitativo del paziente con ictus, sono riportati:

- la durata del periodo di assistenza
- i criteri di appropriatezza per l'accesso/scelta del setting assistenziale e per la dimissione/trasferimento ad altro setting o al domicilio
- gli obiettivi attesi generali e specifici
- i principali interventi di riabilitazione (e le diverse opzioni possibili) formulati come raccomandazioni di comportamento medio
- gli operatori coinvolti nell'assistenza/presa in carico
- gli indicatori di performance per l'audit

Questo specifico documento, in armonia con quanto già specificato nel documento approvato con decreto commissariale n. 23/2015, assume come principi prioritari l'appropriatezza della presa in carico e la sua verificabilità, l'erogazione tempestiva delle cure riabilitative, la continuità

**percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus**

dell'assistenza, la pianificazione e la partecipazione attiva da parte della struttura alla fase di transizione del paziente da un setting all'altro ed il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia.

NOTA: il documento :

- non affronta il tema dell'assistenza al paziente pediatrico
- può non essere esaustivo su eventuali interventi riabilitativi, che se pur appropriati, non hanno un impatto diretto sugli outcome clinici misurati nelle evidenze scientifiche considerate
- come per ogni documento evidence based gli interventi raccomandati non hanno una generalizzabilità del 100%; vanno considerati come raccomandazioni di comportamento medio applicabili alla maggior parte dei pazienti; gli operatori valuteranno e documenteranno di volta in volta la necessità di approcci diversi in pazienti che hanno caratteristiche che prevedono indicazioni a interventi diversi da quelli considerati
- non affronta in maniera esaustiva tutti gli interventi clinico-assistenziali per i quali si rimanda a documenti specifici di implementazione sull'assistenza al paziente con Stroke

Incidenza e prevalenza

Si intende per ictus un deficit neurologico focale o generalizzato (coma), i cui sintomi e segni persistono per almeno 24 ore. È una malattia a elevato tasso di incidenza e mortalità, che coinvolge un gran numero di persone, particolarmente gli anziani. Costituisce la seconda causa di morte nel mondo e la terza causa di disabilità.

I sopravvissuti spesso presentano significative limitazioni fisiche, cognitive e psicologiche.

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta un aumento d'incidenza degli eventi, mentre gli interventi farmacologici della fase acuta e il trattamento precoce delle complicanze determinano un aumento di sopravvissuti e quindi un maggior numero di soggetti con ridotta partecipazione e aumentata dipendenza, che generano alti costi sociali.

Incidenza di Ictus in Campania e in Italia nel 2013

Anno 2013	Soggetti osservati	Tasso grezzo / 100.000	Incidenza standardizzata	Rapporto tra incidenze	Median a	75° perc
Italia	76883	150	150	1	77	84
Campania	6565	135	164	1.09	76	83

Le stime sono state ottenute dalle schede di dimissione ospedaliera dei soggetti con primo ricovero per ictus, senza ricoveri per la stessa causa nei dieci anni precedenti; si osserva un tasso grezzo più basso nella nostra regione per effetto della distribuzione per età più giovane della Campania. Il rapporto standardizzato tra le incidenze mostra invece un rischio aumentato di circa il 10% e un lieve anticipo dell'età mediana. Il 25% dei pazienti ha più di 83 anni.

Oltre l'80% è rappresentato da ictus ischemico e circa il 10% dei colpiti muore entro 30 giorni; la mortalità è molto più alta se si considerano anche gli ictus emorragici (intraparenchimali e le emorragie subaracnoidee), arrivando al 20% circa; ad un anno raggiunge il 30%.

La principale causa di morte nella prima settimana è direttamente conseguente al danno cerebrale; seguono poi le cause di morte secondarie a complicanze. Tra queste sono più frequenti le polmoniti e le embolie polmonari. Anche piaghe da decubito e malnutrizione possono essere cause di morte, se non prevenute e trattate in modo adeguato.

Le complicanze relative alla fase acuta possono coinvolgere fino al 60% dei pazienti ospedalizzati e nei 2/3 dei casi possono essere multiple. Tutto ciò causa un aumento dell'ospedalizzazione in acuto e quella eventuale successiva in ambito riabilitativo.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Per quanto riguarda *la disabilità* residua: ad un mese dall'evento il 55% dei pazienti ha perso lo stile di vita precedente ed è dipendente da altri negli atti della vita quotidiana.

Tale percentuale può diventare molto più alta (fino al 95%) nel caso degli ictus ischemici gravi (gravi cerebrolesioni acquisite in cui il quadro clinico è complicato dalla presenza di un coma con un GCS <8 per almeno 24 ore: GCA), mentre è considerevolmente più bassa (fino al 45,5%) nelle sindromi lacunari e nelle sindromi del circolo posteriore

L'estrema variabilità nel grado di riduzione di capacità e performance che determinano una ridotta qualità di vita, che si può verificare dopo un ictus, rende necessario definire per ogni singolo paziente uno specifico progetto riabilitativo (Progetto Riabilitativo Individuale: PRI) e produrre, nell'ambito delle Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali un'organizzazione dei servizi tale da offrire risposte diversificate ai bisogni dei pazienti.

Gli aspetti chiave e prioritari per la realizzazione del percorso riabilitativo delle persone con ictus sono già stati descritti nel documento approvato con DCA 23/2015 e rappresentano le azioni che le aziende sanitarie devono porre in essere per la corretta applicazione anche delle indicazioni contenute nel presente documento.

I bisogni dei pazienti sono determinati non solo dalle condizioni cliniche, ma anche dal contesto familiare, da quello sociale, nonché dalle capacità e aspettative del paziente prima della malattia.

Un rapporto dell'OMS del 1989 suddivideva i pazienti rispetto alla prognosi riabilitativa in 3 gruppi:

1. Pazienti che recuperano anche senza intervento riabilitativo
2. Pazienti che possono migliorare solo grazie ad un intervento riabilitativo
3. Pazienti con ridotte possibilità di miglioramento a prescindere da qualsiasi tipo d'intervento riabilitativo.

Ogni anno, quindi, vi sarebbero in Campania circa 4.500 pazienti che devono ricorrere ad un trattamento riabilitativo post acuto.

Storia naturale del recupero

Il paziente affetto da ictus presenta un recupero spontaneo che può essere facilitato e guidato da un intervento riabilitativo appropriato.

Anche se la maggior parte del recupero sensitivo, motorio e cognitivo a seguito d'ictus avviene durante i primi sei mesi, recenti studi evidenziano che i meccanismi di plasticità sono presenti anche dopo. In questo periodo i comportamenti insufficienti o scorretti possono compromettere l'evoluzione del successivo recupero funzionale e l'outcome finale.

Si ritiene, pertanto, opportuno cercare di concentrare il maggiore sforzo organizzativo soprattutto nel periodo acuto e post acuto.

Fattori predittivi del recupero

Raccomandazione

È indicata l'identificazione dei fattori prognostici che possono influire sul recupero funzionale per pianificare adeguatamente l'assistenza e l'impiego appropriato delle risorse disponibili.

Infatti in molti casi l'organizzazione dell'assistenza è basata sulla previsione dell'evoluzione: in relazione alla ricorrenza di determinate situazioni a valore predittivo, potrà essere definito un programma assistenziale con minor rischio di utilizzo inappropriato di risorse .

In linea con le teorie cui s'ispira la classificazione internazionale delle funzioni ICF è possibile separare i parametri correlabili ad un esito funzionale in fattori "individuali" ed "extraindividuali",



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

“preesistenti all’evento morboso” ed “emergenti”, secondo la seguente tabella tratta dalle Linee Guida SPREAD:

Classificazione dei fattori prognostici della disabilità post-ictus

	fattori individuali	fattori extraindividuali
preesistenti	1. età 2. sesso 3. livello di autonomia premorboso 4. precedenti ictus 5. comorbidità	• ambiente socioeconomico • presenza di conviventi autonomi • organizzazione del sistema sanitario
emergenti	1. sede e gravità della lesione encefalica 2. gravità e complessità della espressione clinica: a. gravità del deficit stenico b. perdita del controllo sfinterico c. alterazione del tono muscolare d. emi-inattenzione spaziale e. afasia f. disturbi cognitivi g. disfagia 3. gravità del deficit funzionale: a. perdita del controllo del tronco b. perdita di autonomia nelle ADL 4. depressione e disturbi psichici	• organizzazione dell’assistenza all’ictus in fase acuta a. setting b. tempestività della presa in carico riabilitativa c. continuità dell’assistenza • reazioni emotivo/affettive del caregiver

Età: L’età avanzata è un fattore prognostico negativo indipendente.

Sesso: Il sesso non incide sul recupero anche se le donne sono ricoverate più a lungo poiché solitamente il caregiver primario è una donna.

Sede e tipo di lesione: Le lesioni lacunari (LACI), gli infarti del circolo posteriore (POCI) e gli infarti parziali del circolo anteriore (PACI) hanno una prognosi migliore rispetto a lesioni più estese.

Le lesioni complete del circolo anteriore (TACI) hanno la prognosi peggiore, se confrontate con le lesioni sottocorticali.

Le lesioni corticali, inoltre, correlano con il peggior recupero in base alle dimensioni dell’area cerebrale colpita. Le lesioni dei nuclei della base e della capsula interna producono una flaccidità prolungata e sono anche correlate con una prognosi negativa.

Gravità della disabilità iniziale: Questo dato è importante per giudicare la modificabilità del quadro clinico e la possibilità di incidere in maniera significativa attraverso un adeguato setting riabilitativo.

Nella valutazione dell’approccio riabilitativo è indicato considerare la gravità del quadro clinico dell’ictus (coma all’esordio, incontinenza sfinterica, persistenza di gravi deficit, assenza del controllo del tronco) e la presenza di condizioni in grado di influenzare negativamente il recupero dell’autonomia (alterazioni gravi del tono muscolare, disfagia, emi-inattenzione, afasia globale).



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Il coma all'esordio, la persistenza della perdita di controllo sfinterico e la lunga durata della plegia rappresentano indicatori predittivi sfavorevoli nei confronti del recupero dell'autonomia.

Una persistente flaccidità o una grave spasticità rappresentano condizioni in grado di influenzare negativamente il recupero della motilità.

Gradi intermedi di perdita dell'autonomia e l'acquisizione del controllo del tronco si associano a una maggiore efficacia del trattamento riabilitativo.

Rapporto temporale con evento acuto: Vi è una diretta relazione tra l'outcome motorio e l'inizio del trattamento riabilitativo: minore è questo gap migliore è l'outcome. L'outcome cognitivo invece non è influenzato da tale fattore.

Presenza di disfagia: è associato negativamente all'outcome.

Deficit cognitivi e livello di coscienza: La diminuzione del livello di coscienza in fase acuta è un altro indice predittivo negativo.

Anche il deficit cognitivo in generale influenza negativamente il recupero.

L'afasia iniziale non è correlata con il recupero motorio.

Una grave afasia condiziona negativamente il recupero dell'autonomia nelle attività quotidiane.

Il neglect si associa ad un minor recupero funzionale anche se non è dimostrato quanto sia importante il suo ruolo in assenza di altri fattori. Può favorire ripetuti incidenti e correla con un maggior deficit nelle attività della vita quotidiana.

L'eminattenzione spaziale influenza negativamente il recupero delle prestazioni motorie.

Mancato recupero del controllo sfinterico-vescicale: è un fattore prognostico negativo.

Criteri d'inclusione dei soggetti

I pazienti che possono essere inclusi in questo percorso sono quelli che rientrano nel gruppo del MDC01 identificati, in fase acuta, dai seguenti codici ICD9:

430 (Emorragia subaracnoidea), 431 (Emorragia cerebrale), 432 (Altre e non specificate emorragie intracraniche), 433 (Occlusione e stenosi delle arterie precerebrali), 434 (Occlusione delle arterie cerebrali), 436 (Vasculopatie cerebrali acute, mal definite).

Il Team Riabilitativo

Come già in altra sede indicato, il percorso unico integrato si realizza attraverso la presa in carico multi/interprofessionale integrata da parte del team riabilitativo, di norma coordinato dal medico specialista in riabilitazione.

Il team multidisciplinare per la riabilitazione dell'ictus dovrebbe comprendere i seguenti professionisti con esperienza nella riabilitazione dello stroke:

1. Medico specialista in riabilitazione
2. Medici specialisti consulenti
3. Fisioterapista
4. Infermiere
5. Logopedista
6. Terapista occupazionale
7. Psicologo
8. Assistente sociale



LA GESTIONE RIABILITATIVA

Fase acuta ospedaliera

La prima fase dell'assistenza ai fini riabilitativi si sovrappone cronologicamente agli interventi medici e assistenziali propri della fase emergenziale ed acuta con i quali si integra. Queste iniziali azioni sono finalizzate alla prevenzione delle complicanze favorite dalla situazione di immobilizzazione e da altre condizioni, ed a porre le premesse per un ottimale recupero biologico e funzionale.

Obiettivo generale dell'intervento riabilitativo in questa fase è pertanto quello di prevenire le complicanze, contenere i fattori che possono ostacolare il recupero, promuovere il recupero di funzioni e contestualmente di preparare il passaggio alla successiva fase riabilitativa il più rapidamente possibile.

Obiettivi specifici sono:

- Contenimento dell'instabilità clinica
- Prevenzione del danno secondario e terziario
- Formulazione della prima prognosi funzionale
- Organizzazione della risposta assistenziale, finalizzata alla fase di acuzie
- Valutazione alla dimissione con individuazione del setting riabilitativo post acuzie appropriato e pianificazione della transizione ad altro setting assistenziale
- Informazione, educazione e coinvolgimento del paziente e della famiglia.

Setting: Unità Operative per Acuti:

- Neurologia/Stroke Unit
- Medicina
- Geriatria
- Neurochirurgia
- Altre UO Ospedaliere presso le quali si verificano casi di stroke primario o secondario ad interventi.

Durata della degenza:

Variabile in rapporto al diverso spettro di gravità che può assumere l'ictus; la mediana è di circa 8 giorni e la maggior parte dei pazienti ha una degenza compresa tra 1 e 3 settimane.

Raccomandazione

Tutti i pazienti ammessi all'ospedale con uno stroke acuto dovrebbero essere ricoverati nelle "Stroke Unit" (SU)

È dimostrato che l'assistenza erogata in strutture specifiche e con personale multidisciplinare dedicato, che segue il paziente in tutto il suo percorso, garantisce un migliore outcome, una riduzione del livello di dipendenza e una riduzione della mortalità. I vantaggi delle SU in termini di mortalità ridotta, migliore outcome funzionale e dipendenza sono evidenti a 1 anno ma permangono, anche se con minore evidenza anche a 5 e 10 anni.

Le Clinical Guid. Str. Reh. And Rec. 2005 australiane individuano diversi modelli organizzativi:

1. acute stroke ward: reparto per acuti per pz affetti da Stroke
2. comprehensive stroke unit: acuto + riabilitazione



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

3. stroke rehabilitation unit: reparto riabilitativo dove il paziente è trasferito dopo 1-2 settimane dal episodio acuto
4. mixed rehabilitation ward: unità di RRF

Raccomandazione

Costituire un team riabilitativo entro 48 ore dall'ammissione del paziente al fine di prendere in carico il paziente per la valutazione ed i primi interventi

La realizzazione degli interventi riabilitativi, anche in fase acuta, prevede la costituzione del team riabilitativo. In questo setting assistenziale specifico dovrebbe essere garantita la presenza di almeno il medico specialista in riabilitazione, il fisioterapista, il logopedista e l'assistente sociale. Il team, integrato a quello clinico dell'UO di degenza, provvede alla valutazione iniziale, attraverso l'uso di scale standardizzate e validate, alla formulazione di una prima proposta di progetto riabilitativo individuale - all'interno della quale siano comprese la realizzazione del programma redatto sulla base della gravità - alla valutazione, all'atto della dimissione e utilizzando le stesse scale, alla pianificazione del trasferimento al setting assistenziale sulla base della gravità della disabilità, del margine di modificabilità e al numero di funzioni compromesse. Il personale dovrebbe avere una formazione specifica per l'ictus e per il lavoro in team.

Raccomandazione

Tutti i pazienti con stroke acuto dovrebbero avere una valutazione iniziale che determini la severità e le prime necessità riabilitative; la valutazione deve essere effettuata da personale della riabilitazione (medici specialisti e professionisti della riabilitazione), preferibilmente entro le prime 24 – 48 ore ed includere:

- *valutazione funzionale (attraverso l'uso di NIHSS, BARTHEL INDEX / FIM, MRS, MMSE)*
- *comorbidità (CIRS)*
- *margine di modificabilità, valutato sulla base dei fattori predittivi e di quanto emerge dalla valutazione e dall'esito dei primi programmi riabilitativi*
- *livello di gravità*

Obiettivi generali della valutazione devono essere quello di documentare la diagnosi d'ictus, l'eziologia, l'area cerebrale coinvolta, le manifestazioni cliniche, le comorbidità, lo stato clinico e funzionale precedente all'evento. Le informazioni sono utili a stabilire i trattamenti necessari durante le fasi della malattia acuta, stabilire quanto il paziente possa beneficiare della riabilitazione, individuare il setting riabilitativo successivo più appropriato.

Perché tali obiettivi siano concretamente raggiunti è necessario che:

1. la valutazione avvenga in modo standardizzato per facilitare la riproducibilità sia per lo stesso operatore in tempi diversi sia tra diversi operatori;
2. la valutazione sia documentata nella cartella clinica.

A tale scopo si raccomanda, ai fini di una presa in carico realmente omnicomprensiva, sulla base della quale formulare la proposta di progetto, in aggiunta alle valutazioni funzionali, l'inquadramento generale dello stato di salute del paziente utilizzando la forma ridotta della classificazione ICF (Stroke Core Set).

Raccomandazione

Tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a screening per disfagia entro 24 ore, da parte di personale addestrato. Al ricovero è necessario valutare attentamente la possibilità di



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

somministrare alimenti, liquidi e farmaci per via orale; lo screening iniziale dovrebbe essere eseguito attraverso:

- osservazione iniziale del livello di coscienza
- osservazione del grado di controllo posturale
- osservazione dell'igiene orale e del controllo delle secrezioni orali
- un test di deglutizione d'acqua (Water Swallow Test, se appropriato)

Se lo screening evidenzia problemi di deglutizione il paziente dovrebbe ricevere una valutazione specialistica, (Bed Side Examination, videolaringoscopia), preferibilmente entro 24 ore e non più tardi di 72 ore; se possibile utilizzare la scala DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale) e la PAS (Penetration Aspiration Scale) per classificare il grado di severità della disfagia e orientare le decisioni assistenziali e riabilitative

Raccomandazione

I pazienti che non sono in grado di assumere alimenti e fluidi per via orale dovrebbero ricevere:

- alimentazione attraverso sondino nasogastrico entro 24 ore dall'ammissione
- una consulenza specialistica per una dettagliata valutazione nutrizionale, programma personalizzato e piano di monitoraggio.

Raccomandazione

Nei pazienti con disfagia il trattamento è indicato come parte della terapia logopedica e dovrebbe essere effettuato, nei pazienti in grado di partecipare, attraverso strategie di compenso posturale, esercizi e modifica della consistenza degli alimenti.

Molti pazienti con ictus non sono in grado di deglutire con sicurezza; la valutazione precoce della disfagia è di fondamentale importanza per evitare polmoniti da aspirazione, complicanza associata a mortalità e esiti funzionali peggiori; permette inoltre di programmare interventi tempestivi di nutrizione e idratazione alternativi per evitare malnutrizione associata ad aumentato rischio di lesioni da decubito, allungamento della degenza e peggiori esiti funzionali.

Raccomandazione

Gli infermieri, in collaborazione con il personale della riabilitazione, dovrebbero posizionare i pazienti per ridurre al minimo i rischi di complicanze quali, contratture, affezioni respiratorie e lesioni da decubito. Tutti i membri del gruppo multidisciplinare, compresi i familiari, dovrebbero essere addestrati al corretto posizionamento.

Raccomandazione

Ogni paziente dovrebbe essere posto seduto su carrozzina standard o con schienale regolabile entro le prime 24 ore, senza alcuna differenza tra paziente affetto da ischemia o da emorragia.

La modificazione precoce della postura è considerata una componente chiave nella cura dell'ictus acuto; aiuta a mantenere la saturazione di ossigeno e riduce la probabilità di polmoniti ipostatiche; sono state inoltre evidenziate riduzione del rischio di depressione, di complicazioni correlate all'immobilità e riduzione dei costi complessivi dell'assistenza.

Raccomandazione

Ogni paziente dovrebbe ricevere intervento riabilitativo precoce e la mobilizzazione segmentaria per prevenire le complicanze e la disabilità.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

La maggior parte dei pazienti presenta un deficit di mobilità, ragione per cui la mobilitazione rappresenta l'elemento fondamentale dell'intervento riabilitativo motorio in fase acuta. La frequenza e l'entità della mobilitazione dipendono dalle condizioni del paziente. Pur essendo quest'area di bisogno di competenza del fisioterapista, tutto il gruppo dovrebbe conoscere e condividere il programma e le tecniche.

Raccomandazione

È necessario, dopo attenta valutazione, mettere in atto interventi per favorire il recupero delle funzioni di sostegno e mantenimento del tronco, migliorare le reazioni di equilibrio, la programmazione, l'esecuzione ed il controllo dei movimenti volontari, oltre che la percezione dello spazio corporeo ed extracorporeo.

Sin da questa fase il paziente deve essere guidato quanto prima alla verticalizzazione e al recupero dei movimenti funzionali. Questi obiettivi sono subordinati ad un buon controllo del tronco e dell'equilibrio posturale, che deve essere ricercato in fase precoce per una maggiore efficacia del trattamento riabilitativo.

Raccomandazione

È necessario prevenire la spalla dolorosa, identificare la presenza di fattori che provocano esacerbazione e trattarli adeguatamente; le strategie di protezione dell'articolazione prevedono il posizionamento, la corretta mobilitazione e il supporto dell'arto; evitare di esercitare trazione sull'arto durante lo spostamento dei pazienti e di usare l'arto plegico per le infusioni; il terapeuta dovrebbe educare staff e familiari sulla corretta gestione del braccio emiplegico.

L'incidenza di dolore alla spalla a seguito di un ictus è molto alta, intorno al 70%. Tra i pazienti che presentano dolore entro la prima settimana dall'evento i 2/3 continueranno ad averlo ad un anno dopo l'ictus. Sostenere l'arto flaccido riduce la possibilità di sublussazione; importante il coinvolgimento del paziente e dei parenti nelle tecniche di prevenzione; è necessario utilizzare sostegni che siano più stabili dei cuscini.

Raccomandazione

È necessario provvedere all'attivazione dei muscoli respiratori e all'igiene tracheo bronchiale anche attraverso frequenti cambi posturali, il precoce posizionamento in sedia, l'idratazione, l'aerosolterapia, l'incentivazione dell'attività respiratoria.

L'incentivazione della ventilazione autonoma, attraverso l'esecuzione di esercizi respiratori ed il posizionamento adeguato al fine di favorire l'espansione in tutti i settori polmonari, appare in grado di ostacolare l'ipoventilazione basale. Nei soggetti con coscienza compromessa, l'acquisizione di posizioni che favoriscono il drenaggio bronchiale e l'eventuale attuazione di manovre che favoriscono l'espulsione delle secrezioni bronchiali, possono evitare condizioni predisponenti infezioni polmonari o l'ipossia.

Raccomandazione

Tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a screening per rilevare la presenza di deficit cognitivi – comprese le funzioni emotive – che, se presenti, devono essere identificati attraverso la valutazione con strumenti validati e affidabili prima di pianificare un programma di trattamento.

Raccomandazione

Se lo stato di coscienza lo consente, tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a screening per problemi di comunicazione entro 72 ore dall'ammissione, per evidenziare la presenza di afasia e/o



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

disartria. In ogni struttura dovrebbe essere presente un protocollo standardizzato per lo screening dei deficit di comunicazione quali: I-FAST (Ita – Frenchay Aphasia Screening) – AABT (Aachen Aphasia Bedside Test) – ELLM (Esame del Linguaggio a letto del malato)

La valutazione del linguaggio in fase acuta ha caratteristiche e finalità che sono legate all'esigenza di individuare i soggetti afasici o disartrici da sottoporre successivamente a terapia logopedica e dare indicazioni sull'eventuale approfondimento della valutazione neuropsicologica. La somministrazione di scale di valutazione neurologica ha lo scopo di contribuire, assieme alla valutazione degli altri sintomi cognitivi e motori, alla definizione della gravità ed evoluzione del quadro neurologico, stabilire la presenza di afasia.

In generale un'analisi del linguaggio deve includere i seguenti aspetti: linguaggio spontaneo, ripetizione di parole e frasi, comprensione del linguaggio orale e scritto, denominazione, lettura e scrittura.

Raccomandazione

Nei pazienti con difficoltà di comunicazione dovrebbero essere fornite adeguate informazioni, educazione e training al personale di assistenza e ai familiari per aiutarli a comunicare in modo efficace con il paziente.

Raccomandazione

Tutti i pazienti con ictus, alla dimissione dal reparto per acuti, devono essere rivalutati con le stesse scale utilizzate all'ammissione per misurare l'evoluzione della condizione e inquadrati attraverso l'ICF core set per lo stroke.

Sulla base della gravità della disabilità e del potenziale di recupero, devono essere indirizzati al setting assistenziale appropriato. La cartella del reparto per acuti deve documentare la valutazione effettuata; essa deve essere riportata nel modulo di epicrisi che accompagna il paziente.

Indicatori di performance:

1. % di pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro 48 ore dal ricovero
2. % di pazienti che vengono sottoposti a valutazione della gravità dell'Ictus (NIHSS) con valore in relazione di dimissione
3. % di pazienti che vengono sottoposti a screening per la disfagia
4. % di pazienti con trasferimento diretto nel setting riabilitativo indicato nel PRI
5. % di pazienti che vanno incontro a complicanze:
 - % di pazienti con trombosi venose periferiche
 - % di pazienti con complicanze polmonari
 - % di pazienti con lesioni da decubito
 - % di pazienti con infezioni urinarie
 - % di pazienti che alla dimissione sono portatori di catetere vescicale

Implicazioni organizzative, strutturali e di dotazione

Il modello organizzativo per la gestione del paziente con ictus deve prevedere una rete di assistenza che individui un numero di strutture in grado di garantire gli interventi descritti nelle raccomandazioni. L'organizzazione deve prevedere ambienti dedicati, la disponibilità di team multidisciplinari e la formazione continua/specializzazione del personale di assistenza; le strutture dovranno essere in grado di raggiungere volumi minimi di attività specifica che giustificano tale complessità organizzativa (es. un ambiente dedicato a due letti, con i tempi di degenza mediani di



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

otto giorni, richiede almeno 50 pz. anno per essere utilizzati in modo efficiente; questi volumi consentono riunioni periodiche del team almeno due volte a settimana per la presa in carico di nuovi pazienti e la valutazione di quelli già ricoverati).

Le Aziende sanitarie devono disporre di un numero di ausili (es. sedie, materassi antidecubito, sollevatori etc.) sufficiente a soddisfare le richieste del reparto di ricovero.

Le Direzioni delle Aziende sanitarie devono organizzare le proprie risorse riabilitative in modo da dare priorità all'assistenza dello stroke e garantire team multidisciplinari essenziali per ogni struttura abilitata al ricovero dello stroke in fase acuta.

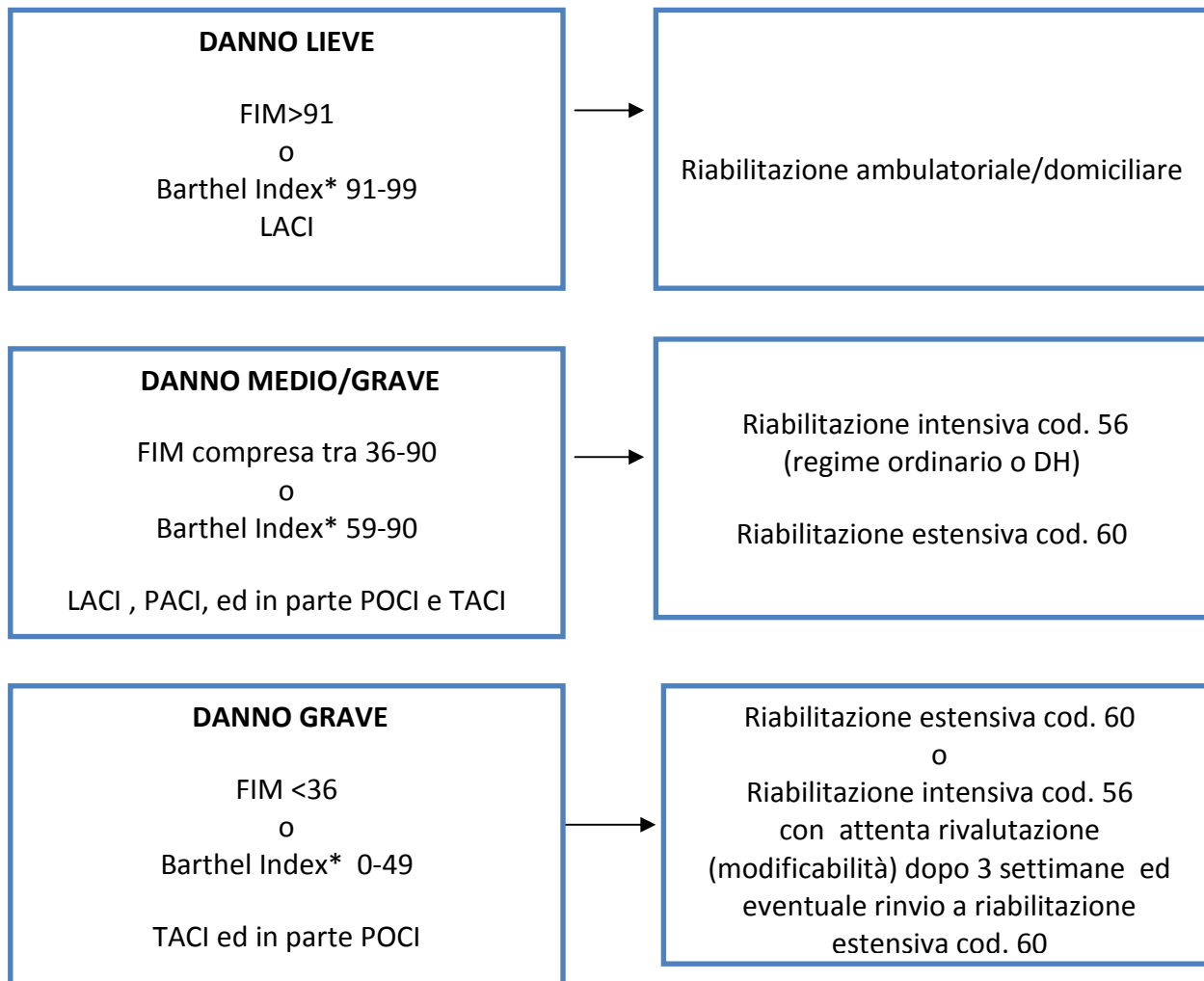
Le Direzioni delle Aziende sanitarie devono pianificare attività formative specifiche per il personale coinvolto nell'assistenza al paziente con stroke e alla partecipazione a team multidisciplinari per acquisire la abilità necessarie ad erogare gli interventi di valutazione e terapia indicati nelle raccomandazioni.

Le Direzioni Sanitarie delle strutture ospedaliere che ricoverano pazienti con ictus, in accordo con il Team Riabilitativo, devono pianificare in modo condiviso con il paziente e i familiari il trasferimento ad altro setting assistenziale.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

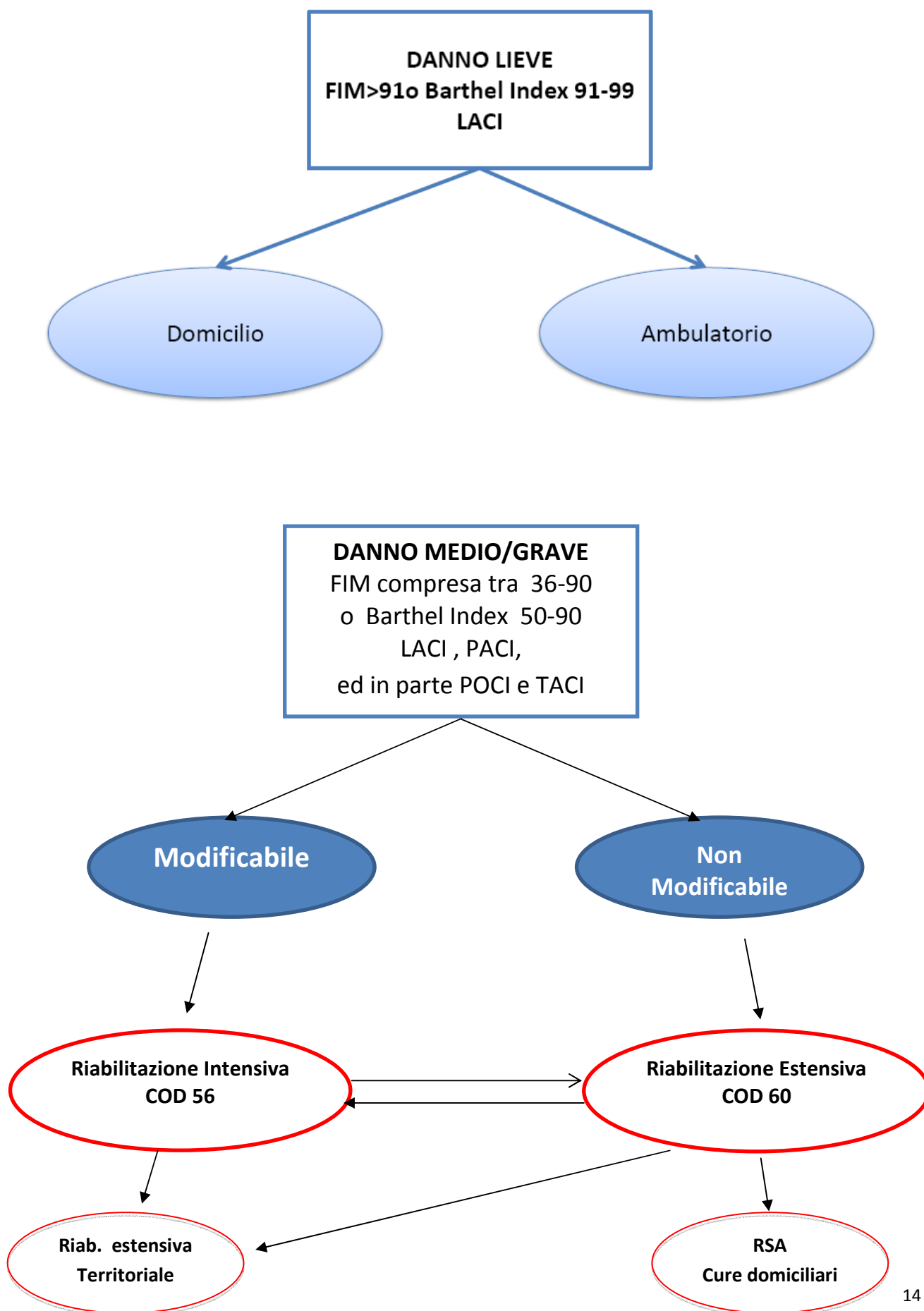
Criteri d'indicazione al trasferimento in altro setting riabilitativo:



*Shah S, Vanclay F, Cooper B (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 42, 703 - 709

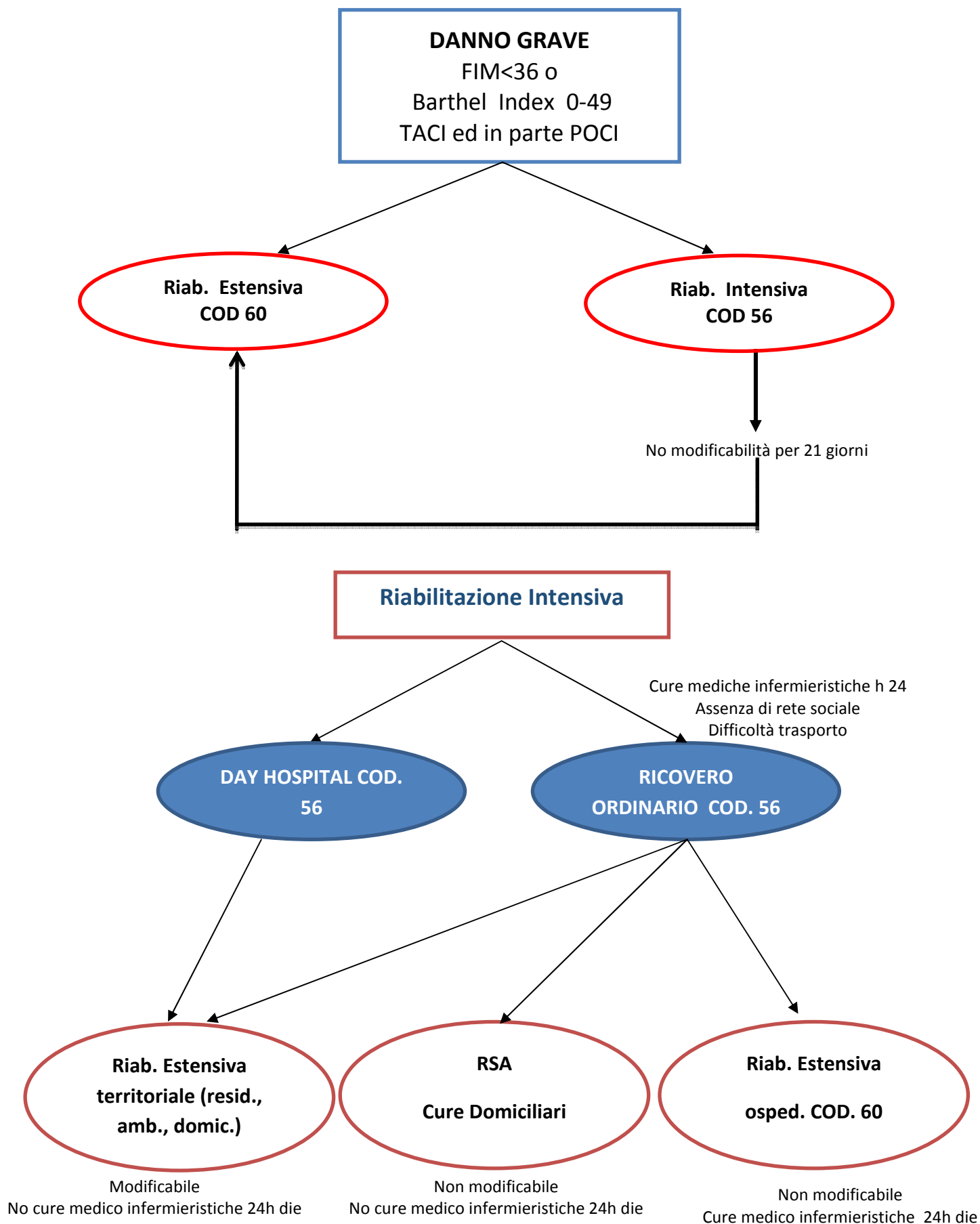


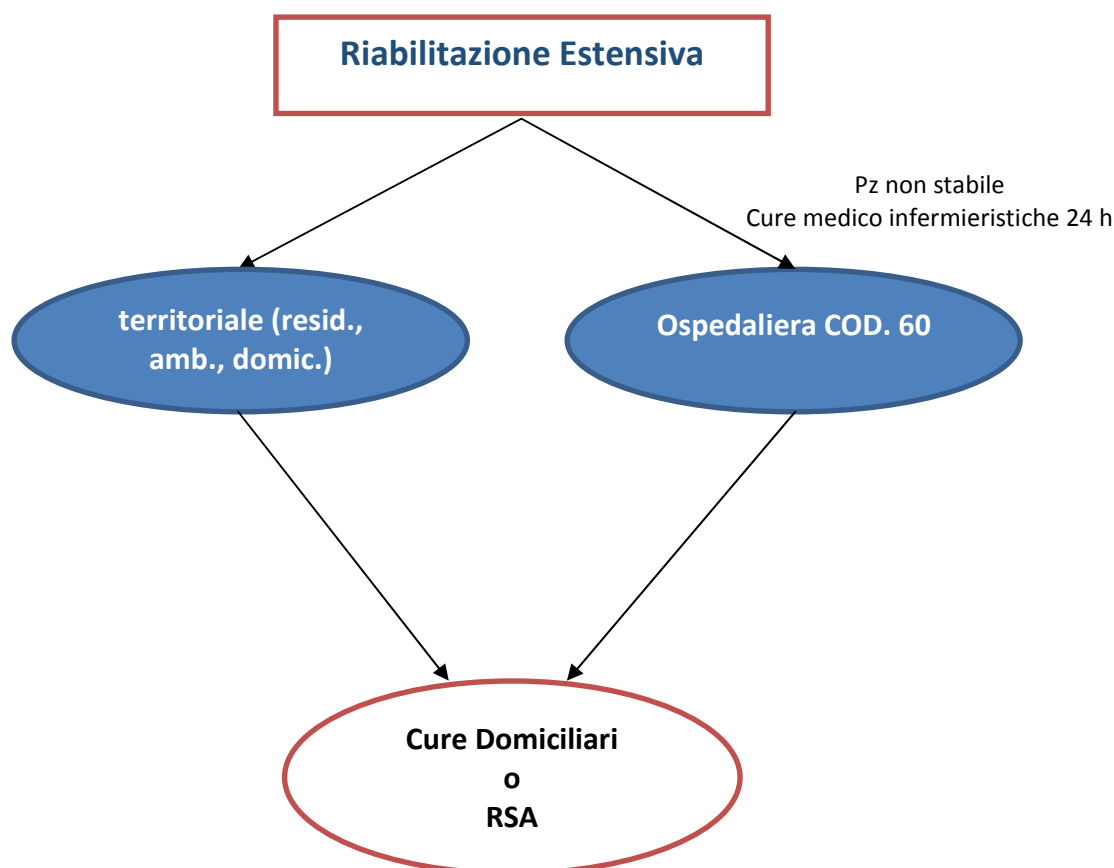
percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus





percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus



**percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus**

La degenza in UO di Riabilitazione intensiva è dedicata a persone che hanno buone prospettive di recupero in tempi relativamente rapidi ed in grado di poter essere sottoposte (dopo i primi giorni), nell'ambito dell'assistenza h 24, ad almeno 3 ore di riabilitazione di cui almeno 135 minuti dedicati al trattamento individuale effettuato dai professionisti della riabilitazione attraverso programmi specifici.

Tali indicazioni sono orientative e non dipendono solo dalla condizione clinica del paziente ma anche dalla disponibilità contingente del relativo setting riabilitativo.

È possibile che il paziente sostenga in reparto di cod. 60 per qualche giorno se non vi è disponibilità immediata di posto letto intensivo.

Se un paziente ha le caratteristiche cliniche da setting estensivo ma non vi è disponibilità di posto letto è indicato possa essere ricoverato in intensiva con l'indicazione però di rivalutazione dopo 3 settimane; se non vi è evolutività significativa della condizione clinica (mancato rispetto del criterio di modificabilità del quadro clinico) vi è indicazione al trasferimento in estensiva.

Se il paziente ha una disabilità clinica lieve deve essere precocemente indirizzato alle strutture territoriali. In carenza di disponibilità di trattamento territoriale è indicato un breve trattamento in regime intensivo.

Nei soggetti con disabilità residua medio-lieve, che non necessitano di un approccio intensivo, in alternativa al ricovero prolungato, è indicato pianificare l'attività di riabilitazione nelle strutture territoriali, supportata da un team multidisciplinare esperto che agisca in sinergia e continuità con il team della struttura ospedaliera.



LA GESTIONE RIABILITATIVA

Fase Post acuta

La fase della riabilitazione post acuta può realizzarsi, sulla base dei criteri precedentemente descritti, in diversi setting assistenziali a seconda dello stato funzionale, dei problemi medici associati e della situazione sociale di ogni paziente.

Il Progetto Riabilitativo Individuale indica gli obiettivi differenziati e personalizzati che orientano il percorso riabilitativo che deve essere sempre realizzato in strutture specializzate da parte di personale addestrato, tenendo conto delle esigenze a lungo termine del soggetto colpito dall'evento cerebrovascolare acuto.

Di seguito sono descritti gli obiettivi generali e specifici, la durata, gli strumenti di valutazione e gli interventi di riconosciuta efficacia appropriati per tutta la fase post acuta, in qualunque setting essa si realizzi, sia ospedaliero che territoriale.

E' di fondamentale importanza assicurarsi che:

- il paziente e la famiglia siano consapevoli degli esiti derivanti dalla patologia e pienamente coinvolti nella continuità assistenziale e riabilitativa;
- il medico di medicina generale, i distretti sanitari ed i servizi sociali siano informati al fine di garantire la continuità assistenziale, ognuno secondo le proprie competenze e senza ritardi;
- paziente e familiari ricevano un'adeguata informazione anche sulla presenza di associazioni di supporto e gruppi di volontariato;
- all'interno del progetto riabilitativo siano inseriti i programmi necessari a realizzare gli adeguati adattamenti ambientali per la riorganizzazione degli spazi abitativi.

Obiettivo Generale

Orientamento e ottimizzazione della riorganizzazione bio-funzionale del sistema nervoso centrale, raggiungimento di un quadro soddisfacente di autonomia nelle attività della vita quotidiana e del maggiore recupero possibile di abilità che condizionano lo svantaggio personale sociale ed economico.

Nei casi più gravi gli obiettivi del trattamento sono rappresentati dal contenimento della richiesta di assistenza per le attività della vita quotidiana.

È pertanto necessario perseguire anche i seguenti obiettivi che si sviluppano attraverso 5 linee di intervento:

1. prevenzione, individuazione e trattamento delle malattie associate e delle complicazioni legate alla fase acuta;
2. sostegno al paziente, ed a quanti si occupano di lui, finalizzato a sopportare il peso psicologico della malattia e a facilitare l'adattamento;
3. prevenzione della disabilità secondaria, promuovendo la reintegrazione nella famiglia, come nucleo essenziale della comunità in cui il soggetto viveva, ma anche se possibile, nelle attività lavorative e ricreative;
4. miglioramento della qualità della vita ottimizzando la gestione della disabilità residua;
5. prevenzione delle recidive e delle altre patologie vascolari associate;

A questi irrinunciabili punti va aggiunto, nell'ambito della più moderna visione riabilitativa, anche l'obiettivo di favorire la riorganizzazione plastica del sistema nervoso centrale.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi devono essere basati sulle reali possibilità di recupero, quantificati mediante appropriate misure cliniche e/o strumentali di esito, stabiliti in maniera condivisa dal team riabilitativo come tappe intermedie dell'obiettivo finale, concordati con il paziente o con il suo caregiver.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Questi obiettivi sono generalmente individuati in specifiche aree funzionali, per ciascuna area il Team individua un professionista che coordina gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi individuati e ne è responsabile; le azioni per il raggiungimento degli obiettivi di ciascuna area non sono necessariamente confinati ad una specifica attività professionale.

Tutti gli obiettivi specifici sono contenuti in un unico quadro riassuntivo dei programmi riabilitativi del PRI, di cui complessivamente è responsabile il medico specialista in riabilitazione.

Setting

U.O. di riabilitazione intensiva cod. 56 (ordinario e DH)

U.O. di riabilitazione estensiva cod. 60

Struttura di riabilitazione residenziale/semiresidenziale territoriale

Centro ambulatoriale/domiciliare di riabilitazione

Durata

Il trattamento standard per la fase post-acuta dura, nel suo insieme, di norma 6 mesi complessivi (a parte per i disturbi cognitivi e del linguaggio che vanno prolungati fino a 12-18 mesi), salvo documentati casi di permanenza della modificabilità, e comunque il trattamento deve essere sospeso qualora dalla valutazione non venga documentata alcuna evoluzione.

Strumenti per la valutazione globale del paziente

NIHSS, BARTHEL INDEX o FIM, MRS, MMSE

Gli strumenti per le specifiche valutazioni sono inseriti in ciascuna specifica area funzionale.

Aree di intervento riabilitativo

Al momento della presa in carico il paziente deve essere valutato, attraverso l'uso di scale standardizzate e validate, per identificare la presenza di deficit che, se presenti, devono essere trattati attraverso la riabilitazione il più presto possibile. La valutazione deve comprendere:

1. Funzioni cognitive ed esecutive
2. Linguaggio e comunicazione
3. Deglutizione, stato nutrizionale e continenza
4. Funzioni senso-motorie
5. Autonomia e ausili

Interventi di riconosciuta efficacia e relativi strumenti di misura

Il Progetto Riabilitativo deve identificare outcomes: rilevanti per il paziente, focalizzati sull'attività e la partecipazione, stimolanti ma raggiungibili, e includere elementi a breve e a lungo termine.

La valutazione delle persone con ictus dovrebbe considerare le loro abilità pregresse, la compromissione delle funzioni neuropsicologiche (cognitive, emozionali e comunicative), la compromissione delle funzioni corporee, incluso il dolore, la limitazione delle attività e la restrizione alla partecipazione, i fattori ambientali (sociali, fisici e culturali) secondo il modello dell'ICF. E' raccomandato l'utilizzo dello Stroke Core Set nella versione comprensiva.

Gli obiettivi previsti dal progetto riabilitativo dovrebbero essere verificati all'interno di un piano di controllo, ogni 2 settimane, che consenta di dimettere il paziente quando essi siano stati raggiunti.

Il raggiungimento di determinati obiettivi terapeutici dipende non solo dalle specifiche funzioni compromesse, ma da una serie di fattori fisici, psichici e di contesto la cui presenza influenza la possibilità di recupero e spesso richiede adattamenti della proposta terapeutica; un'accurata valutazione e inquadramento su tutti questi aspetti è fondamentale per mettere in sicurezza il paziente, definire obiettivi realistici e organizzare/iniziare tempestivamente la riabilitazione.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Gli aspetti psicologici e di partecipazione possono non essere presenti/valutabili all'ammissione del paziente per cui è opportuno che siano ricercati/rivalutati anche in una fase successiva del ricovero. Una strategia che definisca e condivida con il paziente o caregiver obiettivi misurabili ha un impatto positivo sull'umore, sulla sua partecipazione, sull'autostima e sull'imbarazzo a stare insieme alle altre persone. L'importante è che il paziente e/o il caregiver sia coinvolto nell'identificazione degli obiettivi per lui più rilevanti (outcome patient centered); questo approccio prevede periodici incontri del team con il paziente per misurare e condividere risultati e il prosieguo del programma terapeutico.

1. Funzioni cognitive ed esecutive

La compromissione delle funzioni cognitive rappresenta una frequente complicanza dell'ictus. I quadri clinici che si manifestano con maggiore frequenza sono disturbi:

- del linguaggio (descritti al punto 2)
- della percezione/esplorazione/rappresentazione dello spazio personale e extra-personale (eminegligenza spaziale)
- delle capacità gnosiche e prassiche
- delle capacità di percezione visiva.

È importante una valutazione cognitiva in fase precoce e in fase di stabilizzazione, data l'interazione tra incidenza di deficit neuropsicologici e recupero funzionale. Il Mini Mental State Examination (MMSE) è il test più utilizzato per valutare il funzionamento cognitivo globale e quindi tutti i pazienti dovrebbero essere sottoposti a tale esame screening.

In caso di presenza di alterazioni all'MMSE dovrebbe poi essere effettuata un approfondimento della **valutazione cognitiva** (memoria, funzioni esecutive e dell'attenzione) e, se rilevata la presenza di deficit, osservare il loro impatto sull'esecuzione di compiti funzionali ed utilizzare interventi diretti a compiti funzionali rilevanti anche attraverso strategie compensatorie.

Test da utilizzare:

Memoria

verbale a breve termine	Span di parole e di numeri
verbale a lungo termine	Memoria di prosa
spaziale a breve termine	Test di Corsi
spaziale a lungo termine	Rievocazione della Figura di Rey

Attenzione

selettiva/sostenuta	Matrici attenzionali
integrazione visuo-motoria	Trail Making Test Ae B

Eminegligenza

I Test di Albert e Diller.

E' indicata la riabilitazione dei deficit cognitivi, definita come un insieme sistematico, orientato in senso funzionale, di attività terapeutiche, basato sulla valutazione e comprensione dei deficit cerebrali e comportamentali del paziente.

Diversi sono gli approcci con cui questa pratica riabilitativa si realizza, quali:

1. rinforzo-recupero di schemi comportamentali precedentemente acquisiti;
2. creazione di nuovi schemi comportamentali attraverso meccanismi cognitivi che compensano il deficit neurologico;
3. creazione di nuovi pattern di attività mediante meccanismi compensatori esterni (adattamenti ambientali, supporto sociale o altre forme di "protesizzazione ecologica");



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

4. adattamento al deficit, lì dove non sia possibile intervenire per modificarlo o compensarlo, al fine di migliorare comunque il livello funzionale.

In caso di presenza di eminegligenza spaziale dovrebbe essere effettuata una valutazione degli effetti sui compiti funzionali quali il movimento, vestirsi, mangiare e usare una carrozzina, utilizzando valutazioni standardizzate e osservazione del comportamento.

E' da notare che i deficit dell'orientamento spaziale e dell'attenzione comportano un peggioramento degli esiti funzionali di un soggetto colpito da ictus.

Il trattamento dell'aprassia, deve essere mirato a favorire il miglioramento dell' autonomia quotidiana promuovendo la capacità di attuare attività funzionali nelle ADL mediante strategie di compenso o di reintegrazione del gesto secondo i modelli neurofisiologici più condivisi.

Le persone con ictus hanno spesso deficit cognitivi multipli che vengono troppe volte considerati, valutati e trattati isolatamente. Le modalità di trattamento dovrebbero invece riconoscere la complessità delle difficoltà individuali e così come esse si concretizzano nella vita reale.

E' importante verificare la presenza di depressione del tono dell'umore, assicurarsi la motivazione e la costante collaborazione del paziente e dei familiari ed utilizzare il consueing in-formativo rivolto ai familiari (Parent's Training) e ai caregivers per ridurre lo stress psicologico ed il carico emotivo correlato al carico assistenziale.

La Scala di Hamilton per la depressione può essere utilizzata per valutarne l'entità.

2. Linguaggio e comunicazione

L'incidenza di comparsa di afasia in seguito a stroke varia, a secondo gli studi, tra il 21% e il 38% con prevalenza simile tra i due sessi.

Vi è ampio consenso che il miglior "recupero spontaneo" si realizza entro i primi 6 mesi successivi all'evento acuto e prosegue fino al primo anno ed oltre, se viene intrapresa una adeguata terapia logopedica, anche se non è ancora ben chiaro quale sia il limite temporale entro il quale tale processo si concluda.

La valutazione logopedica deve includere: analisi del linguaggio spontaneo, ripetizione di parole e frasi, comprensione del linguaggio orale e scritto, denominazione, lettura e scrittura, e deve essere effettuata utilizzando batterie standardizzate, quali: Test dei gettoni, Esame del Linguaggio II, ELLM (Esame del linguaggio a letto del malato) WABIT (Western Aphasia Battery versione italiana), NIHSS.

La valutazione, secondo un approccio cognitivo, indaga in modo più efficace i processi sottostanti le competenze fonologiche, semantico lessicali, morfosintattiche e prevede un esame neuropsicologico per l'afasia: B.A.D.A. (Batteria per Analisi dei Deficit Afasici), E.N.P.A. (Esame Neuropsicologico per l'Afasia) abbinato al Test dei gettoni, E' anche indicata la valutazione funzionale della comunicazione in quanto può contribuire alla definizione degli obiettivi della terapia logopedica e consente di quantificare la generalizzazione del recupero avvenuto anche nel contesto comunicativo globale: CADL, (Communicative Abilities in Daily Living), CADL2 (Communicative Abilities in Daily Living – Revised).

Trattamento: la riabilitazione deve essere mirata alla riduzione del deficit delle funzioni comunicative e linguistiche e al ripristino o al potenziamento delle attività e della partecipazione (nella duplice accezione di competenza e performance) anche mediante l'intervento diretto o indiretto sui fattori ambientali. Gli obiettivi del trattamento devono essere definiti sulla base del modello ICF. Non esistono studi a sostegno dell'efficacia di un intervento piuttosto che di un altro



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

ma è condivisa l'indicazione per un trattamento intensivo in fase post acuta per almeno 6 mesi (gli studi parlano di 5h/settimana o 8/10 h per 12 mesi o 9h per 6/8 mesi). E' indicato correlare la durata del trattamento alla verifica di efficacia attraverso un attento monitoraggio degli outcomes. La prosecuzione del trattamento non è comunque indicata in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi indicati o aggiornati nel programma terapeutico per due valutazioni successive effettuate a distanza di 3 – 4 mesi.

Il trattamento deve basarsi sul recupero dei disordini rilevati, sulle caratteristiche del paziente e sugli obiettivi specifici individuati. Sono indicate terapie linguistiche e cognitive in seguito a ictus dell'emisfero sinistro. E' anche indicato l'uso di terapie pragmatiche o conversazionali basate su strategie di compenso per migliorare le attività e la partecipazione in situazioni di vita reale e ridurre la disabilità: Conversational Therapy, interventi riabilitativi basati sullo sfruttamento di elementi sovra segmentali e prosodici e interventi strutturali globali. La CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) è indicata, in particolar modo, nei pazienti con grave disabilità comunicativa linguistica prevalentemente a componente espressiva e prassica

I dati attualmente disponibili in letteratura non consentono di trarre conclusioni sull'efficacia o meno del trattamento logopedico della disartria, tuttavia alcune Linee Guida raccomandano la riabilitazione mediante tecniche per migliorare l'intelligibilità della produzione orale o, ove ciò non sia possibile, tecniche di comunicazione alternativa. In presenza di disartria è indicato che il logopedista effettui counseling ai pazienti/familiari/caregivers allo scopo di informarli e indirizzarli sulle modalità più efficaci di comunicazione.

3. Deglutizione, stato nutrizionale e continenza

Deglutizione

La disfagia è presente nei pazienti con ictus in misura variabile fra il 13% (lesione unilaterale) e il 71% (lesioni bilaterali o del tronco), presente comunque mediamente nel 50% dei pazienti. La valutazione precoce della disfagia è di fondamentale importanza per evitare da una parte polmoniti da aspirazione (complicanza associata ad alta mortalità) e dall'altra permettere di programmare interventi tempestivi sulla nutrizione e idratazione alternativi ed evitare malnutrizione (associata ad aumentato rischio di ulcere da decubito, allungamento della degenza) ed evitare soprattutto il peggioramento della prognosi funzionale.

Al ricovero deve essere valutata la funzione della deglutizione con il Bedside Swallowing Assessment (BSA), di semplice somministrazione, che prende in considerazione parametri quali il livello di coscienza e i segni clinici di potenziale disfagia come: la presenza di disfonia, difficoltà nell'espellere o nell'eliminare le secrezioni e/o il cibo, ridotto gag reflex. Quando possibile utilizzare la scala DOSS (Dysphagia Outcome and Severity Scale) e la PAS (Penetration Aspiration Scale) per classificare il grado di severità della disfagia e orientare le decisioni assistenziali e riabilitative

Nei pazienti con disfagia il trattamento è indicato come parte della terapia logopedica e dovrebbe essere effettuato, nei pazienti in grado di partecipare, quotidianamente per tutto il tempo in cui si continuano ad avere miglioramenti funzionali. Il trattamento comprende strategie di compenso, esercizi e suggerimenti posturali, terapia mirata a specifici gruppi muscolari (SHAKER Therapy), e la stimolazione termo tattile oltre alla modificazione della consistenza degli alimenti.

I pazienti con disfagia dopo ictus, che ricevono una dieta modificata devono essere regolarmente monitorati e rivalutati fino a quando non si stabilizzano.

E' indicato iniziare precocemente la nutrizione enterale e comunque non superare, nel soggetto normo nutrito, i 5-7 giorni di attesa e, nel soggetto con malnutrizione proteico-energetica, i 2-3 giorni.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

La somministrazione della nutrizione enterale tramite sondino naso-gastrico è una buona scelta finalizzata ad un supporto nutrizionale a breve termine in pazienti con grave disfagia da ictus. Se persiste dopo un mese, nonostante il trattamento riabilitativo specifico precedentemente indicato, è raccomandato prevedere l'applicazione di una PEG, se non vi sono controindicazioni.

Stato nutrizionale

Il malato colpito da ictus è a rischio di malnutrizione proteico-energetica, che è presente nell'8%-16% dei pazienti con ictus acuto, nel 26% dopo 7 giorni, nel 35% dopo 2 settimane e nel 40% all'inizio della fase riabilitativa. Fattori clinici (disturbi della masticazione, disfagia, disturbi della vigilanza e visuo-spaziali) e assistenziali (difficoltà di alimentazione autonoma) contribuiscono al deterioramento dello stato nutritivo.

La presenza di malnutrizione proteico-energetica è correlata ad una maggiore incidenza di infezioni, piaghe da decubito, ridotta capacità di resistere ad insulti di tipo ossidativo ed alla perdita di massa muscolare, che determina o aggrava la disabilità e complica il processo di ri-abilitazione.

In tutti i pazienti si deve valutare lo stato nutritivo con un metodo riproducibile. Le scale da utilizzare sono il NRS (Nutritional Risk Screening : basso rischio se punteggio ≤ 2 ; alto se ≥ 3).

Anche il MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) può essere utilizzato.

Il peso corporeo ed il BMI vanno costantemente controllati. Se non è possibile calcolare il BMI (paziente non in grado di tenere la stazione eretta) si possono utilizzare delle misure antropometriche come la misurazione della circonferenza del braccio (se < 23.5 cm rischio di malnutrizione proteica); per calcolare l'altezza del paziente si può utilizzare la semiampiezza delle braccia (utilizzando poi delle tabelle di conversione).

Importante monitorare dei parametri ematici quali:

- albumina;
- prealbumina;
- conta linfocitaria.

Obiettivi del supporto nutrizionale in fase acuta sono la prevenzione o il trattamento della malnutrizione proteico-energetica, di squilibri idro-elettrolitici o di carenze selettive (minerali, vitamine, antiossidanti, ecc.). Il fabbisogno minimo di proteine è di circa 1 g/kg di peso corporeo. Il timing e la scelta della modalità di somministrazione della nutrizione sono condizionati innanzitutto dalle condizioni cliniche del paziente. La proporzione dei carboidrati e dei lipidi può variare, rispettivamente, tra il 50% e il 65% dell'energia totale per i primi e tra il 20% e il 30% dell'energia totale per i secondi.

Occorre personalizzare il regime dietetico in base agli aspetti clinici e alle preferenze del paziente.

Devono essere registrati quotidianamente, su adeguate schede, le preferenze alimentari del malato e la reale assunzione giornaliera di cibo e di liquidi, calcolando l'esatto bilancio calorico e idrico.

Rischi lesioni da pressione

Le ulcere da decubito (a livello sacrale, calcaneali e ischiatico) rappresentano una tipica complicanza nei pazienti con ictus. L'iperglicemia e l'ipoproteinemica rappresentano un fattore precipitante e devono essere tempestivamente corrette. Le piaghe da decubito sono una complicanza completamente evitabile, quando si verificano sono dolorose e rallentano il recupero del paziente (ed esempio favorendo la spasticità).

Importante è l'utilizzo di lettino antidecubito ad aria, di una minuziosa igiene e la mobilitazione del paziente con intervallo variabile da 1 a 4 ore a seconda dei fattori di rischio per lesioni da decubito.

E' importante una precoce valutazione del rischio individuale del paziente (Scala di Norton)



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Continenza

All'interno del Progetto Riabilitativo Individuale deve essere previsto il programma per il management dei disturbi vescico-sfinterici avendo come obiettivi:

- la rimozione precoce del catetere vescicale a permanenza attraverso un protocollo codificato,
- l'eventuale esecuzione dell'esame urodinamico invasivo,
- l'utilizzo del cateterismo ad intermittenza nei disturbi di svuotamento vescicale o degli antimuscarinici nei disturbi di riempimento vescicale.

4. Funzioni senso-motorie

Studi epidemiologici hanno evidenziato che più del 75% dei pazienti con ictus ha una iniziale emiparesi e quasi il 50 % ha disturbi sensitivi.

L'attività terapeutica dovrebbe essere diretta verso il rafforzamento del controllo volontario del movimento per ripristinare le abilità funzionali e l'integrazione senso-motoria.

Più nel dettaglio l'attività terapeutica della fase post-acuta deve favorire:

Il recupero/ miglioramento delle funzioni del tronco (sostegno e prolungamento)

Il recupero/ miglioramento della posizione verticale con adeguata ripartizione del carico e buon equilibrio

Il recupero/ miglioramento della motilità efficace e della programmazione, esecuzione e controllo dell'attività motoria volontaria

Il recupero/miglioramento della sensibilità intesa come capacità di raccogliere ed analizzare le informazioni provenienti dal proprio corpo quale superficie somato-recettoriale

Fondamentale è pertanto la valutazione dei deficit motori, delle anomalie del tono muscolare, la presenza di sinergie patologiche e la presenza di deficit somato-sensoriali.

Tutti i documenti concordano nel raccomandare che i pazienti dopo ictus dovrebbero essere trattati da fisioterapisti che hanno ricevuto una formazione specifica e con competenze nella valutazione e gestione dei disturbi movimento nelle persone con ictus

In fase post-acuta si realizzano programmi fondati su proposte più strutturate di apprendimento di nuove strategie, volte ad assicurare le prestazioni compromesse dal danno cerebrale, che devono svolgersi in un contesto caratterizzato da:

1. apprendimento graduale, per livelli progressivi di complessità, sufficientemente lento da garantire correttezza e sicurezza, gratificante nel raggiungere obiettivi prefissati;
2. istruzioni formulate mediante messaggi efficaci;
3. rinforzo del comportamento appreso (feed-back fornito dalla conoscenza della performance e del risultato);
4. compiti congruenti alle abilità che si intendono recuperare;
5. recupero di abilità e conoscenze che influenzino positivamente l'attività abituale del paziente;
6. ripetizione autonoma delle prestazioni apprese;
7. descrizione delle sensazioni percepite dal paziente durante il trattamento (che cosa sente e che cosa prova durante l'esercizio, in particolare l'esercizio di riconoscimento).

Le evidenze suggeriscono che la rieducazione motoria beneficia dell'intervento riabilitativo precoce ed intensivo. Non è documentata la superiorità di alcuni approcci su altri nel raggiungere questo obiettivo. Pertanto la scelta del trattamento deve essere guidata dalla valutazione e dal ragionamento clinico. Tuttavia evidenze sembrano suggerire il vantaggio di tecniche orientate all'apprendimento di sequenze motorie nel contesto abituale del paziente, le quali abbiano caratteristiche di ripetitività, intensità e di coinvolgimento del paziente nel raggiungere sempre nuovi obiettivi.

Le evidenze suggeriscono che un trattamento di 30-60 minuti, per 5-7 giorni alla settimana può fornire un effetto benefico, e che tale efficacia aumenta se si aumenta la frequenza delle sedute.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Gli interventi relativi alle funzioni legate alla stazione eretta ed alla deambulazione prevedono una valutazione che vada ad indagare almeno le capacità del tronco attraverso il Trunk Control Test, l'utilizzo della Motricity Index per la motricità dell'arto inferiore (sub items arto inferiore), e se il paziente è deambulante il 6' Minute Walking Test. Esistono strumenti per la valutazione degli aspetti qualitativi del cammino quali la Wisconsin Gait Scale e scale che approfondiscono meglio gli aspetti qualitativi del movimento come la European Stroke Scale (sub items arto inferiore) e la Fugl Meyer, di cui esiste anche una forma breve, o short form FMA (s-FMA), basata sulla sezione motoria.

In aggiunta sono inoltre utilizzabili strumenti valutativi elettronici, quali pedane stabilometriche, percorsi sensorizzati, accelerometri, elettromiografia con basografia, analisi del movimento cinematica e dinamometrica

È indicato, in caso di ipostenia degli arti inferiori, proporre compiti ripetitivi come passaggio da seduto alla posizione eretta, ai trasferimenti, deambulazione e salita di scale. Anche le attività di Cycling, eventualmente associati alla Stimolazione Elettrica Funzionale.

E' indicato effettuare rieducazione al passo per migliorare il controllo della deambulazione anche in termini di destrezza e sicurezza, eventualmente anche con Allevio del Carico

Gli strumenti elettronici per la deambulazione possono essere utilizzati nell'ambito di specifici programmi riabilitativi, come nel contesto di programmi di ricerca.

Tra i soggetti che hanno ripreso a camminare dopo un ictus, è indicato sempre:

- * identificare i pazienti a rischio di cadute,
- * attuare un trattamento riabilitativo specifico,
- * adottare modifiche ambientali per prevenire le cadute

In questi pazienti è anche indicato promuovere attività di gruppo, per migliorare la deambulazione e progressivamente la resistenza allo sforzo.

L'utilizzo di ortesi caviglia piede non deve essere routinario e va valutato e preso in considerazione solo quando il paziente non ha recuperato una corretta fase di swing e rischia di cadere.

La spasticità è un problema importante dopo l'ictus: il tono o la resistenza al movimento risultano spesso aumentati. La conseguenza principale è rappresentata da una diminuzione della escursione articolare e dalla contrattura muscolare che può produrre rilevante disabilità.

Se la spasticità non è gestita adeguatamente ci può essere la perdita di parte del movimento per la presenza di contratture, dolore e limitazione articolare come fenomeni direttamente legati ad essa.

Il controllo della spasticità è quindi uno degli obiettivi delle tecniche riabilitative allo scopo di migliorare la funzionalità motoria.

La spasticità e le contratture devono essere quindi prevenute o trattate precocemente.

La valutazione della spasticità si attua attraverso l'utilizzo della Scala di "Ashworth" modificata.

E' indicato il trattamento della spasticità quando questa inficia il recupero funzionale: per i pazienti con spasticità severa e focale bisogna prendere in considerazione l'uso della tossina botulinica o altre forme di terapia farmacologica (e.g. pompa al baclofene), nell'ambito del trattamento multidisciplinare, con identificazione di specifici obiettivi riabilitativi.

Per quanto riguarda il recupero funzionale dell'arto superiore, che risulta compromesso in fase acuta nell'85% dei pazienti, è sicuramente più difficoltoso e deve necessariamente cominciare precocemente.

La valutazione della funzione manipolativa deve prevedere almeno l'utilizzo del Nine Hole Peg Test e della Motricity Index (sub items arto superiore). E' possibile riferirsi anche alla European Stroke Scale (sub items arto superiore) e alla Fugl Meyer, anche nella versione short-form.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

Benché non esistano evidenze a supporto della superiorità di un approccio riabilitativo rispetto ad altri, recenti metanalisi e studi di riorganizzazione corticale trattamento-correlata, attribuiscono un valore aggiunto a protocolli intensivi e/o ad approcci rieducativi compito-specifici.

L'uso di splint e ortesi, per il polso e la mano, non deve essere routinario. Vanno presi in considerazione quando la mano è del tutto immobile, per la gestione della spasticità e la prevenzione di eventuali deformità.

Alcune recenti review che confrontano gli approcci riabilitativi per il recupero motorio dell'arto superiore mettono in evidenza l'efficacia di alcuni tipi di trattamento in pazienti selezionati, in aggiunta alla rieducazione neuromotoria, o talvolta in alternativa ad essa:

- * Utensili adattati per favorire autonomia (o minore dipendenza) nelle AVQ
- * In caso di plegia flaccida: è indicata la stimolazione elettrica del deltoide
- * FES per favorire movimenti residui
- * Motor Imagery. Dopo la valutazione cognitiva e fisica adeguata, immagini mentali dovrebbero essere utilizzati per migliorare il recupero sensitivo-motorio dell'arto superiore
- * Programma GRASP per i pazienti con un minimo di motilità dell'arto paretico (movimento prossimale e 10° di estensione del polso)
- * Constrain Induced Movement Therapy (CIMT) (limitata ai pazienti che dimostrano almeno 20° di estensione del polso e 10° di estensione delle dita)
- * Mirror Therapy oppure Action Observation Therapy
- * Terapia Robotica e Realtà virtuale, se disponibili

Infine, alcuni riabilitatori hanno suggerito l'utilizzo di attività bilaterali per il recupero dell'arto superiore, ma a tutt'oggi queste non risultano più efficaci di quelle specificamente dirette all'arto colpito.

Le funzioni sensitive e la capacità di raccogliere ed analizzare le informazioni provenienti dal proprio corpo quale superficie somato-recettoriale sono spesso alterate dopo un ictus, e possono costituire un sostanziale impedimento al recupero funzionale motivo per il quale, in assenza di strumenti di valutazione specifici, si raccomanda che all'interno dell'osservazione venga posta particolare attenzione a questi aspetti.

L'Ottawa Panel raccomanda infatti l'uso di molti tipi di training sensoriale per il recupero della funzione della mano.

Vanno messi in campo tutti gli interventi necessari per prevenire la comparsa della sindrome della "Spalla dolorosa" L'incidenza del dolore alla spalla a seguito di un ictus infatti è alta, con ben il 72% dei pazienti adulti con almeno un episodio di dolore alla spalla nel primo anno dopo l'ictus.

Il dolore alla spalla può ritardare la riabilitazione e contribuire allo scarso recupero funzionale del braccio e della mano, oltre a influire negativamente sulla qualità della vita.

Non vi sono in letteratura evidenze forti nel trattamento di questo problema; sicuramente la presenza di dolore e di eventuali fattori aggravanti devono essere identificati in anticipo e trattati in modo appropriato

In caso di sub lussazione della spalla è considerata indicata la prescrizione di un supporto; mentre per quanto riguarda l'utilizzo della stimolazione elettrico-funzionale (FES) a livello del deltoide, non vi sono prove che il trattamento precoce dopo ictus, in aggiunta alla terapia convenzionale, aiuta a prevenire lo sviluppo di spalla dolorosa ma invece risulta utile in seguito per ridurre il dolore.

Va fatta una valutazione e gestione di sindrome dolorosa regionale complessa (nota anche come sindrome spalla-mano, distrofia simpatica riflessa, Sudecks atrofia (CRPS))

Non vi è attualmente alcun intervento terapeutico definitivo per la sindrome dolorosa regionale complessa. Sebbene la fisioterapia sia considerata la pietra miliare del trattamento integrato, non vi



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

sono forti evidenze sul suo effetto nel prevenire lo sviluppo di CRPS. Vi è qualche evidenza che i corticosteroidi per via orale sono efficaci nel migliorare i sintomi di CRPS.

In definitiva quindi il trattamento riabilitativo in pz con deficit del controllo del tronco, dell'equilibrio, della sensibilità, della deambulazione e della manipolazione è indicato e deve continuare sino ad un miglioramento del quadro clinico (riduzione della dipendenza o autonomia assistita).

Le persone con difficoltà del movimento dopo ictus dovrebbero essere trattate da un fisioterapista fino a quando sono in grado di mantenere o progredire nella funzione sia indipendentemente che con assistenza (familiari, caregiver...)

5. Autonomia e ausili

E' indicato attivare precocemente programmi di terapia occupazionale ai pazienti dopo uno stroke per affrontare le difficoltà delle attività personali della vita quotidiana.

Il Terapista Occupazionale effettua la valutazione delle Attività della Vita Quotidiana/Activities of Daily Living (AVQ/ADL) e delle Attività Strumentali della Vita Quotidiana (IADL) attraverso l'utilizzo di: IADL, BADL, Barthel Index. Deve essere anche valutato attentamente l'ambiente di vita della persona considerando gli eventuali ostacoli alle attività, al movimento e alla partecipazione.

Le persone che hanno difficoltà nelle attività della vita quotidiana dopo uno stroke devono ricevere un monitoraggio periodico e regolare, trattamenti di terapia occupazionale con svolgimento di attività su competenze di base e training nell'analisi e gestione di tutte le attività collegate all'autonomia.

Il trattamento centrato sulla persona prevede strategie di recupero e di compenso ed è mirato ad attività che prendano in considerazione l'igiene, l'abbigliamento, l'alimentazione, le capacità senso - motorie e cognitive. Gli obiettivi sono quelli di riportare la persona a raggiungere la massima autonomia possibile, favorire il precoce rientro a domicilio, il reinserimento sociale, lavorativo e la ripresa delle attività ricreative. Le strategie di recupero e di compenso possono includere:

- stimolazione ad utilizzare il lato colpito alle persone con neglect
- stimolazione ad utilizzare entrambe le braccia alle persone con debolezza dell'arto colpito
- pianificazione delle attività quotidiane adattando le capacità cognitive presenti per le persone che presentano difficoltà nella concentrazione, neglect o disprassia
- sviluppo di strategie compensative alle limitazioni funzionali presenti nelle attività di vestirsi/spogliarsi, lavarsi
- addestramento all'utilizzo di ausili per le attività comuni.

E' indicato programmare azioni dirette all'informazione e alla partecipazione del caregiver sulle attività di vita del paziente al fine di migliorarne il benessere psichico e facilitarne il processo di recupero. Le attività di coinvolgimento/informazione/formazione sono centrate sull'importanza del mantenimento delle abilità acquisite e sulla non sostituzione alla persona nello svolgimento delle attività quotidiane; sull'uso degli ausili necessari per posizionare, trasferire e aiutare il paziente minimizzando i rischi; sull'uso degli ausili che servono per l'alimentazione, per la vestizione e per l'igiene personale; sulle modalità di gestione dell'alimentazione come la preparazione ed arricchimento degli alimenti e le tecniche posturali ottimali.

Tali attività devono essere inserite nel PRI prevedendo anche, all'interno dei programmi di terapia occupazionale, alcune prestazioni domiciliari utili a rendere funzionali, nell'ambiente di vita della persona, le AVQ acquisite.



percorso riabilitativo unico integrato della persona con ictus

I terapisti occupazionali insieme agli altri professionisti del team riabilitativo (ospedaliero e territoriale) collaborano alla definizione degli interventi centrati sull'ambiente di vita del paziente al fine di realizzare:

- adattamenti ambientali e riorganizzazione degli spazi abitativi e non, per prevenire le cadute, diminuire la fatica, facilitare gli spostamenti, garantire trasferimenti in sicurezza;
- adattamenti ambientali per la riduzione delle barriere architettoniche al fine di consentire la massima partecipazione alla persona nei contesti.

Laddove le capacità lo consentano è necessario includere nel Progetto Riabilitativo Individuale:

- l'obiettivo del ritorno al lavoro che deve essere discusso esplicitamente con il team di riabilitazione, con il paziente, i suoi familiari e il datore di lavoro. La gestione di tale obiettivo deve includere l'identificazione delle richieste provenienti dall'attività lavorativa (fisiche, cognitive e psicologiche) e la predisposizione di strategie utili a stabilire adattamenti ragionevoli e realizzabili;
- la valutazione della attitudine al ritorno alla guida;
- il tema della sessualità, collocandolo all'interno di una discussione con il partner, nel momento in cui il paziente rientra in comunità.

Il trattamento dovrebbe continuare fino alla stabilizzazione dei risultati o fin quando la persona non sia capace di progredire autonomamente.

Follow up

A 6 e 12 mesi dall'ictus è indicata una valutazione dei pazienti che sono rientrati a casa, da parte del team multidisciplinare territoriale per il monitoraggio dei risultati raggiunti, per la verifica dell'outcome in termini di attività e partecipazione, e per valutare l'uscita dal percorso riabilitativo, il passaggio ad altro regime assistenziale (ad es. ADI).

E' indicato un monitoraggio nel tempo che, sulla base delle condizioni del paziente, deve essere programmato da parte del team riabilitativo territoriale per il controllo del mantenimento delle autonomie raggiunte e, in caso di nuovi o diversi bisogni deve essere effettuata la valutazione secondo quanto indicato nel presente documento e redatto un nuovo PRI con indicazione di obiettivi e programmi da realizzare.

Indicatori di performance riabilitazione ospedaliera:

1. % di pazienti provenienti dalle strutture per acuti
2. % di pazienti che hanno avuto un ricovero in struttura per acuti per ictus nei 20 gg. precedenti
3. Efficienza del trattamento riabilitativo (delta BARTHEL ingresso uscita) e variazione della MRS ingresso uscita
4. Durata media dei ricoveri
5. % di attivazione delle strutture territoriali prima della dimissione
6. PRI presenti nelle cartelle cliniche con verbali di riunione del Team con i familiari

Indicatori di performance per riabilitazione territoriale:

1. % pazienti provenienti da UO di riabilitazione ospedaliera
2. % pazienti provenienti dalla fase acuta
3. Efficienza del trattamento riabilitativo (delta BARTHEL ingresso uscita) e variazione della MRS ingresso uscita
4. PRI con verbali di riunione del team con i familiari



5. % pazienti sottoposti a follow up
6. % pazienti in uscita dalla presa in carico riabilitativa

Linee Guida di riferimento al documento:

NICE: “Stroke rehabilitation Long-term rehabilitation after stroke” June 2013

SPREAD: Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion Linee Guida Italiane di prevenzione e trattamento Ictus cerebrale, Marzo 2012

Stroke Foundation (Australia): Clinical Guidelines for Stroke Management, 2010

Heart and Stroke Foundation (Canada): Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care, 2010

FLI: Gestione logopedica del paziente afasico adulto, I ed , 2009