

Percorso Ictus e Tia

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL

Elaborato a cura di: M.Bonini[°]; D.Cerullo^{°°}; R.Salvadori^{°°°}; R.Torselli^{°°°°}

[°] Direttore UFC Assistenza Sanitaria di Comunità SdS Valdinievole

^{°°} Direttore UFC Assistenza Sanitaria di Comunità Zona Distretto Pistoia

^{°°°} Medico di Comunità UFC Assistenza Sanitaria di Comunità Zona Distretto Pistoia

^{°°°°} Direttore Zona-Distretto Pistoia

Hanno collaborato: F.Amorini[^]; S. Bartolini^{*}; N. Cesario[^]; G.Panigada^{**}; F.Santini^{^^}; R.Vannucci^{^^}

[^] Medici di Medicina Generale Coordinatori Moduli zona Valdinievole

^{^^} Medici di Medicina Generale Coordinatori Moduli zona Pistoiese

^{*} Direttore U.O. Neurologia P.O. Pistoia

^{**} Direttore U.O. Medicina Generale P.O. Pescia

- 1.Premessa
- 2.Riferimenti
- 3.Definizione
- 4.Obiettivi
5. Definizione e stadiazione dei casi clinici
6. Target dei destinatari e livello di gestione/intervento
7. Modalità di arruolamento
8. Ruoli professionali e integrazione dei professionisti
9. Schema di Follow up
- 10.Allegati

1. PREMESSA

L'ictus cerebrale continua a rappresentare uno dei più rilevanti problemi sanitari e sociali anche in ragione della frequenza che tende ad aumentare in relazione all'invecchiamento della popolazione. In Toscana circa 10.000 soggetti vengono ospedalizzati ogni anno.

L'evidenza scientifica internazionale indica la necessità di strutturare una rete di servizi integrati ospedalieri e territoriali. La rete deve assicurare la presa in carico urgente da parte del sistema dell'emergenza-urgenza, l'avvio immediato verso l'ospedale per i trattamenti della fase acuta e l'avvio del processo riabilitativo, l'affidamento alle strutture riabilitative territoriali e alle cure primarie attraverso un adeguato collegamento ospedale-territorio.

L'interesse per tale patologia da parte dei professionisti della salute che operano a livello extraospedaliero è legato fondamentalmente alla riconosciuta correlazione tra la patologia e importanti fattori di rischio e di aggravamento della stessa quali abitudini e stili di vita che assumono il ruolo di cause predisponenti l'insorgenza di malattia, la sua di progressione e la conseguente disabilità.

La maggior parte dei pazienti cronici sono in realtà affetti da più patologie la cui interazione produce condizioni cliniche complesse, dinamiche, soprattutto nelle fasce di età più avanzate. Il modello di gestione orientato alla singola malattia deve essere pertanto integrato, nel singolo caso, in modo da realizzare un percorso di cura che tenga conto delle condizioni di comorbilità.

Epidemiologia

incidenza e prevalenza:

- l'età come fattore determinante nell'incidenza
- notevole aumento su scala mondiale nei prossimi decenni
- mortalità in calo nel mondo occidentale
- in Italia, a causa dell'invecchiamento della popolazione, previsto aumento del numero dei casi e

Quindi dei costi sociali nei prossimi anni:

- incidenza 180-237/100.000/anno
- di questi circa 20% mortalità entro il primo mese
- circa 30% diventano gravemente disabili
- in Toscana previsti 6.000 nuovi ictus/anno (9.000 comprese le recidive)
- tasso medio di prevalenza in Italia (età 65-84 a.): 6,5 % (prevalso sesso maschile)
- forme ischemiche 80%
- forme emorragiche 20% (con maggiore mortalità a breve termine)

Per quanto riguarda gli interventi sanitari sulle malattie croniche, si concorda sul ruolo primario della prevenzione da un lato e della educazione terapeutica dall'altro. Questo si sostanzia attraverso il miglioramento delle abitudini e dello stile di vita delle famiglie, l'identificazione precoce delle forme a rischio e il rallentamento dell'evoluzione clinica: la medicina di iniziativa tende a migliorare l'autocontrollo della malattia della persona.

Tutto questo giustifica l'impegno nel realizzare l'elaborazione di linee guida che prevedano il coinvolgimento del cittadino-utente, della famiglia, della comunità e dei professionisti della salute.

2. RIFERIMENTI

Piano Sanitario Regionale 2008/2010

DGR n. 894/08 DGR n. 716/09 DGR n. 467/09

Parere Consiglio Sanitario Regionale n. 37/2008 n. 45/2008 n. 01/2009

The European Stroke Organization (ESO) 2008

Linee guida nazionali SPREAD

Linee guida regionali (OTTOBRE 2009)

3. DEFINIZIONI

Indice di massa corporea (abbreviato IMC o BMI, dall'inglese body mass index) è un dato biometrico, espresso come rapporto tra massa e altezza al quadrato di un individuo, dove la massa è espressa in chilogrammi e l'altezza in metri.

Terapia anticoagulante orale (TAO)

La terapia anticoagulante orale (TAO) costituisce un trattamento di grande importanza per la cura e la prevenzione delle malattie tromboemboliche e della patologia vascolare in genere.

È noto che periodici controlli, sia di laboratorio sia clinici, sono una condizione indispensabile per ottimizzare l'efficacia terapeutica della TAO, riducendone al minimo i rischi.

4. OBIETTIVI

Nei pazienti con pregresso ictus :

- Ridurre il rischio di recidiva
- Individuare e prendere in carico dei pazienti con pregresso episodio di stroke al fine di migliorare la qualità di vita
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- Ridurre il numero dei ricoveri e le giornate di degenza ospedaliera
- Migliorare l'appropriatezza degli interventi e migliorare l'aderenza al programma terapeutico e alle misure relative allo stile di vita
- Assicurare un appropriato ed efficace percorso riabilitativo.

Negli assistiti ad elevato rischio cerebrovascolare :

- Migliorare l'appropriatezza degli interventi preventivi, intesa non solo come migliore efficacia ed efficienza clinica ma anche come maggior aderenza ai bisogni del paziente
- Promuovere l'autonomia decisionale e l'autocura
- Individuare ed educare alla salute le persone a rischio di ICTUS al fine di aumentare la conoscenza della malattia.

Nell'organizzazione:

- Utilizzare protocolli diagnostico terapeutici e assistenziali condivisi con la medicina generale e la specialistica ospedaliera.
- Monitorare, verificare e valutare i risultati attraverso la valutazione di indicatori di processo e di esito del progetto e l'analisi dei dati di attività contenuti nella documentazione del modulo eCCM e nel data base aziendale condiviso.
- Migliorare la soddisfazione per l'assistenza

5. DEFINIZIONE

L'Organizzazione Mondiale della sanità definisce l'ictus come « una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare; la perdita della funzionalità cerebrale può essere globale (pazienti in coma profondo). I sintomi durano più di 24 ore o determinano il decesso» (SPREAD 2007).

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

L'importanza della diagnosi di attacco ischemico transitorio (TIA) o ictus è strettamente connessa alla possibilità di mettere in atto interventi di prevenzione secondaria e di definire la prognosi.

La diagnosi integra dati clinici e strumentali. (Sintesi 5.1, da SPREAD 16.02.2007)

Non è indicato considerare TIA, sulla base della definizione indicata dall'OMS (improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo, attribuibile a insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore), la perdita di coscienza, le vertigini, l'amnesia globale transitoria, i *drop attack*, l'astenia generalizzata, lo stato confusionale e l'incontinenza sfinterica, quando presenti isolatamente. (Raccomandazione 5.1, grado C, da SPREAD 16.02.2007)

6. TARGET DEI DESTINATARI E LIVELLO DI GESTIONE/INTERVENTO

Il progetto si rivolge a pazienti ad alto rischio cerebro-vascolare e a soggetti con ictus dopo la fase acuta ospedaliera. Le modalità organizzative vengono impostate dal MMG sulla base del consenso dell'assistito, della famiglia o del caregiver e si articolano diversamente in funzione delle condizioni di gravità, di autosufficienza e della presenza della rete primaria di supporto (famiglia e conoscenti). Per ognuno dei pazienti, al momento dell'inserimento nel "percorso" viene programmato un piano assistenziale, che prevede l'inizio di un monitoraggio a cadenza prefissata effettuato da personale infermieristico, a domicilio (se non deambulabile) o nell'ambulatorio del modulo CCM.

Per l'identificazione del livello di rischio relativo alla tipologia di paziente arruolabile, sono state utilizzate le seguenti scale:

Per i pazienti ad alto rischio: Misura multidimensionale del rischio (Essen Stroke Risk Score)

Per i pazienti con TIA ad alto rischio ICTUS: ADCD2

Per i pazienti Ictus disabilita' lieve, moderata e grave: Scala di Rankin

	TIPOLOGIA PAZIENTE	CRITERI IDENTIFICATIVI		LIVELLO GESTIONE/INTERVENTO	
Pazienti ad alto rischio cerebrovascolare	- Misura multidimensionale del rischio (Essen Stroke Risk Score (ESRS) > = 3 - Fibrillazione atriale cronica o parossistica - Pregresso TIA - Protesi valvolari meccaniche - Malattie rare con alto rischio di ictus	Misura multidimensionale del rischio (Essen Stroke Risk Score):		LIVELLO BASE (INFERMIERI) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team Chronic Care Model (CCM), previa espressione del consenso	
		diabete mellito	1p		
		età 65-75 aa	1p		
		età >75aa	2p		
		ipertensione art	1p		
		pregresso IMA	1p		
		altre malattie cardiovascolari (eccetto IM e FA)	1p		
		arteriopatia periferica	1p		
	fumo	1p			
Pazienti TIA ad alto rischio ICTUS	Pazienti con TIA a rischio ICTUS: ABCD 0-2	ABCD2		LIVELLO AVANZATO (MMG) sono presi in carico dal team CCM; le U.O. specialistiche svolgono il ruolo di consulenti	
		A età	>=60aa		1p
		B PA	>=140/90		1p
		C clinica	deficit linguaggio senza ipostenia		1p
			ipostenia unilaterale		2p

		D durata	10-59'	1p	
			>=60'	2p	
		D	diabete	1p	
ICTUS DISABILITA' LIEVE	Scala di Rankin 0-2	Calcolo punteggio (allegato 2)			LIVELLO INTERMEDIO (FISIOTERAPISTA/MMG) sono presi in carico in GESTIONE INTEGRATA dal team CCM, previa espressione del consenso
ICTUS DISABILITA' MODERATA O GRAVE	scala di Rankin >= 3	Calcolo punteggio (allegato 2)			LIVELLO AVANZATO (MMG) sono presi in carico dal team CCM; le U.O. specialistiche svolgono il ruolo di consulenti

7. MODALITA' DI ARRUOLAMENTO

La individuazione dei pazienti può avvenire con quattro modalità:

1. il MMG individua tra i propri assistiti quelli con le caratteristiche per la gestione del team nei diversi livelli erogabili, propone il percorso ed acquisisce il consenso.
2. Lo specialista neurologo e/o internista individua, tra i pazienti che accedono U.O. ospedaliera i pazienti stabilizzati che vengono avviati al MMG (gestione del team CCM) e, in occasione della dimissione del paziente, propone il percorso e lo invita a recarsi dal MMG (modulo CCM) per la presa in carico.
3. Ogni specialista che rilevi la presenza di sintomatologia tipica, in base alle caratteristiche delle persone arruolate di cui al punto precedente, segnala direttamente il paziente al MMG (modulo CCM).
4. Lo specialista medico di comunità del Servizio per la continuità ospedale-territorio (medico del PUA- ST DOP) attivato dalle U.O. ospedaliere alla dimissione dei soggetti le cui caratteristiche rientrino nelle condizioni di cui al precedente punto, segnala direttamente il paziente al MMG/INF (modulo CCM).

8. RUOLI PROFESSIONALI E INTEGRAZIONE DEI PROFESSIONISTI

Compiti dei Medici di Medicina Generale	Prevenire la patologia cerebrovascolare (TIA/ICTUS) individuando i soggetti a rischio (segni, sintomi e/o fattori di rischio). Allegato 1 (schede accesso –raccolta dati)
	Effettuare la diagnosi precoce secondo i criteri validati
	Individuare tra gli assistiti con TIA , i soggetti a rischio per la progressione di malattia (Score ABCD2)e inviare allo specialista con richiesta specifica (allegato 4)
	Valutare periodicamente gli assistiti arruolati in condizioni di stabilità (SCHEMA DI FOLLOW UP) e ottimizzazione della terapia.
	Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici
	Gestire (ne è responsabile) la cartella clinica informatizzata, l’elenco di patologia e il patient summary.
	Organizzare il modulo (MMG coordinatore) dove svolge attività il team CCM
Compiti degli specialisti	Fornire consulenza specialistica ai MMG per la valutazione del caso alla dimissione ed in caso di variazione del quadro clinico-strumentale
	Individuare, tra i pazienti stabilizzati che possono essere avviati al team CCM
	Gestire direttamente i pazienti con grave instabilità, in fase evolutiva.
	Contribuire alla rilevazione dei dati epidemiologici
Compiti dell’infermiere	Espletare la funzione proattiva di richiamo dei pazienti

	Compilare la scheda raccolta dati e predisporre la cartella integrata. Somministrare e raccogliere il documento di consenso (allegato 5)
	Eseguire l'anamnesi infermieristica e individuare la figura del care giver
	Gestire i dati raccolti in cartella e verificare l'aderenza del paziente al percorso
	Eseguire la rilevazione dei parametri di follow up (P.A. e parametri vitali, peso corporeo, BMI e segni di disabilità)
	Favorire il "patient empowerment" ad ogni incontro programmato per l'autogestione della malattia
	Effettuare educazione alla salute sugli stili di vita corretti (attività fisica, fumo, alcool, stato nutrizionale con metodo MUST= Malnutrition Universal Screening Tool) con eventuale applicazione della tecnica del counselling
	Effettuare il monitoraggio dei comportamenti alimentari e richiedere la valutazione del dietista nel caso di uno scostamento dagli obiettivi previsti*
	Eseguire gli accertamenti di follow up di competenza (rilevazione stato psicologico – ansia, depressione – questionario qualità di vita secondo questionario predisposto SF8 o Kansas scale di valutazione funzionale (vedi allegato 6)
	Verificare l'aderenza al regime alimentare

*nel caso non ci sia la figura del dietista all'interno del modulo

Compiti del Medico di Comunità (ASC)	Identificare i dati epidemiologici di interesse nella zona di riferimento
	Collaborare all'identificazione della popolazione target
	Collaborare alla la ricerca presso le banche dati al fine di identificare, per la comunità locale, la fascia di popolazione suscettibile alla prevenzione (per fattori di rischio)

	Favorire e gestire il miglioramento della qualità utilizzando anche lo strumento dell'audit clinico
	Gestire il miglioramento della qualità di sistema attraverso l'analisi del fabbisogno formativo dei professionisti e l'implementazione di processi di formazione
	Valutare il processo e l'esito di sistema utilizzando appositi indicatori (set regionali)
	Valutare il raggiungimento degli obiettivi del team ed effettuare il monitoraggio dei percorsi attivati.
	Collaborare alla stesura e revisione sistematica delle linee guida organizzative del Progetto CCM
	Collaborare alla costruzione di reti di servizi e alleanze per la gestione integrata del problema di salute
	Valutare il grado autosufficienza (UVM)

Compiti della dietista	Effettuare l'educazione alimentare e terapia dietetica personalizzata
-------------------------------	---

Compiti dell'OSS con formazione adeguata	Provvedere all'igiene della persona in ADI o ADP
	Eeguire la mobilizzazione dei pazienti non autosufficienti per la prevenzione di decubiti e alterazioni cutanee
	Somministrare, per via naturale, la terapia prescritta, conformemente al piano assistenziale e alle direttive del responsabile dell'assistenza infermieristica o sotto la sua supervisione

	<p>Provvedere alla pulizia, disinfezione e sterilizzazione delle apparecchiature, delle attrezzature sanitarie e dei dispositivi medici</p> <p>Effettuare la raccolta e lo stoccaggio dei rifiuti differenziati e speciali</p> <p>Eeguire la somministrazione dei pasti e delle diete impostate nel programma terapeutico a domicilio</p>
Compiti della segreteria	<p>Inserire i pazienti in agenda infermiere e medico</p> <p>Eeguire il richiamo attivo dei pazienti in prossimità della visita programmata</p> <p>Stampare le richieste previste dal protocollo e loro prenotazione</p> <p>Eeguire l'inserimento dei dati in cartella prima della visita infermieristica e/o medica (se non sono attivi meccanismi automatici di inserimento referti in cartella)</p> <p>Estrarre i dati per la reportistica trimestrale di attività</p>
Compiti del terapeuta della riabilitazione	<p>Promuovere e valutare l'adesione all'attività fisica adattata (percorsi a bassa o alta disabilità)</p> <p>Valutare lo stato funzionale e impostare il programma riabilitativo</p> <p>Verificare la dotazione di ausili all'utente e valutarne l'appropriatezza in funzione del quadro clinico</p> <p>Effettuare il counselling per le attività domiciliari</p>
Compiti del Servizio Sociale (AS)	<p>Valutare l'assetto sociale e verificare la sussistenza di eventuale condizione di disagio.</p> <p>Redigere il progetto di sostegno sociale appropriato</p> <p>Attivare in collaborazione con il team CCM professionalità specifiche o servizi di volontariato a supporto dei pazienti in regime di ADP o ADI</p>

Il Ruolo del Paziente

La persona affetta da ICTUS è l'elemento centrale di un sistema di gestione integrata ed ha la responsabilità di una gestione consapevole della propria malattia.

Compiti della Associazione	Garantisce la tutela dei diritti riconosciuti
	Collabora all'informazione e alla educazione del paziente
	Collabora alla progettazione e realizzazione di attività che facilitino la conoscenza della patologia, delle complicanze e l'autocontrollo della malattia
	Collabora con il Medico di Comunità per la verifica e la valutazione della attuazione del percorso, nonché alla valutazione dei risultati e degli obiettivi raggiunti

9. SCHEMA DI FOLLOW UP

STADIO DI MALATTIA		INDAGINE DA ESEGUIRE:	3 VOLTE ANNO TRIMESTRALE	2 VOLTE ANNO SEMESTRALE	ANNUALE	QUINQUENNALE
ICTUS DISABILITA' MODERATA O GRAVE	Pazienti a rischio	Valutazione Clinica BMI Controllo del peso	*			
		Pressione Arteriosa	*			
		Vaccinazione Antinfluenzale			*	
		Educazione counselling Abitudini/Stili Di Vita (attività fisica,fumo, assunzione alcol)		*		
	ICTUS DISABILITA' LIEVE	Educazione al riconoscimento dei sintomi (di TIA e ictus) e all'uso appropriato del sistema di emergenza (118, PS)		All'ingresso nel percorso		
	Ecodoppler Tronchi Sovra Aortici >65aa e Fattori di Rischio multipli		All'ingresso del percorso		* (riprogrammato in funzione dei risultati)	
	Esami bioumorali: Glicemia creatininemia, colesterolemia Emocromo + quelli ritenuti necessari a seconda delle variabili cliniche				*	
	Valutazione esiti riabilitativi con scale validate : Barthel index o FISM			*		
	Verifica dotazione e utilizzazione ausili				*	
	Valutazione insorgenza complicanze (disfagia, lesioni da pressione, incontinenza sfinterica prevenzione delle cadute prevenzione malnutrizione)		*			

10. ALLEGATI

Allegato 1 - Schede primo accesso- raccolta dati

PERCORSO ASSISTENZIALE TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO (FEV1/FVC<70% con FEV>80%)

PRESA IN CARICO

Data		Medico	
Cognome		Nome	
Data nascita		Residente a	
Via		n.	Tel.
Grado di istruzione			
Data di avvio Gestione team CCM			
Zona Distretto sanitario: __ Valdinievole __ Pistoia		Modulo	
Modalità di accesso		Data	
<input type="checkbox"/> Prima visita	<input type="checkbox"/> Controllo urgente	<input type="checkbox"/> Controllo programmato	<input type="checkbox"/> Altro
COMORBILITA':			
Ipertensione Arteriosa		Insufficienza Cardiaca	
Fibrillazione Atriale		Altra cardiopatia	
Patologia psichiatrica		Arteriopatia arti inferiori	
FATTORI DI RISCHIO:			
Nessuno		Fumo	Ex Fumo
Ipercolesterolemia		Obesità	Sovrappeso
Alcool		Circonferenza vita	
Sedentarietà			
Dati di controllo:			
Data			
Peso		P.A.	
CV	BMI		
DATA EFFETTUAZIONE			
Valutazione-Educazione counselling			
Abitudini/Stili Di Vita			
TAO			
Ecodoppler			
Esami bioumorali:			
Test			
Vaccinazione Antinfluenzale			

Nb: per ogni dato di controllo non ricompreso nel programma alla data del presente referto, segnalare la data di programmazione

Allegato 2 Scala di Rankin modificata

SCALA DI RANKIN (MODIFICATA)	
6	Decesso
5	Disabilità grave: totale dipendenza richiedente costante attenzione notte e giorno, paziente allettato.
4	Disabilità moderatamente grave: incapace di camminare senza assistenza e incapace di soddisfare i bisogni corporei senza.
3	Disabilità moderata: richiede qualche aiuto ma capace di camminare senza assistenza
2	Disabilità lieve: incapace di gestire autonomamente tutte le precedenti attività ma capace di badare a sé stesso senza assistenza
1	Nessuna disabilità pur in presenza di sintomi: sintomatologia che non interferisce con le normali abitudini della vita quotidiana
0	Nessun sintomo

5 - DISABILITA' GRAVE:

Necessita di avere qualcuno disponibile sempre; l'assistenza può essere erogata sia da un caregiver esperto che non.

Domanda: la persona richiede assistenza costante?

4 - DISABILITA' MODERATAMENTE GRAVE

Bisogno di assistenza nelle ADL di base ma non richiede una assistenza costante.

Domanda: è necessaria assistenza per mangiare, usare il bagno, l'igiene quotidiana o camminare?

3 – DISABILITA' MODERATA

Disabilità moderata: bisogno di assistenza con le ADL strumentali ma non in quelle di base.

Domanda: E' necessaria assistenza per preparare un pasto semplice, fare le faccende domestiche, gestire i soldi, gli acquisti e viaggiare localmente?

2 – DISABILITA' LIEVE

Limitazione nei ruoli sociali usuali ma indipendente nelle ADL. Domanda: c'è stato un cambiamento nella capacità di lavorare della persona o di badare ad altre persone se questo era il loro ruolo prima dell'ictus? Ci sono stati dei cambiamenti della capacità della persona di partecipare in attività ludiche e sociali precedenti l'ictus? La persona ha avuto problemi nelle relazioni interpersonali o si è isolato?

1 – NESSUNA DISABILITA' SIGNIFICATIVA

Sintomi presenti ma non altre limitazioni.

Domanda: la persona ha difficoltà nel leggere o scrivere, difficoltà nel parlare o trovare la parola giusta, problemi di equilibrio o coordinazione, problemi visivi, iposensibilità o perdita di movimento (viso, braccia, gambe, mani, piede), difficoltà nella deglutizione o altri sintomi conseguenti l'ictus

0 – NESSUN SINTOMO nessuna limitazione e nessun sintomo

Allegato 3 SCALE DI VALUTAZIONE FUNZIONALE

DIPENDENZA NELLE ATTIVITÀ DI BASE DELLA VITA QUOTIDIANA (BADL)

(MDS ADL- Long form, in JN Morris, BE Fries, SA Morris, Journal of Gerontology, 1999)

Per ogni attività, assegnare i seguenti punteggi, considerando la performance della persona (ciò che la persona fa nel suo ambiente, con ausili ma senza assistenza personale) durante gli ultimi 7 giorni

Indipendente: nessun aiuto o supervisione 1 o 2 volte durante l'ultima settimana **0**

Supervisione: supervisione 3 o più volte e aiuto fisico meno di 3 volte durante l'ultima settimana **1**

Assistenza leggera: anziano molto collaborante, aiuto fisico leggero (es. manovra guidata arti) 3 o più volte e aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) meno di 3 volte durante l'ultima settimana **2**

Assistenza pesante: anziano collaborante, aiuto fisico pesante (es. sollevamento di peso) 3 o più volte durante l'ultima settimana **3**

Assistenza totale: anziano non collaborante, totalmente dipendente dall'aiuto di altri (inclusa attività non svolta durante l'ultima settimana) **4**

ATTIVITÀ	PUNTEGGIO
1. VESTIRSI/SVESTIRSI <i>come la persona indossa, allaccia e si toglie i vestiti, scarpe, protesi, apparecchi ortopedici, dalla vita in su</i>	
2. IGIENE PERSONALE <i>come la persona si lava e si asciuga mani, braccia, viso, piedi e perineo, si pettina, si rade, si lava i denti</i>	
3. USO DEL W.C. <i>come la persona va nel bagno, si siede e si rialza, si pulisce, si riveste; come gestisce gli ausili</i>	
4. SPOSTAMENTI IN CASA <i>come la persona si sposta tra due punti all'interno della propria abitazione, anche se su carrozzina</i>	
5. TRASFERIMENTI <i>come la persona compie i trasferimenti letto - posizione eretta - posizione seduta; esclusi trasferimenti per minzione/ evacuazione</i>	
6. MOBILITÀ NEL LETTO <i>come la persona cambia posizione quando è a letto (da steso a seduto e viceversa, da fianco a fianco)</i>	
7. ALIMENTAZIONE <i>come la persona beve e mangia; se alimentato con sondino, PEG o per via parenterale, considerare come gestisce gli ausili</i>	
PUNTEGGIO TOTALE (RANGE 0 - 28)	

ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA QUOTIDIANA (IADL)

(Lawton M.P. e Brody E.M., *Gerontologist*, 9:179-186, 1969)

Capacità di usare il telefono

[1]	Usa il telefono di propria iniziativa	1	
[2]	Compone solo alcuni numeri ben conosciuti	1	
[3]	Risponde ma non è capace di comporre il numero	1	
[4]	Non risponde al telefono	0	
	Non applicabile		NA

Fare Acquisti

[1]	Fa tutte le proprie spese senza aiuto	1	
[2]	Fa piccoli acquisti senza aiuto		0
[3]	Ha bisogno di essere accompagnato	0	
[4]	Completamente incapace di fare acquisti	0	
	Non applicabile		NA

Preparazione del cibo

[1]	Organizza, prepara e serve pasti adeguatamente preparati	1	
[2]	Prepara pasti adeguati solo se sono procurati gli ingredienti		0
[3]	Scalda o serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata	0	
[4]	Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti		0
	Non applicabile		NA

Governo della casa

[1]	Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per esempio aiuto per i lavori pesanti)	1	
[2]	Esegue compiti quotidiani leggeri ma non mantiene un accettabile livello di pulizia della casa	1	
[3]	Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di governo della casa	0	
[4]	Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa	0	
	Non applicabile		NA

Biancheria

[1]	Fa il bucato personalmente e completamente	1	
[2]	Lava le piccole cose (calze, fazzoletti)	1	
[3]	Tutta la biancheria deve essere lavata da altri	0	
	Non applicabile		NA

Mezzi di trasporto

[1]	Si sposta da solo sui mezzi pubblici o guida la propria auto	1	
[2]	Si sposta in taxi ma non usa mezzi di trasporto pubblici	1	
[3]	Usa i mezzi di trasporto se assistito o accompagnato	1	
[4]	Può spostarsi solo con taxi o auto e con assistenza	0	
[5]	Non si sposta per niente	0	
	Non applicabile		NA

Responsabilità nell'uso dei farmaci

[1]	Prende le medicine che gli sono state prescritte		1
[2]	Prende le medicine se sono preparate in anticipo e in dosi separate	0	
[3]	Non è in grado di prendere le medicine da solo		0
	Non applicabile		NA

Capacità di maneggiare il denaro

[1]	Maneggia le proprie finanze in modo indipendente		1
[2]	È in grado di fare piccoli acquisti		1
[3]	È incapace di maneggiare i soldi		0
	Non applicabile		NA

Totale funzioni conservate ___ /8 (se femmina)

Totale funzioni conservate ___ /5 (se maschio)

GUIDA ALLA COMPILAZIONE [Scala IADL](#)

DATI ASSISTITO.....	Compilare sempre: Cognome/Nome. Data di nascita / Codice fiscale: compilare solo se la scheda non è sempre allegata alla scheda di domanda (cartella unica assistito) e se si ritiene necessario.
Obiettivo della scheda.....	La scala delle IADL valuta le capacità di compiere attività che vengono normalmente svolte anche da soggetti anziani e che sono considerate necessarie per il mantenimento della propria indipendenza.
Modalità di compilazione.....	È importante barrare la casella corrispondente a “non applicabile” quando il mancato esercizio di un’attività non è dovuto a perdita della funzione ma l’attività non è mai stata svolta anche quando le persone erano completamente autosufficienti; questo si verifica specialmente per quanto riguarda gli uomini, in quelle attività che sono prevalentemente svolte da donne (preparazione del cibo, governo della casa, biancheria).
Data chiusura scheda.....	Indicare la data in cui la scala risulta completata; questo nel caso in cui sono stati necessari più incontri e/o colloqui per compilarla.

Allegato 4 – REQUISITI ABCD₂ PER IL RICOVERO NEI SOGGETTI CON TIA

Criterio ABCD₂ Identifica:

- 0-3 rischio basso (1% rischio ictus a 2 gg)
- 4-5 rischio moderato (4% a 2 gg)
- 6-7 rischio alto (8.1% a 2 gg)

REQUISITI ASSOLUTI

- presentazione entro le 48 ore dall'esordio dei sintomi (se presentazione > 48 ore solo gestione ambulatoriale)

REQUISITI ULTERIORI (entro le 48 ore)

- sempre con ABCD₂ > 5
- sempre con eventi ripetuti (1/die negli ultimi 2 gg o > 1 evento al giorno)
- sempre con sintomatologia focale ripetuta e a differente localizzazione stimabile fra i differenti episodi

Decisioni dipendenti dal ABCD₂ score:

- ABCD₂ 0-2 Gestione ambulatoriale (dimissione a domicilio dalla Neurologia, dal PS, day service internistico, a seconda delle modalità di presentazione)
- ABCD₂ 3-4 Ricovero in obi, medicina d'urgenza, medicina interna e neurologia
- ABCD₂ > 5 Ricovero in Stroke Unit

Allegato 5 schema consenso

**Progetto regionale “Dalla medicina d’attesa alla sanità d’iniziativa”
INFORMATIVA
ai sensi dell’art. 13, decreto legislativo 196/2003 (Codice sulla protezione dei dati personali)**

Gentile Assistita/o,

la Regione Toscana ha promosso un nuovo sistema di gestione delle malattie croniche, volto a prevenirne per quanto possibile l’insorgenza o limitarne l’aggravamento e a migliorare la qualità dell’assistenza. Tale sistema prevede che i cittadini affetti da patologie croniche, o esposti a fattori di rischio, siano assistiti da un gruppo di professionisti, costituito da medico di famiglia, infermiere ed altri operatori sanitari, nominati incaricati del trattamento, sulla base di protocolli assistenziali predefiniti.

Le aziende USL hanno il compito di monitorare la corretta applicazione dei protocolli: ciò richiede che il gruppo di professionisti che La assiste raccolga alcune indispensabili informazioni sulla Sua salute e le trasmetta alla Sua azienda USL di riferimento.

Le chiedo gentilmente di compilare il modulo allegato per comunicare se **è disponibile/non è disponibile** a rendere note alla Sua azienda USL di riferimento alcune indispensabili informazioni sulla Sua salute per consentire il monitoraggio sull’applicazione dei protocolli e la valutazione della qualità dell’assistenza.

La informo, inoltre, che, ai sensi del decreto legislativo 196/2003:

- titolari del trattamento dei dati sono il Suo medico di fiducia, dr....., appartenente al gruppo assistenziale..... (ASL.....) e la sua azienda sanitaria di riferimento, per finalità di monitoraggio e valutazione della qualità dell’assistenza;
- per qualunque informazione inerente l’attuazione della sanità d’iniziativa può rivolgersi all’Ufficio Relazioni con il Pubblico dell’ASL....., tel.....

La ringrazio la collaborazione.

Il medico di famiglia

.....

Garanzia sulla riservatezza dei dati - Le informazioni che saranno rilevate saranno considerate assolutamente confidenziali. Le informazioni saranno elaborate dall’azienda USL e restituite esclusivamente al gruppo di professionisti che l’assiste. Ogni operazione di trattamento dei dati che La riguardano sarà improntata ai principi di correttezza, liceità e trasparenza stabiliti dal decreto legislativo 196/2003 (Codice sulla protezione dei dati personali), tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti. I dati potranno essere trattati dall’Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ai sensi della legge regionale 40/2005 (Disciplina del Servizio sanitario regionale) per le sue finalità istituzionali e nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto/a.....,
nata/o a, il

(contrassegnare con una X una sola delle due opzioni seguenti)

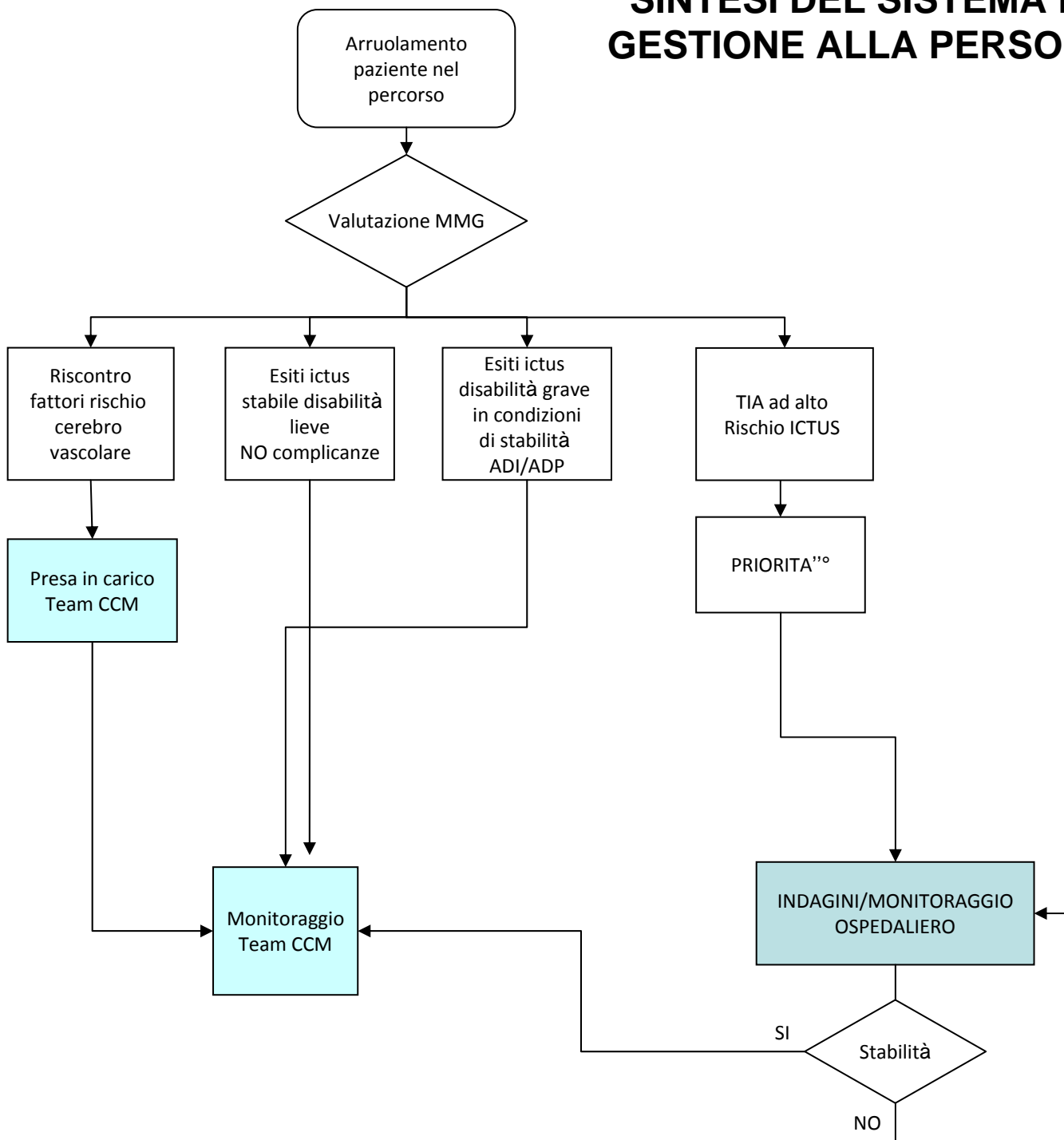
acconsento a che alcune indispensabili informazioni sulla mia salute siano rese note alla mia azienda USL di riferimento per finalità di monitoraggio e valutazione dell’assistenza sanitaria;

non acconsento a che alcune indispensabili informazioni sulla mia salute siano rese note alla mia azienda USL di riferimento per finalità di monitoraggio e valutazione dell’assistenza sanitaria.

Data _____

Firma _____

SINTESI DEL SISTEMA DI GESTIONE ALLA PERSONA



“PRIORITA’”: secondo i seguenti criteri:
ABCD₂ 0-2 Sintomatologia riferita entro le 48 ore