

IL PERCORSO INTEGRATO DI CURA DEL PAZIENTE COLPITO DA ICTUS ACUTO NELL'AREA VASTA GIULIANO ISONTINA

Gruppo di lavoro

Sandro Centonze –Programmazione & Controllo (AOUTs) -Coordinatore

Fabio Chiodo-Grandi - Associazione ALICE

Vittorio Antonaglia – 118 (ASS1)

Doriano Battigelli – MMG, Trieste

Barbara Brajnik – 118 (ASS1)

Gabriella Cernigoj – Riabilitazione, Distretto 3 (ASS1)

Gilberto Cherri – Riabilitazione, Distretto 2 (ASS1)

Stefano Chiarandini –Chirurgia Vascolare (AOUTs)

Paola Comuzzi – Distretto 2, UO Anziani e Residenze (ASS1)

Maria A. Cova –Radiologia (AOUTs)

Carlo De Vuono – Distretto 4, UO Anziani e Residenze (ASS1)

Giuseppe Giagnorio – 118 (ASS2)

Angela Giovagnoli – Riabilitazione, Distretto 4 (ASS1)

Barbara Gregoretti – Direzione Medica di Presidio (AOUTs)

Nadia Koscica –Clinica Neurologica (AOUTs)

Gabriella Lamprecht – Direzione Sanitaria (AOUTs)

Giuseppe Latella – MMG (ASS2)

Lucio Giuseppe Lazzarino de Lorenzo – S.C. Neurologia (ASS2)

Barbara Mazzoleni – Distretto 3, ASS1

Marcello Naccarato –Clinica Neurologica (AOUTs)

Stefano Palcic –Farmaceutica (ASS1)

Valentina Pesavento –Medicina Riabilitativa (AOUTs)

Cristina Pierluca –. ORL (AOUTs)

Paolo Platania –Riabilitazione (ASS2)

Fabio Pozzi Mucelli –Radiologia (AOUTs)

Silvia Ros –Neurologia (ASS2)

Carlo Emanuele Saggese –Neurologia (ASS2)

Diego Stefi –Clinica Neurologica (AOUTs)

Leonello Tacconi –Neurochirurgia (AOUTs)

Maja Ukmar– Radiologia (AOUTs)

Walter Zalukar –Pronto Soccorso (AOUTs)

Elena Zorzetto – Riabilitazione, Distretto 4 (ASS1)

PREMESSA

L'Ictus acuto, tra le innumerevoli patologie cronico-degenerative dell'anziano, è uno degli eventi più imprevedibili ed invalidanti.

Nell'Area Vasta Giuliana Isontina (circa 380.000 residenti nel 2013) circa 1.000 dimissioni ogni anno riguardano pazienti con Ictus acuto. Nel 2011 i decessi attribuiti in Area Vasta a questa malattia sono stati 517 (dati Istat¹). Si stimano circa 6.300 cittadini residenti nelle due Province di Gorizia e Trieste sopravvissuti ad un evento cerebrovascolare acuto maggiore (ictus).

L'ictus acuto è definito nelle Linee Guida SPREAD (14 marzo 2012) come *“l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale”*². Si tratta di infarto cerebrale ischemico nell'80% dei casi, emorragia cerebrale nel 15%, emorragia parenchimale ed emorragia sub aracnoidea nel restante 5%. Quando il quadro clinico evidenzia un peggioramento del deficit neurologico attribuibile ad estensione della lesione cerebrale nell'arco di ore o giorni dall'insorgenza dei primi sintomi, l'ictus è definito in progressione o in evoluzione.

Sempre le linee guida SPREAD 2012 considerano l'Attacco Ischemico Transitorio (*Transient Ischaemic Attack: TIA*) come *“l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore”*³. Quando due episodi riferibili a TIA si verificano in 24 ore, o tre episodi o più in 72 ore, si parla di TIA “in crescendo”.

L'EPIDEMIOLOGIA E LA PREVENZIONE DELL'ICTUS

L'ictus è la seconda malattia a prognosi infausta nel mondo.

Ogni anno, negli Stati Uniti e in Europa Occidentale continuano a verificarsi circa 1,75 milioni di nuovi casi di ictus ischemico. La malattia ha un impatto notevole sui budget sanitari in tutti i Paesi del mondo e non solo incide sulla disponibilità di spesa sanitaria degli Enti e degli Ospedali ma anche sui redditi e sulle capacità di spesa delle singole famiglie.

A livello mondiale, nel 1990, l'Ictus ischemico era responsabile di oltre 86.000.000 di anni di vita vissuti con disabilità-DALY. Questi ultimi nel 2010 sono aumentati del 21% (oltre 102.000.000 DALY/yr)⁴. A livello globale l'ictus è al terzo posto come condizione di disabilità e ha registrato una crescita costante negli ultimi 20 anni (+20%).

L'Italia, con altri Paesi europei, si differenzia dal quadro globale fin qui descritto. Dal 1990 al 2010 nel nostro Paese si è verificato un significativo decremento della disabilità conseguente ad ictus (-26%). Ciò significa che da circa 1,1 milione di anni vissuti con disabilità (DALY) attribuibili ad un evento cerebrovascolare di tipo ischemico (o emorragico acuto) si è passati a poco più di 800 mila DALY.

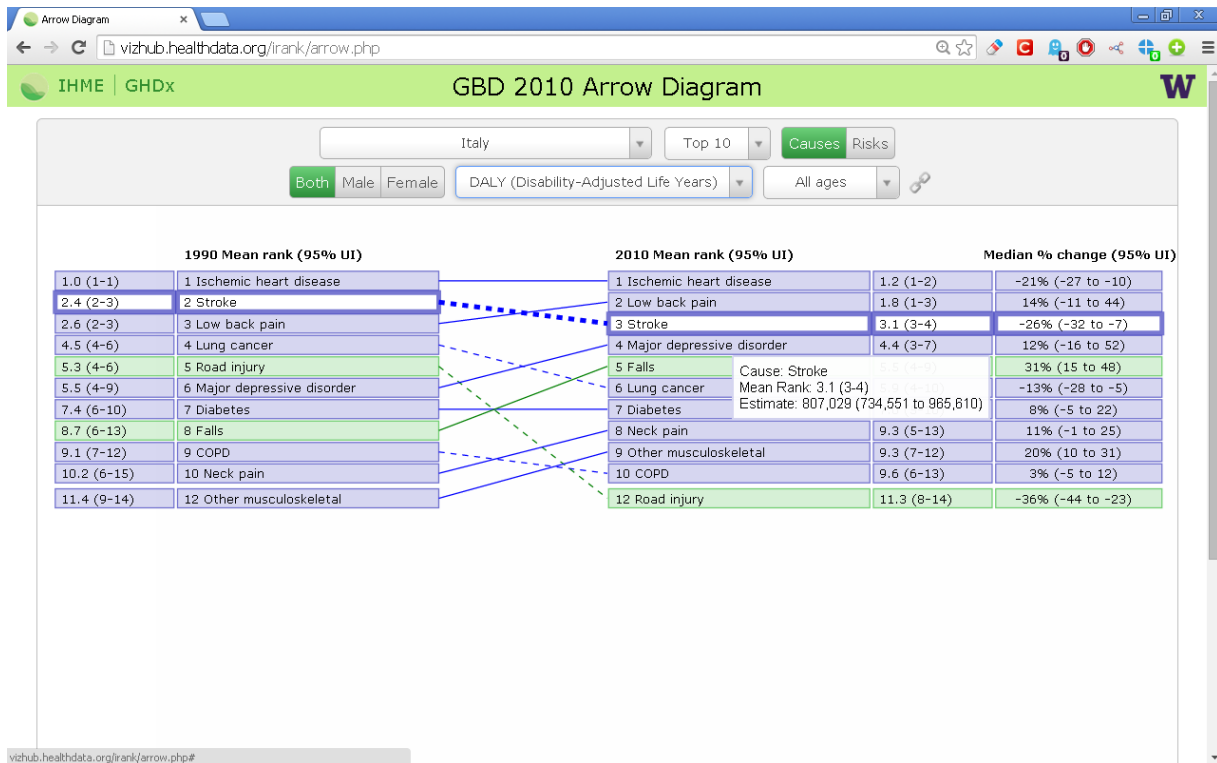
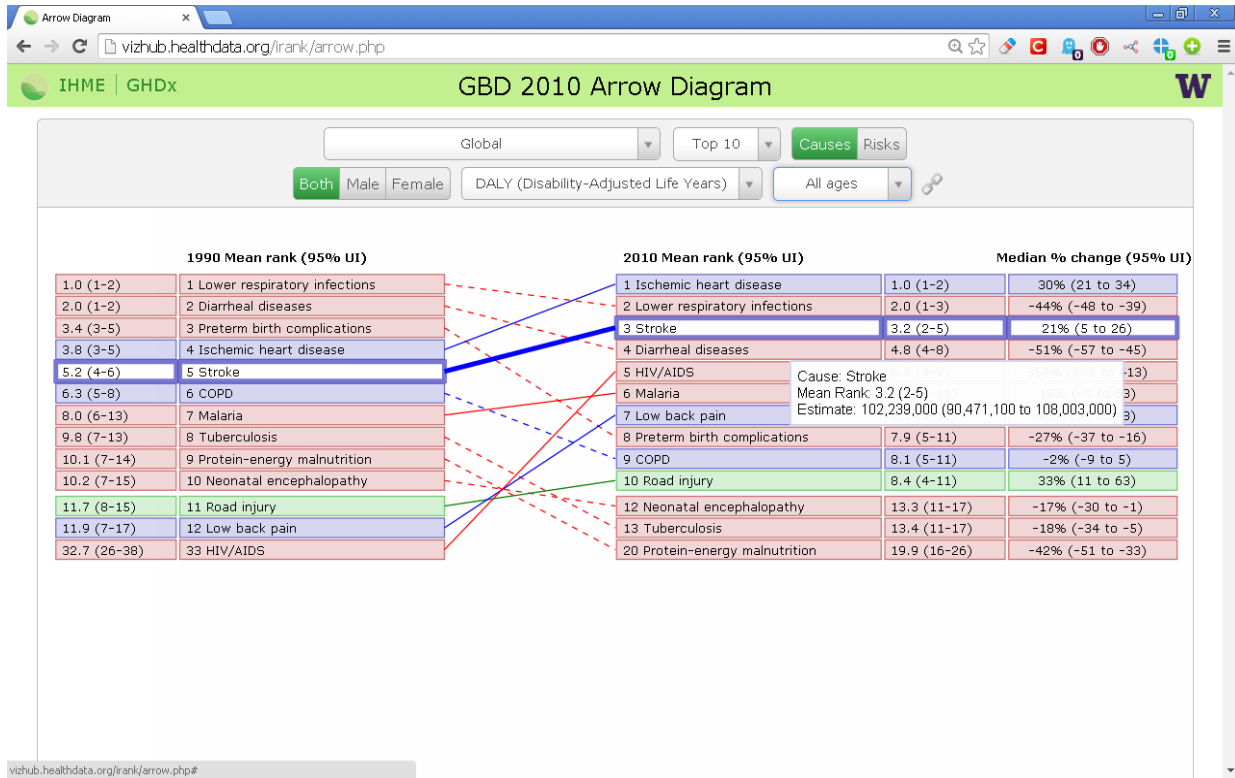
¹ ISTAT, <http://dati.istat.it/#> Dati estratti il 16 ott 2014, 03h53 UTC (GMT), da [I.Stat](#)

² SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion - Ictus cerebrale: Linee guida italiane, 14 Marzo 2012; pag. 8.

³ Ibidem, pag. 7.

⁴ [Stime tratte da: <http://vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php>, ultimo accesso 10.09.2014].

PDTA del paziente con Ictus



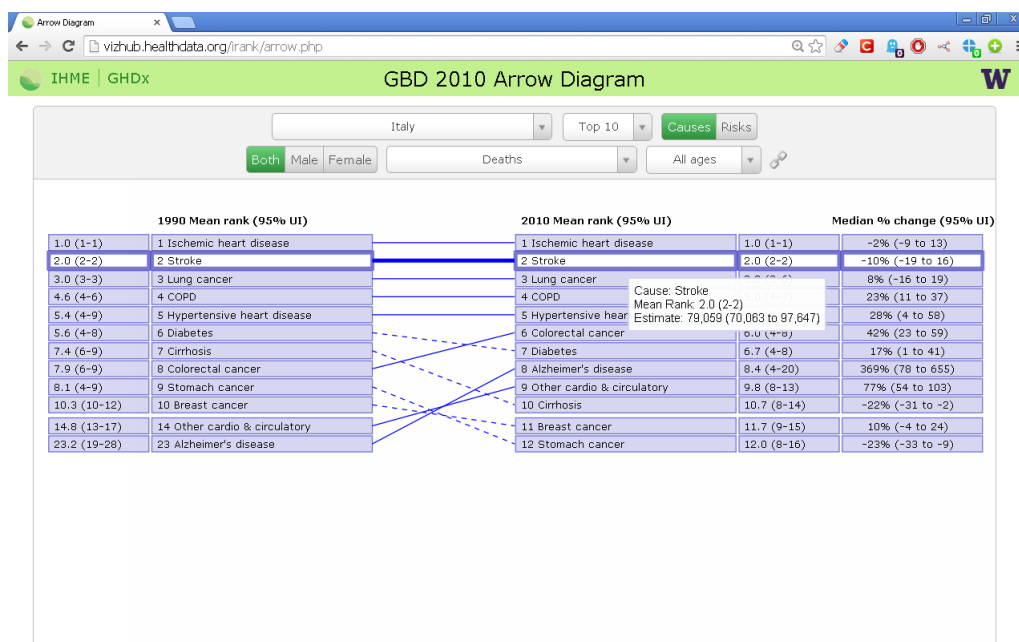
PDTA del paziente con Ictus



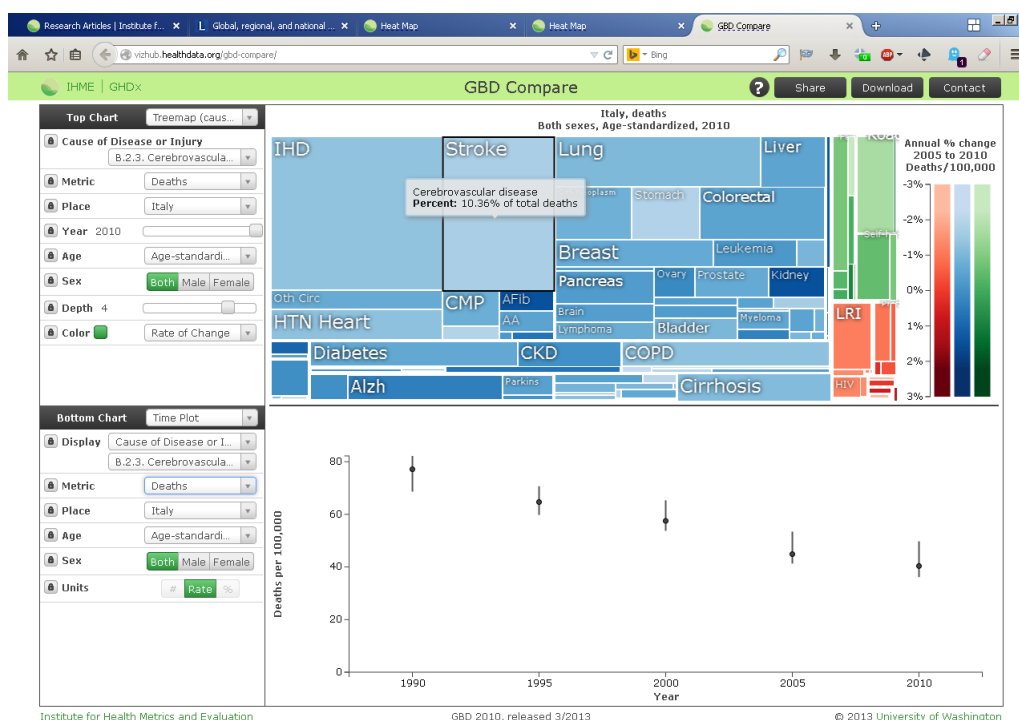
[Figure tratte da: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>]

L'ictus è caratterizzato da una alta mortalità. Si tratta della seconda causa di morte a livello globale. Il numero di decessi è aumentato del 27% negli ultimi 20 anni.

Anche in Italia l'Ictus rappresenta la seconda causa di morte (e di morti premature) dopo le malattie ischemiche del miocardio. Tuttavia, a differenza del trend osservato a livello mondiale (rapido incremento) e di quello di molti altri paesi industrializzati (lieve flessione, -2% in 20 anni), l'Italia registra un numero di decessi attribuibili ad ictus inferiore del 10% rispetto a 20 anni fa (da 85.000 a circa 79.000/anno) ed un numero di anni perduti prematuramente ridotti del 32% (da 1.009 a 708 YLLs).



PDTA del paziente con Ictus



[Figure tratta da: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>]

Gli ultimi dati Istat disponibili (mortalità anno 2011) indicano che i morti per malattie cerebrovascolari sono stati in tutto poco più di 60.500, si sono cioè ridotti di circa 3.000 rispetto al 2009.

	Decessi Anno 2011			Decessi Anno 2009			Var decessi con 2009			Var % decessi con 2009		
	U	D	totale	U	D	totale	U	D	totale	U	D	totale
Italia	23915	36609	60524	24957	38338	63295	-1042	-1729	-2771	-4,36	-4,72	-4,58
Nord-est	3804	6062	9866	3995	6284	10279	-191	-222	-413	-5,02	-3,66	-4,19
Trentino Alto Adige / Südtirol	276	427	703	272	447	719	4	-20	-16	1,45	-4,68	-2,28
Veneto	1427	2337	3764	1507	2298	3805	-80	39	-41	-5,61	1,67	-1,09
Friuli Venezia Giulia	473	803	1276	504	820	1324	-31	-17	-48	-6,55	-2,12	-3,76
Udine	198	303	501	215	329	544	-17	-26	-43	-8,59	-8,58	-8,58
Gorizia	57	106	163	49	98	147	8	8	16	14,04	7,55	9,82
Trieste	109	245	354	152	218	370	-43	27	-16	-39,45	11,02	-4,52
Pordenone	109	149	258	88	175	263	21	-26	-5	19,27	-17,45	-1,94

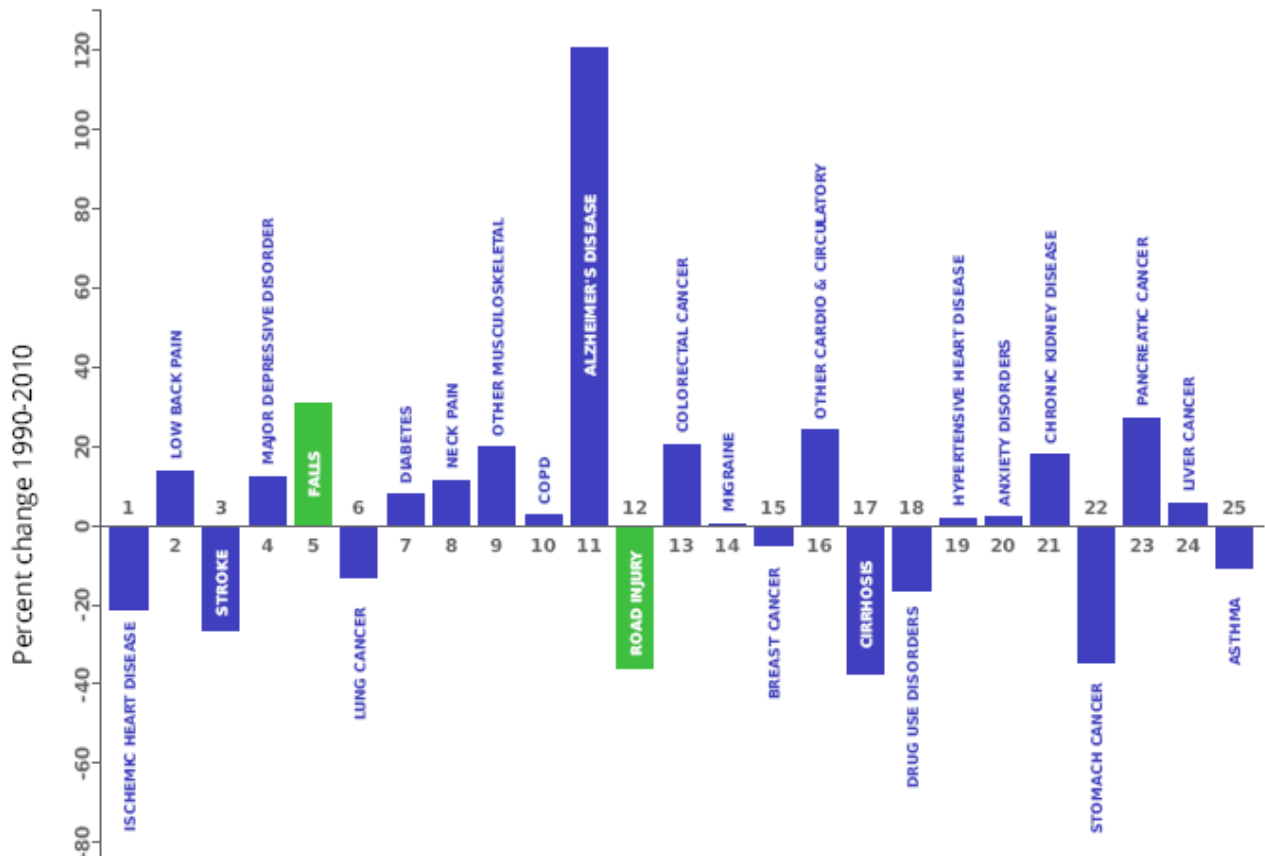
Fonte: ISTAT, <http://dati.istat.it/#> Dati estratti il 16 ott 2014, 03h53 UTC (GMT), da **I.Stat**

L'Ictus, assieme ad altre condizioni croniche (malattie a carico del sistema cardiocircolatorio, cancro al polmone, stomaco e mammella, cirrosi, asma), ha diminuito il suo impatto ("burden") sul profilo sanitario italiano⁵. Ciò si deve evidenzia probabilmente ai primi effetti delle misure preventive adottate nel nostro Paese, ad un aumento di consapevolezza nella popolazione generale, al miglioramento delle abitudini di vita e delle condizioni alimentari ed ad una migliore performance nel campo organizzativo e tecnologico.

⁵ Da GDB Profile:Italy, accessibile su:

http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/country_profiles/GBD/ihme_gbd_country_report_ita.ly.pdf, a cura dell'Institute for Health Metrics and Evaluation. Seattle, WA 98121 USA

Leading causes of DALYs and percent change 1990 to 2010 for Italy



[Figura tratta da *GDB Profile:Italy*. Accessibile su: <http://www.healthdata.org/results/country-profiles>]

Si può ottimisticamente affermare che il quadro delineato in precedenza si inserisce in un modello di sanità pubblica che ha sviluppato azioni miranti a ridurre l'insorgenza della patologia e anche a limitarne gli effetti in termini di disabilità.

Se le misure preventive stanno contribuendo a ridurre l'incidenza dell'ictus, altri fattori, organizzativi e relativi al miglioramento delle cure, favoriscono una maggiore sopravvivenza dei pazienti che ne sono colpiti, ossia ne riducono la mortalità come anche la disabilità associata. L'ictus acuto, infatti, è caratterizzato da una mortalità a 30 giorni molto elevata (tasso di letalità o "case fatality") ed i recenti confronti europei pubblicati dall' *European Heart Network*⁶ evidenziano che, a fronte di una riduzione di incidenza nei paesi a più alto reddito, il tasso di letalità si riduce molto meno⁷.

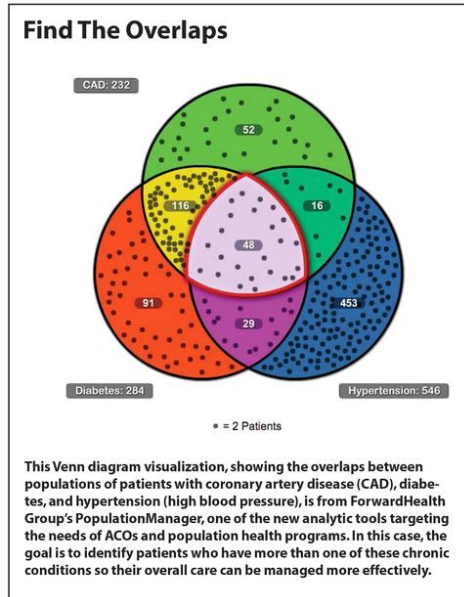
All'interno della UE esistono differenze molto marcate di questo indicatore (mortalità a 30 giorni). Per l'ictus ischemico questa varia tra il 2,6% in Danimarca ed il 9,7% in Slovenia (Italia 3,4%). Il Tasso di letalità per la forma emorragica è più elevato (con variazioni all'interno dei Paesi UE che vanno dal 6,5% in Finlandia al 38,6% in Belgio; Italia 17,6%).

⁶ Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). *European Cardiovascular Disease Statistics 2012*. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipoli

⁷ Feigin VL, Lawes CM, Bennett DA, Barker-Collo SL, Parag V. Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population-based studies: a systematic review. *Lancet Neurol* 2009;8(4):355-69.

PDTA del paziente con Ictus

	pazienti			Totale Condizioni	
	1 condiz	2 condiz	3 condiz		
1) Hypertension (high blood pressure) Hyper + CAD	453 41,9%	16 1,5%		564	52,2%
2) Diabetes Hyper + Diab + CAD	91 8,4%		48 4,4%	284	26,3%
Diab + Ipert			29 2,7%		
3) CAD (Coronary Artery Disease) CAD + Diab	52 4,8%		116 10,7%	232	21,5%
				1.080	100%



In Europa il dato mediano di letalità standardizzato per età registrato per l'infarto acuto del miocardio, ictus ischemico e ictus emorragico è rispettivamente di 4.7%, 4.4% and 18.6%.

Rispetto agli studi condotti nel 2000 e poi nel 2005 (che prevedevano una crescita impressionante di eventi cerebrovascolari acuti e che stimavano una prevalenza di oltre 1.000.000 di cittadini con sequele a lungo termine della malattia) sarebbe opportuno approfondire gli aspetti che hanno modificato in modo così drastico e incoraggiante il quadro epidemiologico, anche a livello regionale.

Da tali aspetti si possono trarre delle considerazioni dall'apparenza

complicate ma che si ritengono utili per comprendere l'importanza della prevenzione primaria e "secondaria"⁸ dell'ictus.

	Year	30-day case-fatality rate after admission for AMI		30-day case-fatality rate after admission for ischaemic stroke		30-day case-fatality rate after admission for hemorrhagic stroke	
		Crude rate	Age - sex standardized rate (%)	Crude rate	Age - sex standardized rate (%)	Crude rate	Age - sex standardized rate (%)
Austria	2009	8.6	5.7	6.3	3.1	15.6	12.1
Belgium	2007	13.4	8.6	15.3	8.6	45.8	38.6
Czech Republic	2009	6.6	4.3	10.3	5.8	21.3	18.0
Denmark	2009	3.9	2.3	4.6	2.6	19.7	16.4
Finland	2009	10.6	4.8	5.8	2.8	9.3	6.5
Germany	2009	10.4	6.8	8.0	4.0	17.6	13.8
Iceland	2009	7.1	3.0	8.0	2.8	19.7	14.1
Ireland	2009	6.8	4.3	10.2	6.1	25.2	23.9
Israel	2009	6.8	4.5	5.9	3.5	24.2	20.9
Italy	2009	6.5	3.7	7.3	3.4	22.2	17.6
Luxembourg	2009	5.0	5.2	8.3	4.5	30.6	24.3
Netherlands	2007	7.2	5.3	8.6	5.7	27.3	22.4
Norway	2009	5.0	2.5	6.5	2.8	16.6	11.6
Poland	2009	4.8	3.9				
Portugal	2008	9.7	6.6	11.1	6.2	25.4	23.0
Slovak Republic	2009	7.3	5.7	10.7	7.1	29.0	25.5
Slovenia	2009	6.4	4.7	15.3	9.7	28.8	25.1
Spain	2009	8.4	5.6	11.0	6.1	27.4	23.9
Sweden	2007	6.6	2.9	8.4	3.9	17.2	12.8
Switzerland	2008	6.9	4.5	8.2	4.3	19.9	14.8
United Kingdom	2009	9.1	5.2	12.9	6.7	23.3	19.3

Sources: OECD Health Data 2011 <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/>
The total rates have been age-sex standardized to the 2005 OECD population (45+).
Notes: Rates are 'admission based' rates, reflecting fatalities occurring in the same hospital only. Blank cells indicate data were not available.

[Figura tratta da: *Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012, Pag. 41. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis*]

La gestione e la "presa in carico" del paziente con patologia cronica o in una fase acuta –in

⁸ Per prevenzione "secondaria" si intende nel caso dell'ictus, l'insieme di misure anche farmacologiche relative al controllo dei fattori di rischio che ne favoriscono la recidiva.

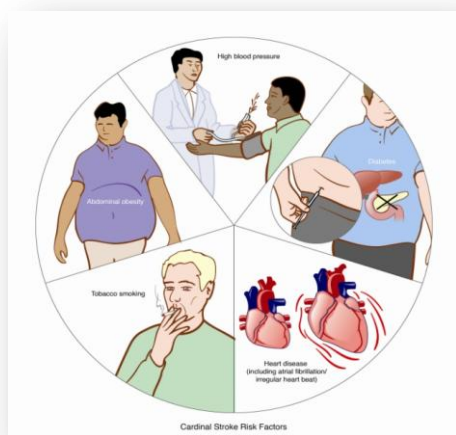
cui si rendono evidenti o si slatentizzano più condizioni di cronicità **contemporaneamente**– non può che avvenire con procedure comuni e condivise, standardizzate ai più alti livelli di qualità.

La figura a sinistra⁹ evidenzia il concetto che nessun percorso di cura dedicato ad una condizione o patologia possa essere considerato isolatamente. Infatti, trattare le patologie o le condizioni numerate nel diagramma di Venn isolatamente (ipertensione, diabete, arteriopatie coronariche), significa affrontare isolatamente **1.080 eventi**, mentre **i pazienti affetti da tali eventi sono 805**.

Questo modello di cura è praticato da anni negli Stati Uniti¹⁰ ed è recepito dalle recenti Linee Guida nazionali sul Diabete mellito (“Standard italiani per la cura del diabete mellito 2014”; www.standarditaliani.it - 28 Maggio 2014). Si ribadisce pertanto la collaborazione tra discipline e specialisti di diversa provenienza ed esperienza.

La precedente figura considera ipertensione, diabete, arteriopatie coronariche come condizioni patologiche che possono o meno essere contemporaneamente presenti nel paziente. Il successivo elenco evidenzia i fattori di rischio per Ictus determinanti l’insorgere di un evento cerebrovascolare acuto.

Fattore di Rischio	Relazione con l’Ictus
I ipertensione arteriosa	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus
F umo	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus Aumenta la pressione arteriosa e crea ipossia
l ercolesterolemia	Causa danni alle pareti dei vasi cerebrali eventualmente esitanti in Ictus Contribuisce al danno vascolare spesso causa di Ictus
D iabete	Può causare danno al microcircolo e può aumentare il rischio di Ictus
A limentazione, i nattività f isica ed o besità	Possono condurre a ipertensione e all’aumento di lipidi e colesterolo ematico
E ccesso di a lcool	Aumenta la pressione arteriosa e rende maggiormente probabile la fibrillazione atriale
F ibrillazione atriale	Aumenta il rischio di Ictus (sino a 5 volte)



La prevenzione primaria dell’Ictus si può attuare con uno sforzo congiunto dei diversi attori che operano nel sistema-salute. I principali protagonisti sono gli MMG ed il Distretto Sanitario e gli altri Servizi del Territorio (SID, Dipt. Prevenzione, Dipt. Dipendenze, specialisti, ecc.). Questi devono intervenire in modo coordinato sulle condizioni che predispongono e favoriscono la diffusione delle malattie cerebrovascolari (Ictus in testa).

Di recente è stato stimato che un intervento mi-

⁹ Tratta da: David F. Carr. Healthcare IT In The Obamacare Era. InformationWeek HealthCare, Feb 2014. <http://dc.ubm-us.com/i/259849> - ultimo accesso il 5.06.2014

¹⁰ Vincent Bufalino, Mary Ann Bauman, Jay H. Shubrook, et Al. Evolution of “The Guideline Advantage”: Lessons Learned From the Front Lines of Outpatient Performance Measurement. *Diabetes Care* 2014;37:1745–1750 (DOI: 10.2337/dc14-0901)

rante a ridurre l'ipertensione arteriosa potrebbe evitare, in una popolazione di 1.000.000 di abitanti, 266 eventi di Ictus (il 19% di tutti i nuovi Ictus che potrebbero insorgere in un anno). Se l'intervento riduce l'abitudine al fumo si eviterebbero ulteriori 236 eventi (-17%) e altri 99 (-7%) se le azioni preventive sono rivolte a correggere l'ipercolesterolemia¹¹.

*Sintesi dell'efficacia delle misure di prevenzione primaria sugli ictus incidenti in una ipotetica popolazione di 1 milione di abitanti*¹²

TABLE 3 Summary of the effectiveness of drug therapies for the (primary) prevention of first-ever stroke in a population of one million people

Strategy/ intervention	Target population (% of general population)	Relative risk (95% CI)	Stroke risk per year		Relative risk reduction (RRR) (95% CI)	Absolute risk reduction (ARR)	No. of strokes avoided per year among target population	% of 1,400 first-ever ischaemic strokes avoided each year in a population of one million
			Control	Intervention				
Nil	988,000	1.0	0.14%	N/A	0	0	0	0
Blood pressure- lowering (by 10 mm Hg systolic)	115,600 (11.7%)	3.6 (2.2–5.8)	0.51%	0.28%	46% (35–55%)	0.23%	266	19%
LDL-cholesterol lowering (by 1.0 mmol/l)	197,600 (20%)	1.4	0.19%	0.14%	36% (22–48%)	0.05%	99	7%
Anticoagulation for atrial fibrillation	4,887 (50% of individuals aged >40 with AF)	5.0	0.70%	0.25%	64% (49–74%)	0.35%	22	2%
Cigarette smo- king cessation	181,792 (18.4%)	1.9 (1.6–2.2)	0.27%	0.14%	47%	0.13%	236	17%
Nicotine replacement therapy	5,454 (3% of 181,792)	1.9 (1.6–2.2)	0.27%	0.14%	47%	0.13%	7	0.5%
HbA _{1c} -lowering	42,484 (4.3%)	3.8 (1.8–8.2)	0.53%	0.49%	7% (-6–19%)	0.04%	17	1%

[Figura tratta da: *Hankey G.* Ischaemic stroke--prevention is better than cure. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2010;40(1):56-63]

La prevenzione primaria è pertanto l'intervento più efficace per diminuire gli eventi cerebrovascolari acuti.

La **prevenzione secondaria** ha l'obiettivo di ridurre il rischio di incorrere in una recidiva di ictus.

Nei pazienti già colpiti da un evento acuto l'efficacia terapeutica o le misure di prevenzione secondaria evitano una recidiva e la probabilità di avere un secondo accidente cerebrovascolare si riduce in modo consistente (dal 10 al 31%)¹³. In questo caso le misure principali

¹¹ *Hankey G.* Ischaemic stroke--prevention is better than cure. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2010;40(1):56-63 (doi:10.4997/JRCPE.2010.111)

¹² *Ibidem*; pag. 61

¹³ *Ibidem*; pag. 58

sono, nell'ordine, l'abbassamento della pressione sistolica di almeno 10 mm/Hg, l'utilizzo di antitrombotici alla dimissione e l'interruzione del fumo.

TABLE 2 Summary of the effectiveness of interventions for the (secondary) prevention of recurrent stroke among 10,000 prevalent and 2,000 incident stroke and transient ischaemic attack survivors in a population of one million people

Strategy/intervention	Target population (% of all cases of prevalent and incident ischaemic stroke)	Stroke risk per year		Relative risk reduction (RRR) (95% CI)	Absolute risk reduction (ARR)	No. of strokes avoided per year among target population	% of 600 recurrent ischaemic strokes avoided each year in a population of one million
		Control	Intervention				
Nil	12,000	5.0%	N/A	0	0	0	0%
Carotid revascularisation	300 (15% of 2,000)	6.5%	3.5%	48% (38–60%)	3.0%	9	1.5%
Aspirin	9,240 (77%)	5.0%	4.4%	13% (6–19%)	0.7%	60	10%
Aspirin & ER dipyridamole	7,800 (65%)	4.4%	3.6%	18% (8–28%)	0.8%	51	8%
Clopidogrel	As for aspirin + ER dipyridamole						
Anticoagulants	960 (8%)	12.0%	4.0%	61% (37–75%)	7.3%	70	12%
Blood pressure-lowering (by 10 mm Hg systolic)	10,800 (90%)	5.0%	3.3%	34% (21–44%)	1.7%	184	31%
LDL-cholesterol-lowering (by 1 mmol/l LDL)	9,600 (80%)	5.0%	4.4%	12% (1–22%)	0.6%	58	10%
HbA _{1c} -lowering (by 0.9%)	2,400 (20%)	5.0%	4.65%	7% (-6–19%)	0.35%	8	1%
Cessation of cigarette smoking	2,400 (20%)	5.0%	2.6%	47%	2.4%	58	10%

[Figura tratta da: *Hankey G*. Ischaemic stroke--prevention is better than cure. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh* 2010;40(1):56-63]

Il rischio di recidiva si cumula nel tempo al ritmo del 4% l'anno e pertanto un paziente, a distanza di 10 anni da un primo evento, ha quasi il 43-44% di probabilità di ripetere un episodio ischemico o infartuale¹⁴. Simili sono i rischi per un infarto acuto del miocardio e per altre patologie vascolari periferiche.

Oltre al paziente con un ictus acuto, l'intervento di prevenzione secondaria deve concentrarsi anche sui pazienti con attacco ischemico transitorio (TIA)¹⁵ nei quali il tasso di Ictus successivo è significativamente alto (oltre il 10% a tre mesi).

Le precedenti considerazioni sottolineano che, per una moderna e corretta gestione dell'ictus, è fondamentale integrare le necessarie prestazioni sanitarie in acuto, o nell'immediato periodo sub-acuto, con ulteriori interventi sulle abitudini di vita e di lavoro dei pazienti, intervenire nel loro ambiente di vita e con interventi educativi miranti all'“empowerment” del paziente.

¹⁴ *Hardie K, Hankey GJ, Jamrozik K, Broadhurst RJ, Anderson C*. Ten-year risk of first recurrent stroke and disability after first-ever stroke in the Perth Community Stroke Study. *Stroke* 2004;35(3):731-5

¹⁵ *Giles MF, Rothwell PM*. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurology* 2007;6(12):1063-7

Per quanto riguarda l'Ictus Acuto oltre a parlare di **Percorso Integrato di Cura (PIC)** o **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA)** si dovrebbe parlare di **Modello di cura per l'Ictus Acuto** in quanto vengono mobilitati un insieme di attori attorno ad una patologia tra le più invalidanti in assoluto.

Il prototipo che si presenta potrebbe essere considerato come un elemento o un tassello importante da inserire in un sistema di "Chronic Care Model" per l'intero territorio delle due Province di Gorizia e Trieste dove sono presenti tutte le condizioni necessarie per favorire cooperazione ed una rete resiliente di servizi e di associazioni dedicate.

I COSTI DELL'ICTUS ACUTO

Il costo del trattamento dell'ictus è in continua crescita.

Secondo le ultime stime disponibili a livello europeo (European Heart Network, Bruxelles, 2012¹⁶) l'Europa dovrà prepararsi a spendere ogni anno da 72 a 183 miliardi di euro solo per curare le persone colpite da Ictus.

Le due tabelle successive, estratte dal lavoro di Nichols, et Al.¹⁶, stimano per l'Italia una spesa sanitaria nell'anno 2009 pari a oltre 2,7 miliardi di Euro. A questi costi diretti si devono aggiungere costi indiretti per le cure "informali" (out of pocket) pari a 1,5 miliardi e la perdita di produttività causati dagli anni di vita perduti prematuramente e della disabilità che ne deriva. Questi ultimi costi si sono stimati, per l'Italia, pari a 392 milioni di Euro per perdita di produttività e di circa 45 milioni di Euro per disabilità attribuite alla mortalità da malattie cerebrovascolari acute¹⁷.

Da questi dati nazionali deriva un costo di oltre 100 milioni di Euro/anno per la Regione Friuli Venezia Giulia in termini di cure, sia formali che informali e di ricaduta sulla produttività, per il trattamento dell'ictus (con un peso relativo del 2,6% sul Fondo sanitario regionale, costi diretti).

¹⁶ Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis

¹⁷ Ibidem, pagg. 122-123

PDTA del paziente con Ictus

Table 12.4 Health care costs of cerebrovascular diseases (€ thousands) by country, 2009, EU

Country	Primary care	Outpatient care	A&E	Inpatient care	Medications
Austria	€ 7,864	€ 12,745	€ 5,269	€ 389,985	€ 27,851
Belgium	€ 23,484	€ 7,581	€ 1,192	€ 189,615	€ 38,481
Bulgaria	€ 5,063	€ 6,008	€ 1,508	€ 25,246	€ 7,627
Cyprus	€ 602	€ 1,928	€ 508	€ 2,716	€ 1,633
Czech Rep.	€ 12,253	€ 27,611	€ 6,098	€ 283,717	€ 21,180
Denmark	€ 8,174	€ 9,252	€ 5,624	€ 201,556	€ 10,758
Estonia	€ 2,436	€ 4,567	€ 2,701	€ 26,743	€ 1,458
Finland	€ 10,814	€ 12,229	€ 6,311	€ 701,725	€ 9,389
France	€ 43,044	€ 66,390	€ 7,291	€ 1,240,771	€ 172,532
Germany	€ 491,658	€ 1,170,342	€ 19,842	€ 4,016,170	€ 264,919
Greece	€ 17,943	€ 39,985	€ 7,982	€ 429,643	€ 67,606
Hungary	€ 12,087	€ 14,425	€ 2,316	€ 77,699	€ 26,021
Ireland	€ 7,356	€ 6,882	€ 2,946	€ 30,539	€ 12,906
Italy	€ 218,466	€ 201,049	€ 51,816	€ 2,014,216	€ 220,555
Latvia	€ 2,809	€ 4,412	€ 1,430	€ 32,711	€ 2,227
Lithuania	€ 5,438	€ 5,352	€ 2,534	€ 18,335	€ 4,168
Luxembourg	€ 542	€ 957	€ 76	€ 9,315	€ 1,851
Malta	€ 160	€ 212	€ 90	€ 2,004	€ 1,214
Netherlands	€ 67,231	€ 96,478	€ 4,257	€ 1,152,323	€ 44,976
Poland	€ 34,680	€ 118,436	€ 4,827	€ 333,710	€ 57,818
Portugal	€ 15,705	€ 13,918	€ 10,053	€ 83,027	€ 32,112
Romania	€ 3,445	€ 27,083	€ 1,174	€ 74,273	€ 12,487
Slovakia	€ 11,666	€ 29,002	€ 1,410	€ 43,133	€ 7,763
Slovenia	€ 1,556	€ 1,360	€ 946	€ 26,615	€ 5,145
Spain	€ 294,340	€ 128,914	€ 78,736	€ 429,299	€ 135,383
Sweden	€ 58,694	€ 99,781	€ 23,489	€ 371,646	€ 14,211
UK	€ 44,438	€ 180,121	€ 35,278	€ 1,623,543	€ 95,651
Total EU	€ 1,401,949	€ 2,287,019	€ 285,703	€ 13,830,274	€ 1,297,923

Country	Cost per capita	Percentage of total health care expenditure
Austria	€ 53	1%
Belgium	€ 24	1%
Bulgaria	€ 6	2%
Cyprus	€ 9	1%
Czech Rep.	€ 34	3%
Denmark	€ 43	1%
Estonia	€ 28	4%
Finland	€ 139	5%
France	€ 24	1%
Germany	€ 73	2%
Greece	€ 50	2%
Hungary	€ 13	2%
Ireland	€ 14	0%
Italy	€ 45	2%
Latvia	€ 19	4%
Lithuania	€ 11	2%
Luxembourg	€ 26	0%
Malta	€ 9	1%
Netherlands	€ 83	2%
Poland	€ 14	2%
Portugal	€ 15	1%
Romania	€ 6	2%
Slovakia	€ 17	2%
Slovenia	€ 18	1%
Spain	€ 23	1%
Sweden	€ 61	2%
UK	€ 32	1%
Total EU	€ 38	2%

PDTA del paziente con Ictus

Table 12.5 Non health-care costs (€ thousands) of CVD , CHD and cerebrovascular diseases by country, 2009, EL

Country	CVD			CHD		
	Production losses due to mortality	Production losses due to morbidity	Informal care	Production losses due to mortality	Production losses due to morbidity	Informal care
Austria	€ 442,022	€ 233,822	€ 980,348	€ 234,216	€ 50,799	€ 501,081
Belgium	€ 610,318	€ 776,671	€ 802,999	€ 256,243	€ 201,880	€ 487,018
Bulgaria	€ 209,616	€ 43,427	€ 162,079	€ 52,801	€ 7,550	€ 79,916
Cyprus	€ 51,559	€ 9,083	€ 48,667	€ 34,739	€ 7,670	€ 18,451
Czech Rep.	€ 364,212	€ 276,622	€ 522,289	€ 170,234	€ 41,695	€ 275,098
Denmark	€ 510,395	€ 445,050	€ 225,752	€ 190,882	€ 102,680	€ 125,811
Estonia	€ 81,373	€ 56,546	€ 74,219	€ 31,322	€ 15,076	€ 36,673
Finland	€ 457,302	€ 253,653	€ 209,244	€ 201,652	€ 34,115	€ 45,598
France	€ 2,049,415	€ 2,482,111	€ 3,153,216	€ 690,355	€ 904,073	€ 2,200,702
Germany	€ 7,584,053	€ 5,659,342	€ 14,500,758	€ 3,332,466	€ 1,380,995	€ 7,491,747
Greece	€ 885,590	€ 149,385	€ 563,646	€ 570,513	€ 97,578	€ 293,502
Hungary	€ 345,178	€ 80,905	€ 491,856	€ 169,274	€ 18,785	€ 245,885
Ireland	€ 388,271	€ 381,287	€ 213,073	€ 227,120	€ 143,465	€ 93,065
Italy	€ 2,097,533	€ 181,741	€ 6,864,506	€ 861,572	€ 43,359	€ 3,468,716
Latvia	€ 144,340	€ 33,480	€ 100,459	€ 65,822	€ 9,577	€ 49,170
Lithuania	€ 143,894	€ 66,516	€ 127,149	€ 70,231	€ 18,980	€ 61,958
Luxembourg	€ 31,511	€ 27,131	€ 47,212	€ 13,087	€ 5,954	€ 20,294
Malta	€ 6,429	€ 1,471	€ 18,097	€ 3,770	€ 533	€ 6,864
Netherlands	€ 1,181,306	€ 2,323,857	€ 1,359,953	€ 441,322	€ 770,506	€ 757,049
Poland	€ 1,416,633	€ 648,536	€ 1,910,185	€ 424,684	€ 181,603	€ 1,320,857
Portugal	€ 532,412	€ 189,725	€ 593,333	€ 177,566	€ 45,219	€ 235,078
Romania	€ 776,777	€ 135,605	€ 522,035	€ 330,163	€ 17,128	€ 251,533
Slovakia	€ 182,335	€ 143,936	€ 237,672	€ 89,291	€ 22,123	€ 111,908
Slovenia	€ 78,569	€ 83,595	€ 206,266	€ 34,599	€ 24,243	€ 102,726
Spain	€ 1,369,038	€ 939,852	€ 4,898,748	€ 588,440	€ 243,536	€ 2,242,211
Sweden	€ 556,789	€ 534,619	€ 511,146	€ 278,335	€ 119,656	€ 374,236
UK	€ 4,466,456	€ 2,715,698	€ 4,215,296	€ 2,473,550	€ 1,021,775	€ 1,915,000
Total EU	€ 26,963,326	€ 18,873,665	€ 43,560,202	€ 12,014,249	€ 5,530,552	€ 22,812,144

Country	Cerebrovascular diseases		
	Production losses due to mortality	Production losses due to morbidity	Informal care
Austria	€ 74,215	€ 33,761	€ 226,305
Belgium	€ 116,889	€ 151,119	€ 186,695
Bulgaria	€ 44,379	€ 10,165	€ 41,581
Cyprus	€ 5,555	€ 3,073	€ 9,211
Czech Rep.	€ 56,505	€ 21,830	€ 113,095
Denmark	€ 127,713	€ 107,634	€ 81,864
Estonia	€ 12,287	€ 17,990	€ 18,951
Finland	€ 80,758	€ 135,540	€ 70,836
France	€ 418,162	€ 456,197	€ 858,606
Germany	€ 1,124,157	€ 693,771	€ 4,120,745
Greece	€ 148,642	€ 177,057	€ 115,323
Hungary	€ 63,068	€ 20,995	€ 127,035
Ireland	€ 62,522	€ 49,634	€ 64,501
Italy	€ 392,183	€ 45,942	€ 1,551,716
Latvia	€ 26,582	€ 8,178	€ 25,419
Lithuania	€ 26,485	€ 16,531	€ 32,000
Luxembourg	€ 5,481	€ 4,401	€ 11,818
Malta	€ 1,490	€ 246	€ 3,448
Netherlands	€ 210,329	€ 407,466	€ 364,542
Poland	€ 279,825	€ 133,746	€ 588,684
Portugal	€ 200,299	€ 37,363	€ 118,530
Romania	€ 215,070	€ 29,337	€ 129,465
Slovakia	€ 33,356	€ 11,703	€ 56,943
Slovenia	€ 19,476	€ 10,449	€ 53,188
Spain	€ 263,699	€ 210,992	€ 859,550
Sweden	€ 100,903	€ 180,663	€ 167,374
UK	€ 702,379	€ 353,501	€ 1,118,357
Total EU	€ 4,812,409	€ 3,329,282	€ 11,115,782

PDTA del paziente con Ictus

[Figure tratte da: *Nichols M, Townsend N, Luengo-Fernandez R, Leal J, Gray A, Scarborough P, Rayner M (2012). European Cardiovascular Disease Statistics 2012. European Heart Network, Brussels, European Society of Cardiology, Sophia Antipolis*]

Il motivo di costi così elevati si ritrova nel fatto che l'Ictus, sebbene caratterizzato da alta fatalità, in 90 malati su 100 lascia segni indelebili, a livello mentale e fisico.

SINTESI DELL'EPIDEMIOLOGIA DELL'ICTUS E DATI IN PROVINCIA DI GORIZIA E DI TRIESTE

I dati italiani sono desunti da varie fonti, non esistendo un registro nazionale.

In sintesi l'ictus:

- è la seconda causa di morte dopo le malattie cardiovascolari: 10%
- si stimano circa 95-175 mila nuovi casi di ictus ogni anno: 80 % nuovi episodi e 20 % recidive
- l'incidenza aumenta con l'età: negli ultra 65enni l'incidenza è del 6.5 %
- il 75 % degli ictus occorre negli ultra 75 enni
- l'ictus ischemico colpisce soggetti con età media superiore a 70 anni, più uomini che donne
- l'ictus emorragico intraparenchimale colpisce soggetti meno anziani
- l'emorragia subaracnoidea interessa maggiormente soggetti di sesso femminile, di età media intorno ai 50 anni
- ha un tasso di mortalità in fase acuta ("fatality rate") variabile dal 20 al 30% ed una mortalità a 30 giorni dalla dimissione pari al 12%¹⁸
- dopo un episodio di ictus residua una invalidità grave nel 40% dei sopravvissuti (principale causa di invalidità in ambo i generi)
- negli ultimi 25 anni si registra una diminuzione dei casi di ictus, della mortalità e delle disabilità residue
- si stimano oltre 600.000 cittadini che hanno avuto un ictus e ne sono sopravvissuti (prevalenza dell'1% nella popolazione generale). Erano 900.000 nel 2005

Il quadro demografico della provincia di Trieste al 31.12.2012 è rappresentato nella tabella successiva. Particolarmente rilevante è la numerosità della popolazione con più di 65 anni pari al 28% (FVG 24%).

ASS1						FVG			
Classi di età	Femmine		Maschi		TOTALE		Classi di età	TOTALE	
	valore	%	valore	%	valore	%		valore	%
000-014	12.820	10,47	13.791	12,62	26.611	11,48	000-014	155.009	12,69
015-064	71.123	58,07	69.196	63,33	140.319	60,55	015-064	769.610	62,98
065-074	17.413	14,22	14.561	13,33	31.974	13,8	065-074	151.963	12,44
075-(+)	21.128	17,25	11.723	10,73	32.851	14,17	075-(+)	145.356	11,90
TOTALE	122.484	100	109.271	100	231.755	100	TOTALE	1.221.938	100

Fonte :programmazione ASS 1 –M. Spanò

¹⁸ Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) - Ed. 2013, SDO 2005-2012
(http://95.110.213.190/PNEed13/prot/pro_18.pdf)

PDTA del paziente con Ictus

I principali indicatori demografici elencati in Tabella, mettono in evidenza le significative differenze strutturali della popolazione triestina e goriziana con quelle delle altre Province della Regione, nonché delle “ripartizioni” macroregionali.

Indicatori di struttura della popolazione al 1° gennaio [ISTAT: http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html]													
Provincia/ Re- gione	Re-	2002				2010				2014			
		IDS ⁽¹⁾	IDA ⁽²⁾	IV ⁽³⁾	Età media ⁽⁴⁾	IDS ⁽¹⁾	IDA ⁽²⁾	IV ⁽³⁾	Età media ⁽⁴⁾	IDS ⁽¹⁾	IDA ⁽²⁾	IV ⁽³⁾	Età media ⁽⁴⁾
Pordenone		46,0	27,8	153,2	43,1	52,4	31,3	148,4	43,7	56,3	34,4	156,4	44,5
Udine		47,6	30,4	177,5	44,4	54,6	35,5	185,2	45,6	58,5	38,8	196,8	46,4
Gorizia		50,5	33,9	204,6	45,5	58,9	39,5	204,2	46,5	62,1	42,3	212,9	47,2
Trieste		55,5	39,6	249,0	47,4	63,7	45,5	248,8	48,2	65,3	46,6	248,9	48,4
FVG		49,1	32,0	187,2	44,8	56,2	36,7	187,9	45,7	59,6	39,5	196,1	46,4
RIPARTIZIONI													
NORD		48,5	29,6	157,4	43,4	54,6	33,4	158,2	44,3	56,9	35,3	163,8	44,9
NORD-OVEST		48,1	29,4	157,7	43,5	54,8	33,8	161,2	44,5	57,2	35,8	166,5	45,1
NORD-EST		49,0	29,9	156,9	43,4	54,3	32,9	154,1	44,1	56,5	34,8	160,1	44,8
CENTRO		49,8	30,4	157,5	43,3	54,0	33,4	162,1	44,4	55,7	34,8	166,9	44,9
SUD		49,6	24,0	94,3	39,1	49,5	26,7	116,9	41,4	50,9	28,9	131,1	42,5
ISOLE		49,3	25,0	102,9	39,8	49,8	28,0	128,1	42,1	51,4	30,2	142,8	43,2
ITALIA		49,1	27,9	131,7	41,9	52,7	31,2	144,8	43,4	54,6	33,1	154,1	44,2

①**IDS: Indice di Dipendenza strutturale:** è il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

②**IDA: Indice di Dipendenza anziani:** è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

③**IV: Indice di Vecchiaia:** è il rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100

④**Età media:** età media della popolazione detenuta a una certa data espressa in anni e decimi di anno; da non confondere con vita media (Speranza di vita alla nascita [o vita media]: numero medio di anni che restano da vivere a un neonato)

La Prevalenza di Ictus dal 2010 al 2013

Per “caso di ictus” si è definito il Paziente che durante il periodo di un anno di calendario viene ricoverato per un evento di ictus ischemico codificato in prima diagnosi.

Per i criteri di classificazione e codifica¹⁹ si sono utilizzati quelli dell’Agency for Healthcare Research and Quality per l’indicatore IQI #17 (Acute Stroke Mortality Rate - *Inpatient Quality Indicators Technical Specifications - Version 4.5, May 2013*).

¹⁹ Codici diagnosi ICD IX-cm Versione 2007: 433.01; 433.10; 433.11; 433.21; 433.31; 433.81; 433.91; 434.00; 434.01; 434.11; 434.91; 436 sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera in Diagnosi Principale (www.qualityindicators.ahrq.gov)

PDTA del paziente con Ictus

AOUTs

Pazienti dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" per residenza del Paziente - Anni 2010-2013

anno di uscita	1 ASS n.1 Triestina	2 ASS n.2 Isontina	Altri FVG	Extra-FVG e stranieri	Totale
2010	534	22	6	15	577
2011	530	30	4	11	575
2012	528	38	5	17	588
2013	522	43	1	22	588
Totale	2114	133	16	65	2328

Pazienti dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti di Trieste" per residenza del Paziente ed esecuzione (SI/NO) di procedura di trombolisi - Anni 2006-2013

Anno	1 ASS n.1 Triestina		2 ASS n.2 Isontina		Altri FVG		Extra-FVG e stranieri		Totale	
	cod proc 9910		cod proc 9910		cod proc 9910		cod proc 9910		cod proc 9910	
	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI
2006	547	2	25	0	3	0	12	0	587	2
2007	596	1	20	0	5	0	8	0	629	1
2008	544	0	17	0	4	0	14	0	579	0
2009	508	6	25	0	5	0	11	1	549	7
2010	520	14	21	1	6	0	14	1	561	16
2011	514	16	30	0	4	0	9	2	557	18
2012	499	29	34	4	4	1	17	0	554	34
2013	499	23	32	11	1	0	18	4	550	38
Totale	4227	91	204	16	32	1	103	8	4566	116

Codici diagnosi ICD IX-cm Versione 2007: codici 433.01; 433.10; 433.11; 433.21; 433.31; 433.81; 433.91; 434-00; 434.01; 434.11; 434.91; 436 riscontrati sulla Scheda di Dimissione Ospedaliera in Diagnosi Principale. La procedura di Trombolisi è definita con codice ICD IX-cm 99.10 "Iniezione o Infusione di Agente Trombolitico" in qualunque posizione.

ASS2

Pazienti dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) dagli Ospedali di Gorizia e Monfalcone - Anni 2010-2013*

Anno di dimissione	OSPEDALE DI GORIZIA	OSPEDALE DI MONFALCONE	Somma:
2010	272	81	353
2011	279	66	345
2012	278	83	361
2013	247	85	332
TOTALE	1076	315	1391

(*) in nessuno dei casi selezionati è associato il codice procedura 9910

PDTA del paziente con Ictus

Pazienti residenti in Provincia di Gorizia dimessi con Diagnosi Principale di Ictus acuto (di tipo ischemico) ed esecuzione (SI/NO) di procedura di trombolisi dagli Ospedali regionali - Anni 2010-2013

Anno di dimissione			2010	2011	2012	2013	Totale
AZIENDA OSPEDALIERA S. MARIA DEGLI ANGELI	cod proc 9910	NO	1	1	1	2	5
		SI'	0	0	0	0	0
AZ. OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI UDINE	cod proc 9910	NO	32	35	48	45	160
		SI'	0	0	0	0	0
AZ. OSP.-UNIVERSITARIA OSP. RIUNITI DI TRIESTE	cod proc 9910	NO	21	30	34	32	117
		SI'	1	0	4	11	16
CASA DI CURA - PINETA DEL CARSO	cod proc 9910	NO		5	3	1	9
		SI'	0	0	0	0	0
IRCCS - ISTITUTO PER INFANZIA BURLO-GAROFOLO	cod proc 9910	NO			1		1
		SI'	0	0	0	0	0
ISTITUTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	cod proc 9910	NO		1		1	2
		SI'	0	0	0	0	0
OSPEDALE DI LATISANA	cod proc 9910	NO				1	1
		SI'	0	0	0	0	0
OSPEDALE DI PALMANOVA	cod proc 9910	NO	6	1		3	10
		SI'	0	0	0	0	0
OSPEDALE DI SAN DANIELE	cod proc 9910	NO		2	1		3
		SI'	0	0	0	0	0
TOTALE dimissioni			61	75	92	96	324

I dati di prevalenza così forniti dalle Aziende evidenziano fluttuazioni nei ricoveri ed in media si assesta sulle 1.000 dimissioni/anno.

Il ricorso alla trombolisi sistemica è cresciuta dal 2006 (anno di avvio dei primi registri nazionali) in poi (nel 2009 l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste ha ottenuto l'autorizzazione ministeriale all'utilizzo degli agenti trombolitici). Il tasso di trombolisi/100 dimissioni con diagnosi di ictus in AOUs è del 6,5%.

Tutti i pazienti trombolisati negli ultimi quattro anni residenti in Provincia di Trieste sono stati sottoposti alla procedura presso la Stroke Unit dell'Azienda di Trieste.

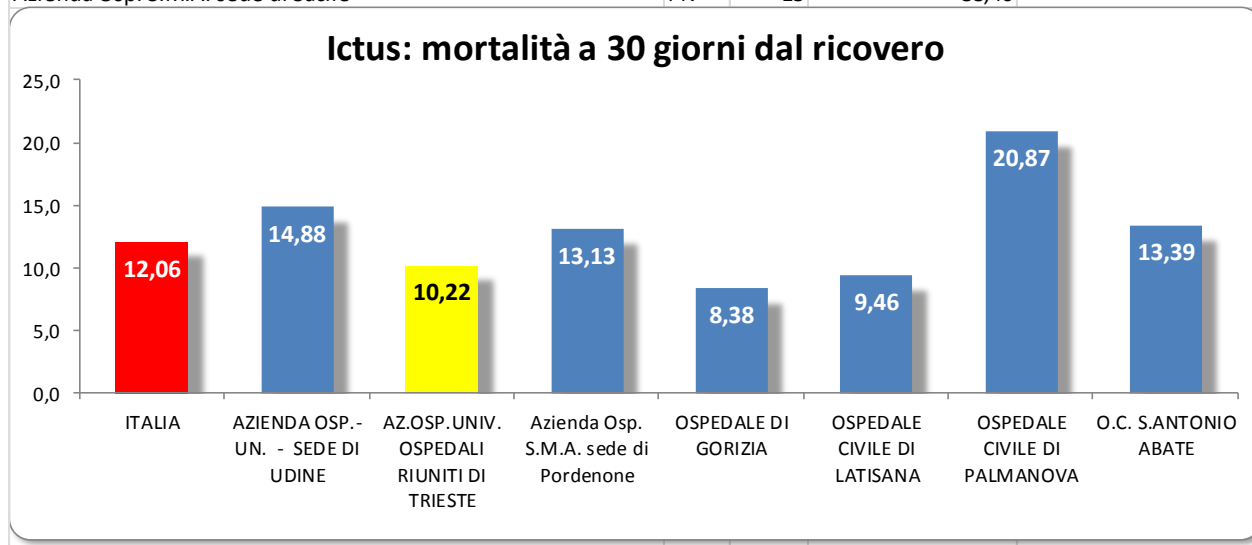
PDTA del paziente con Ictus

La Mortalità per Ictus

La mortalità a 30 giorni dal ricovero dei pazienti con Ictus Acuto, per Ospedale di dimissione della Regione Friuli Venezia Giulia sono illustrati, per l'anno 2012, nella Tabella e nel grafico successivo.

Regione FVG: Mortalità a 30 giorni dal ricovero. Dati PNE-AgeNaS di confronto regionali (Anno 2012).

Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero				
Struttura	Pro	N:	Rischio grezzo x 1	Rischio aggiustato x 1
ITALIA	AAA	62213	12,06	12,06
AZIENDA OSP.-UN. - SEDE DI UDINE	UD	315	14,29	14,88
AZ. OSP. UNIV. OSPEDALI RIUNITI DI TRIESTE	TS	303	11,55	10,22
Azienda Osp. S.M.A. sede di Pordenone	PN	171	12,87	13,13
OSPEDALE DI GORIZIA	GO	165	7,88	8,38
OSPEDALE CIVILE DI LATISANA	UD	75	10,67	9,46
OSPEDALE CIVILE DI PALMANOVA	UD	71	25,35	20,87
O.C. S. ANTONIO ABATE	UD	65	13,85	13,39
OSPEDALE DI MONFALCONE	GO	45	20 -	
Azienda Osp. S.M.A. sede di S. Vito	PN	40	20 -	
O.C. S. MICHELE	UD	37	13,51 -	
OSPEDALE 'SANT' ANTONIO'	UD	36	8,33 -	
Azienda Osp. S.M.A. sede di Spilimbergo	PN	29	20,69 -	
Azienda Osp. S.M.A. sede di Maniago	PN	15	13,33 -	
Azienda Osp. S.M.A. sede di Sacile	PN	13	38,46 -	



[Elaborazione a cura della SC P&C di AOUnT da: Programma Nazionale Valutazione Esiti (PNE) - Ed. 2013, SDO 2005-2012 (http://95.110.213.190/PNEed13/prot/pro_18.pdf)]

OSTACOLI E BARRIERE ALLA PREVENZIONE E ALL'ACCESSO ALLE CURE DELL'ICTUS ACUTO NELLE PROVINCE DI GORIZIA E TRIESTE

L'Ictus è tipicamente una malattia ad esordio improvviso. La velocità con cui si può rispondere a questa emergenza ne condiziona gli esiti, tanto da considerarla patologia tempo correlata.

Nell'Area vasta Giuliano Isontina le due Aziende per i Servizi Socio-Sanitari (ASS1 e ASS2) con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste collaborano a livello interprovinciale per favorire punti di accesso uniformi e fornire servizi omogenei e di alto livello qualitativo. Si prevede che questa collaborazione potrà tradursi in alti standard di cura e prevenzione dell'ictus.

Esistono tuttavia diverse barriere che impediscono la cura del paziente con ictus in modo tempestivo.

Di seguito vengono elencate le principali criticità:

- scarsa informazione da parte della comunità circa le misure di allertamento del sistema 118;
- mancanza di formazione specifica sulle tematiche dell'Ictus (ai più diversi livelli);
- limiti organizzativi (e di tipo geografico) per fornire tempestive cure in urgenza;
- difformità nell'utilizzo di protocolli di cura dell'Ictus tra gli ospedali;
- mancanza di coordinamento e comunicazione tra gli operatori sanitari sulla risposta, cura e prevenzione dell'Ictus;
- prevenzione secondaria non omogenea o a livelli inferiori a standard "evidence based";
- sistemi di riferimento e di monitoraggio non univoci per i pazienti colpiti da ictus dopo la dimissione dall'ospedale.

Questo progetto delinea il fatto che, per superare gli ostacoli delineati in precedenza e per elevare il livello di prevenzione e cura dell'ictus nel territorio Giuliano Isontino, il Dipartimento di Prevenzione, i Medici di Medicina Generale, le Associazioni dei malati, il sistema di Cure Primarie, il Sistema di Emergenza 118, gli Ospedali, il sistema di cure intermedie e riabilitative e altri partner debbano agire secondo uno schema di cooperazione in rete.

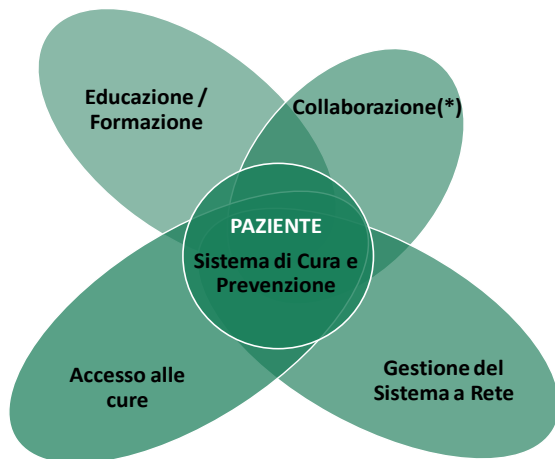
SCOPO DEL PERCORSO INTEGRATO DI CURA (PIC)

Sono obiettivi del documento:

1. analizzare il processo assistenziale di cura esistente nell'Area Vasta Giuliano Isontina per le persone colpite da Ictus Acuto. Il processo viene avviato nel momento dell'acuzie, in cui il paziente allerta il sistema di emergenza-118, segue il suo accesso in pronto soccorso, le modalità di prima valutazione neurologica, i tempi di verifica delle condizioni clinico-patologiche attraverso il brain-imaging, il trattamento trombolitico e non, il controllo delle complicanze immediate e a sostegno delle funzioni vitali, e prosegue con le prassi assistenziali intra-ospedaliere sino alla decisione del percorso riabilitativo intra- ed extra- ospedaliero, alla rete territoriale di restituzione alla propria vita. L'approccio è sistemico, attuato da *team* multi-professionali e ove possibile multi-

- disciplinari;
2. elencare un primo insieme di proposte di miglioramento organizzativo. Si registra alla data attuale che i percorsi ed i protocolli descritti (Vedi appendice e supporto multimediale Allegato) sono attivi per la maggior parte dei pazienti colpiti da Ictus acuto. Tuttavia è necessario renderli accessibili a TUTTI i pazienti. Il Piano di Miglioramento inserito alla fine del documento evidenzia le prime proposte attuabili a breve-medio termine;
 3. proporre l'insieme di standard organizzativi e strutturali previsti dalle evidenze nazionali ed internazionali: il monitoraggio dei principali indicatori di struttura/processo/esito fornirà elementi utili a superare nel medio periodo gli eventuali ostacoli organizzativi che impediscono un miglioramento del processo di cura e degli di esiti di salute (Vedi Appendice: "Elenco Indicatori di processo e di esito").

L'APPROCCIO UTILIZZATO NELL'AREA VASTA (MODELLO INTEGRATO DI CURA)



Il principale goal del Gruppo di lavoro è quello di descrivere i processi di cura **ATTUALI** e **COMUNI**, o che sono stati oggetto di **Accordi e Protocolli formalmente condivisi** dai diversi Enti che costituiscono l'Area Vasta delle due Province, con l'obiettivo di **rendere equo e appropriato il livello di cura ai pazienti colpiti da ictus e migliorare i risultati**, in termini di mortalità e morbidity ictus correlati.

Nel mentre, si fa presente che una Struttura dell'Area Vasta ha presentato un percorso alternativo a quello attua-

le, da proporre all'attenzione del livello regionale.

Operativamente è stata proposta una rappresentazione grafica dei percorsi attualmente praticati (due *famiglie dei processi di cura dell'ictus*, una per ciascuna Provincia) e se n'è tratta la conclusione che esistono processi comuni anche se non identici, già altamente standardizzati.

L'approccio di lavoro condiviso per costruire il Percorso Integrato di Cura dell'Ictus acuto è iniziato con la discussione, nel gruppo di lavoro, degli standard qualitativi proposti dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) del National Health System (NHS) anglosassone, comuni, anche, alle Linee Guida SPREAD 2012.

Gli standard di qualità del NHS sono stati adattati al contesto locale e aggiornati per: i) gli aspetti non considerati nelle esperienze inglesi, ii) le prassi di lavoro sperimentate già da anni e divenute buona pratica a livello locale, iii) criteri e standard specifici delle Linee Guida nazionali (SPREAD 2012).

Il Gruppo di lavoro ha inoltre condiviso i seguenti principi:

- A) L'approccio riconosce l'importanza della Comunità locale, che è chiamata a essere un "agente di cambiamento" nel creare e sostenere un sistema di cura e prevenzione dell'ictus.
- B) Tutti gli attori coinvolti forniscono qualità al modello: pertanto ne fanno parte la Comunità, i pazienti (assieme alle Associazioni che li rappresentano) ed i professionisti del settore sanitario che forniscono i servizi necessari, basati e dimensionati sui bisogni della popolazione locale.
- C) Gli interventi (dalla prevenzione alle ultime fasi di vita del paziente) sono forniti attraverso team integrati, interdisciplinari per conseguire risultati ottimali di salute.
- D) Questi interventi devono essere forniti secondo standard qualitativi di alto livello: essi rappresentano il "valore" riconosciuto dal paziente e dai cittadini rispetto alle risorse investite.
- E) I singoli protocolli ed i percorsi esistenti devono essere tradotti in un processo di cura integrato, devono essere coerenti tra loro e essere allineati con le esigenze specifiche dell'Area Vasta Giuliano Isontina.
- F) Ogni Standard di Qualità deve essere MISURABILE e MISURATO nel tempo e nello spazio. Per ciascuno di essi è stato individuato uno o più indicatori di performance, di struttura e di processo. I principali indicatori di Esito sono elencati nello Standard riguardante la Prevenzione Primaria (Vedi Allegato 2).
- G) Viene adottato un processo di miglioramento continuo: condividere le esperienze ed i punti di vista ha permesso di individuare le principali criticità dei processi (e del percorso nel suo insieme). Ciò è stato sintetizzato in un piano di miglioramento che ha la finalità di programmare le azioni-risorse-interventi per il breve-medio termine.

IL PERCORSO INTEGRATO DI CURA (PIC) DELL'ICTUS ACUTO IN AREA VASTA

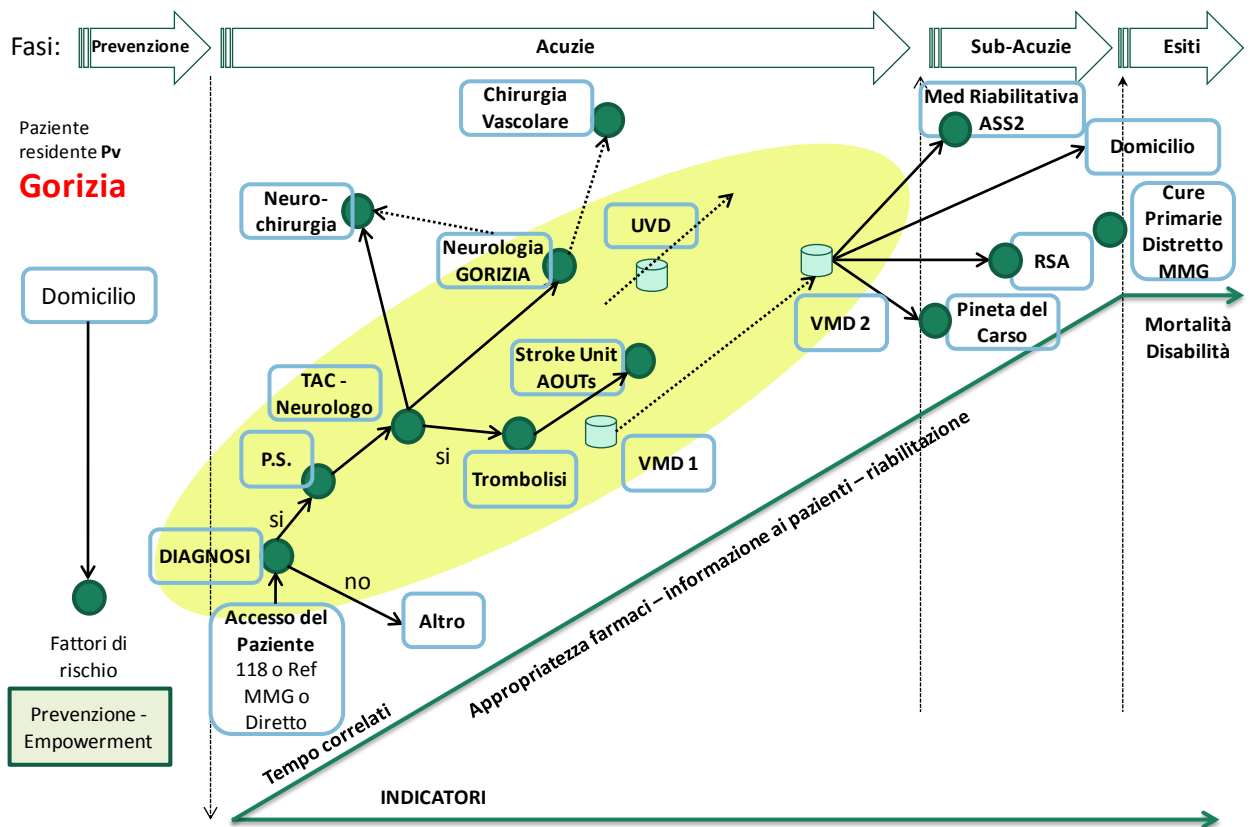
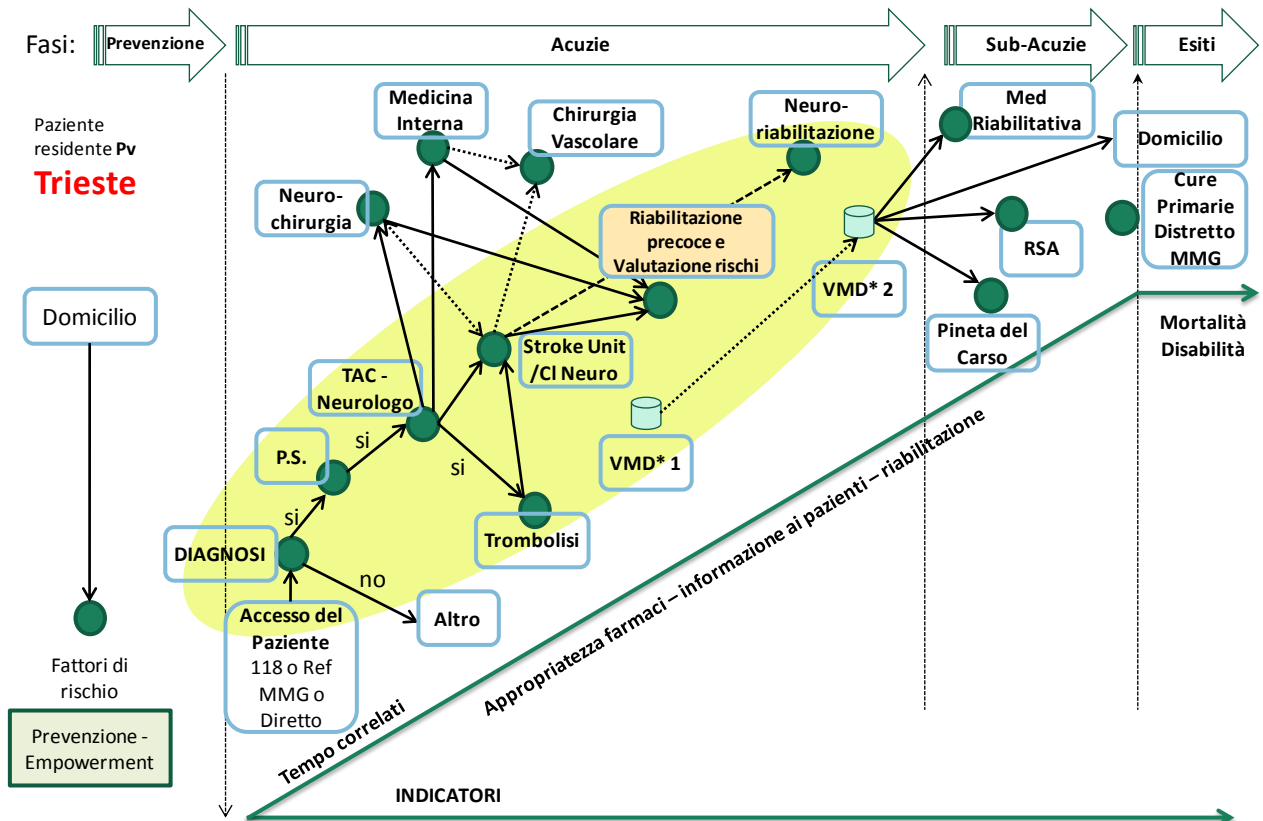
- A) L'Azienda per i Servizi Sociosanitari nr.1 (ASS1), Ente coordinatore dell'Area Vasta Giuliano Isontina, ha organizzato due incontri formativi sulla metodologia necessaria a costruire i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Nel corso degli incontri i Gruppi di lavoro sono stati formati per individuare i criteri di accesso al Percorso di cura del Paziente. Questo primo passo ha permesso di delimitare e individuare la "casistica" che è "oggetto" delle procedure e protocolli definiti dai professionisti. I Pazienti così individuati possono essere oggetto anche di valutazione delle performance (per la costruzione degli indicatori).
- B) Le più recenti raccomandazioni e relativi standard di qualità individuano più fasi del percorso di prevenzione e cura del Paziente con Ictus.

Il gruppo di lavoro ha messo in evidenza, per i residenti in Provincia di Trieste e in Provincia di Gorizia, l'esistenza di due differenti organizzazioni e di conseguenza due diversi percorsi di cura. Questi sono stati riassunti, dal punto di vista grafico, in due "Famiglie di processi" alle quali collegare un sistema di indicatori di struttu-

PDTA del paziente con Ictus

ra/processo/esito.

Le successive figure illustrano rispettivamente la famiglia di processi esistenti in Provincia di Trieste e quella in Provincia di Gorizia.



Sono evidenti le similitudini tra le due famiglie.

Ciò che le distingue è elencato di seguito:

1. non viene rispettato il “referral” dei Pazienti dell’Area Isontina ritenuti eleggibili alla trombolisi effettuata presso la Stroke Unit di Trieste, struttura accreditata al trattamento trombolitico in Regione e che sperimentato (Vedi dati a pag.18) e poi sottoscritto un Protocollo con ASS2;
2. i pazienti residenti in Provincia di Gorizia che necessitano di intervento di rivascolarizzazione carotidea vengono riferiti per la maggior parte dei casi alla sede di Udine;
3. esistono percorsi riabilitativi intraospedalieri e di continuità assistenziale differenti nelle due Province;
4. in entrambe le Province vengono comunemente adottate scale di valutazione multidimensionale per valutare i pazienti, ma con finalità diverse.

C) I processi, così riassunti, sono stati condivisi e adattati durante una riunione plenaria di presentazione del programma e della proposta di lavoro.



D) Il gruppo di lavoro ha perciò deciso di utilizzare come standard di qualità-organizzativi, quelli del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anglosassone che sintetizza in una scala logico-formale (figura a sinistra) il livello e le rela-

zioni di dipendenza gerarchica dei documenti e conseguenti “prodotti” (misure e indicatori).

Gli standard di Qualità (*Quality Statements*), pertanto, sono una derivazione (“distillata”) delle principali raccomandazioni e Linee guida (come in Italia le LLGG SPREAD, Anno 2012) disponibili in letteratura. Le misure (indicatori) derivano direttamente da tali standard.

La Tabella che segue elenca i principali Standard organizzativi e di servizio individuati ed adattati al contesto Giuliano Isontino.

PDTA del paziente con Ictus

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità
1	PREVENZIONE (Ambiente di vita e di lavoro)	<p>In Area Vasta i MMG, da singoli o associati in CAP, AFT, ecc., individuano i cittadini ad alto rischio usando una scala del rischio validata con lo scopo di attivare interventi preventivi mirati (stili di vita e farmacologici)</p> <p>In Area Vasta sono attive le iniziative di informazione e di prevenzione previste dai Piani Nazionali (CCM) e Regionali</p> <p>Nel territorio delle Province di Gorizia e Trieste sono condotte campagne e azioni specifiche miranti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre la prevalenza dei fattori di rischio per Ictus nei residenti, - ridurre l'incidenza di Ictus e delle sue complicanze <p>e</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere corretti stili di vita, in modo particolare per i cittadini esposti ad alto rischio. <p>Tutte le iniziative sono coordinate con i piani (di prevenzione) esistenti e prevedono il coinvolgimento dei MMG, delle loro organizzazioni territoriali (Cure Primarie) e hanno il sostegno della Comunità e delle Associazioni dei pazienti.</p> <p>ORGANIZZAZIONE PREVISTA: MMG; Distretto Sanitario a altri Servizi (UVD, SID, Dipt. Prevenzione, specialisti, ecc.)</p>
2	118: Prima valutazione del paziente e trasferimento al Pronto Soccorso (FASE PRE-OSPEDALIERA)	<p>Tutti i pazienti su cui interviene il sistema di soccorso territoriale (ambulanze-118) e presentano un esordio subdolo e sintomatologia neurologica sono sottoposti a screening diagnostico per Ictus Acuto o Attacco Ischemico Transitorio (TIA) attraverso una scala validata.</p> <p>Coloro che hanno segni neurologici persistenti e considerati positivi allo screening con scala validata e ai quali è stata esclusa una ipoglicemia, con possibile diagnosi di Ictus sono trasferiti presso la sede HUB della rete entro 1 ora dal contatto con il mezzo di soccorso</p>
3	Accesso in PS e Consulenza Neurologica (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	I pazienti che accedono al PS dal sistema 118 con sospetto Ictus Acuto ricevono entro 30 minuti la consulenza del Neurologo
4	Neuro-Imaging (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	I Pazienti con Ictus Acuto devono ricevere una indagine di Neuro(brain)-imaging entro un'ora dall'accesso in Pronto Soccorso
5	Accesso del paziente con sospetto di Stroke Acuto alla Stroke Unit (FASE OSPEDALIERA)	I Pazienti con un sospetto di Ictus Acuto sono ammessi direttamente alla Stroke Unit, sono valutati per effettuare la trombolisi sistemica e sottoposti a trombolisi, se indicato
6	Screening deglutitorio, valutazione clinica logopedia della deglutizione e piano nutrizionale personalizzato del Paziente accolto in Stroke Unit o altro Reparto ospedaliero (FASE OSPEDALIERA)	<p>All' ammissione in reparto in tutti i soggetti con ictus acuto viene testato, tramite screening deglutitorio, il rischio di disfagia prima di iniziare a somministrare alimenti, bevande o farmaci per via orale; questo può essere eseguito da personale infermieristico adeguatamente formato (entro le 24 ore dall'accoglimento).</p> <p>I Pazienti che risultano ancora positivi al secondo screening (ulteriori 24 ore), vengono sottoposti dai logopedisti ad una valutazione deglutitoria approfondita .</p> <p>Tutti i Pazienti ricevono un adeguato piano nutrizionale personalizzato.</p>

PDTA del paziente con Ictus

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità
7	Valutazione e gestione del Paziente con Ictus Acuto (Stroke Unit e Altro Reparto Internistico - RIABILITAZIONE) (FASE OSPEDALIERA - Riabilitazione)	I Pazienti con Ictus Acuto sono valutati e gestiti da personale infermieristico specializzato nel nursing riabilitativo entro 24ore dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto. Il fisiatra effettua la consulenza entro 24 ore dalla richiesta del reparto Tutto il team (equipe) riabilitativo prende in carico il paziente entro 48 ore dalla richiesta di consulenza fisiatrica attraverso una valutazione multidimensionale (VMD) garantendo la stesura del <u>Progetto Riabilitativo Individuale</u> (il team riabilitativo intraospedaliero include la rieducazione neuromotoria e neuro cognitiva e l'intervento del neuropsicologo, se necessario)
8	RIABILITAZIONE PRECOCE (FASE OSPEDALIERA - RIABILITATIVA)	Ai Pazienti con Ictus Acuto viene garantito lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/sett, per un livello che permetta al Paziente di raggiungere i suoi obiettivi riabilitativi (individuati nel Progetto Riabilitativo Individuale) e sia capace di tollerarli ^(*) ^(*) La tollerabilità dell'esercizio riabilitativo è definito come la capacità fisica e cognitiva del Paziente di partecipare attivamente al trattamento
9	Riabilitazione INTRAOSPEDALIERA (FASE OSPEDALIERA - FASE Territoriale RIABILITATIVA) (standard anche estendibile alla FASE TERRITORIALE - RIABILITATIVA)	Al termine della fase acuta (diagnosi e riabilitazione precoce [nr.8]) i Pazienti con Ictus acuto vengono indirizzati al setting riabilitativo più appropriato ai loro bisogni clinici, riabilitativi e assistenziali utilizzando l'algoritmo di "uscita" del paziente previsto dalla scala di Valutazione Multidimensionale (VMD) (Domicilio, Ambulatori, ADI, Struttura riabilitativa specialistica o territoriale)
10	Gestione dei deficit vescico-sfinterici (FASE OSPEDALIERA - FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE)	Ai Pazienti con Ictus Acuto nei quali perdurano deficit vescico sfinterici nelle due settimane successive la diagnosi, sono rivalutati per identificare le cause dei disturbi ed essere trattati secondo un programma terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi caregivers
11	Valutazione dei disturbi dell'umore e disturbi cognitivi (FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE - FASE TERRITORIALE e Follow-up)	Tutti i Pazienti con Ictus vengono sottoposti entro SEI settimane dall'episodio acuto (diagnosi), attraverso strumenti validati, ad una valutazione dei disturbi dell'umore e/o cognitivi effettuati dagli psicologi e neuropsicologi Lo standard si applica sia nel setting ospedaliero che in quello territoriale.
13	Presa in carico (a lungo termine) dei pazienti (Carer provisions) (FASE TERRITORIALE - Follow-up)	Coloro che prendono in carico il Paziente con diagnosi di Ictus acuto nelle strutture territoriali o a domicilio dispongono delle informazioni necessarie alla gestione del paziente: - riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) - informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) - sono addestrati per fornire le cure necessarie

E) Per ogni standard di qualità (da 1 a 13) sono stati individuati una o più misura di struttura, processo e, anche, di esito. Una selezione di questi potrà essere utilizzati per misurare il Percorso Integrato di Cura e per monitorare le azioni individuate nel piano di miglioramento.

Nell'Allegato 2 sono elencati i singoli indicatori di Struttura/Processo/Esito proposti.

F) Ciascuna fase (della prevenzione, pre-ospedaliera, ospedaliera, della riabilitazione intra-ospedaliera, della riabilitazione territoriale, fase territoriale, della presa in carico a lungo termine e del follow-up) rientra in uno o più protocolli e percorsi riportati nei diagrammi di flusso Allegati in Appendice e consultabili anche su supporto interattivo.

1. Target

Al percorso accedono tutte le persone che presentano fattori di rischio noti per le malattie cerebrovascolari, coloro che riconoscono segni e sintomi precoci di Ictus acuto (o TIA) o che attivano il sistema di emergenza-118 per sintomatologia neurologica.

Nessun cittadino viene escluso dal Percorso di cura integrato in quanto le possibilità di prevenzione primaria e secondaria dell'Ictus, la condizione di cronicità di questa patologia e lo stesso principio di coinvolgimento della Comunità offrono opportunità di coinvolgimento attivo in qualunque momento della vita.

2. Percorso Attuale

Nell'Area Vasta Giuliano Isontina nel 1999 è stata istituita la prima "Stroke Unit" della Regione Friuli Venezia Giulia e sono stati attivati i relativi percorsi di cura ospedalieri presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste. Negli immediati anni successivi sono stati avviati con le strutture territoriali i primi percorsi di presa in carico del paziente.

Ciò ha contribuito, per il lavoro di squadra, per l'attenzione alla qualità e all'organizzazione nella gestione del Paziente con ictus acuto, al primo accreditamento JCI dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Trieste (2008) e ha favorito i successivi riaccreditamenti, sempre secondo una precisa linea di *evidence based medicine* come da letteratura (Cochrane 1997; Prossit 1-2, 2005-2007).

Questa visione ed il lavoro di team hanno permesso, con largo anticipo su altre realtà regionali, di collaborare con l'Azienda Territoriale, attraverso l'istituzione di processi e percorsi di continuità riabilitativi (sperimentati nel 2006-2007 e successivamente adottati in modo sistematico e routinario). Essi sono andati via via perfezionandosi al fine di migliorare assistenza e qualità di vita dei pazienti e per essere sempre più coerenti con gli obiettivi dei vari tavoli tecnici regionali.

Tale progettualità, in linea con le principali raccomandazioni nazionali ed internazionali, ed i dati preliminari sono stati presentati all'AGENAS nel settembre 2008 e sono pubblicati sul numero 25 della rivista MONITOR²⁰.

Questo approccio ha stimolato il coinvolgimento di altre specialità, quali la chirurgia vascolare anche in acuzie, la neurochirurgia nella sindrome maligna della arteria cerebrale media, la neuroradiologia nella chiusura di aneurismi. Non si è riusciti a praticare la trombolisi intraarteriosa. Inoltre è stato istituito da vari anni un protocollo per la diagnosi e **terapia dei TIA**, data l'evidenza con la quale possano trasformarsi in ictus entro breve tempo.

Tutte queste iniziative non avrebbero avuto molto successo se non fosse stata posta atten-

²⁰ Duca P, Liva C, Barbieri P, Geraci G, Goriotti S. La continuità assistenziale: sintesi dei risultati della ricerca dell'Agenas. *Monitor*, 2010; 25: 68-88.

zione sia alla prevenzione che al decorso post-ictus, come percepiti dagli utenti. In questa ottica, sempre dal 1999 è iniziata una faticosa opera di collaborazione con **Alice Italia**, Associazione che raggruppa i pazienti colpiti da ictus e loro familiari; questa Associazione ogni anno promuove varie attività. Tra le altre, merita citare l'avvio di gruppi di "Auto Mutuo Aiuto"; Progetti di Musicoterapia con il coro degli afasici, unica realtà italiana; sedute di terapia occupazionale, promozione e diffusione tramite conferenze dell'ictus cerebrale, con particolare attenzione ai giovani, specie nelle varie scuole; stampa e divulgazione di materiale informativo e coinvolgimento delle Istituzioni nelle giornate Italiane e Mondiale dedicate all'ictus; attività di infopoint presso la sede dell'Associazione in Via Valmaura; attività didattico-informativa rivolta ai volontari, soci ed a chi volesse partecipare.

AOUTS, ASS1 e ASS2 contribuiscono in maniera significativa all'incremento della fruibilità del trattamento fibrinolitico sistemico nei pazienti con stroke ischemico acuto, seguendo da sempre la logica della centralità del paziente nei processi decisionali e in coerenza con gli obiettivi dei precedenti tavoli tecnici regionali. Attualmente in AOOUTS viene eseguito il trattamento fibrinolitico sistemico nel 6,5% dei pazienti ricoverati per stroke, in linea con le medie nazionali e ben al di sopra della media di FVG. Inoltre è evidente il contributo di trattamento fibrinolitico nei tempi previsti dai protocolli nazionali ed internazionali anche per i pazienti provenienti da altre Aziende regionali.

Da quanto noto, circa le ipotesi di riorganizzazione della rete regionale Ictus (presentata il 23.05.2014), una Stroke Unit di II livello viene identificata laddove viene garantita la presenza fisica H24 dello specialista (Chirurgia Vascolare, Neurochirurgia e Radiologia Interventistica).

In Area Vasta la situazione attuale è la seguente:

AOOUTs: vi è presenza H24 in AOOUTS di medici Radiologi qualificati in imaging cerebrovascolare quali metodiche TC, angio-CT e perfusion-CT e la reperibilità del Neurochirurgo e del Chirurgo Vascolare. L'ipotesi, se applicata anche al territorio dell'Area Vasta Giuliano Isontina condurrebbe ad un incremento dei costi previsti per organizzare l'offerta specialistica con presenza H24. In realtà l'offerta in AV GI è già di alto livello, con le attuali risorse. Alla data attuale, stante la mancanza di risorse disponibili e le attuali evidenze da letteratura, non si effettuano procedure radiologiche interventistiche di tipo terapeutico (trombolisi intra-arteriosa e/o uso di devices) per i pazienti con stroke ischemico acuto presso AOOUTs.

ASS2: vi è la "pronta disponibilità" di medici Radiologi nell'Ospedale di Gorizia e Monfalcone. I pazienti che necessitano intervento neurochirurgico sono riferiti ad AOU di Udine mentre tutte le procedure di endoarteriectomia vengono eseguite presso la SC di Chirurgia Vascolare di AOOUTs. Viene espressa, da parte degli specialisti neurologi di Gorizia, l'intenzione di inviare i pazienti che necessitano di trombolisi intra-arteriosa meccanica presso il centro di Udine.

La presenza H24 degli specialisti "core" è pertanto assicurata con l'istituto della reperibilità e della guardia attiva.

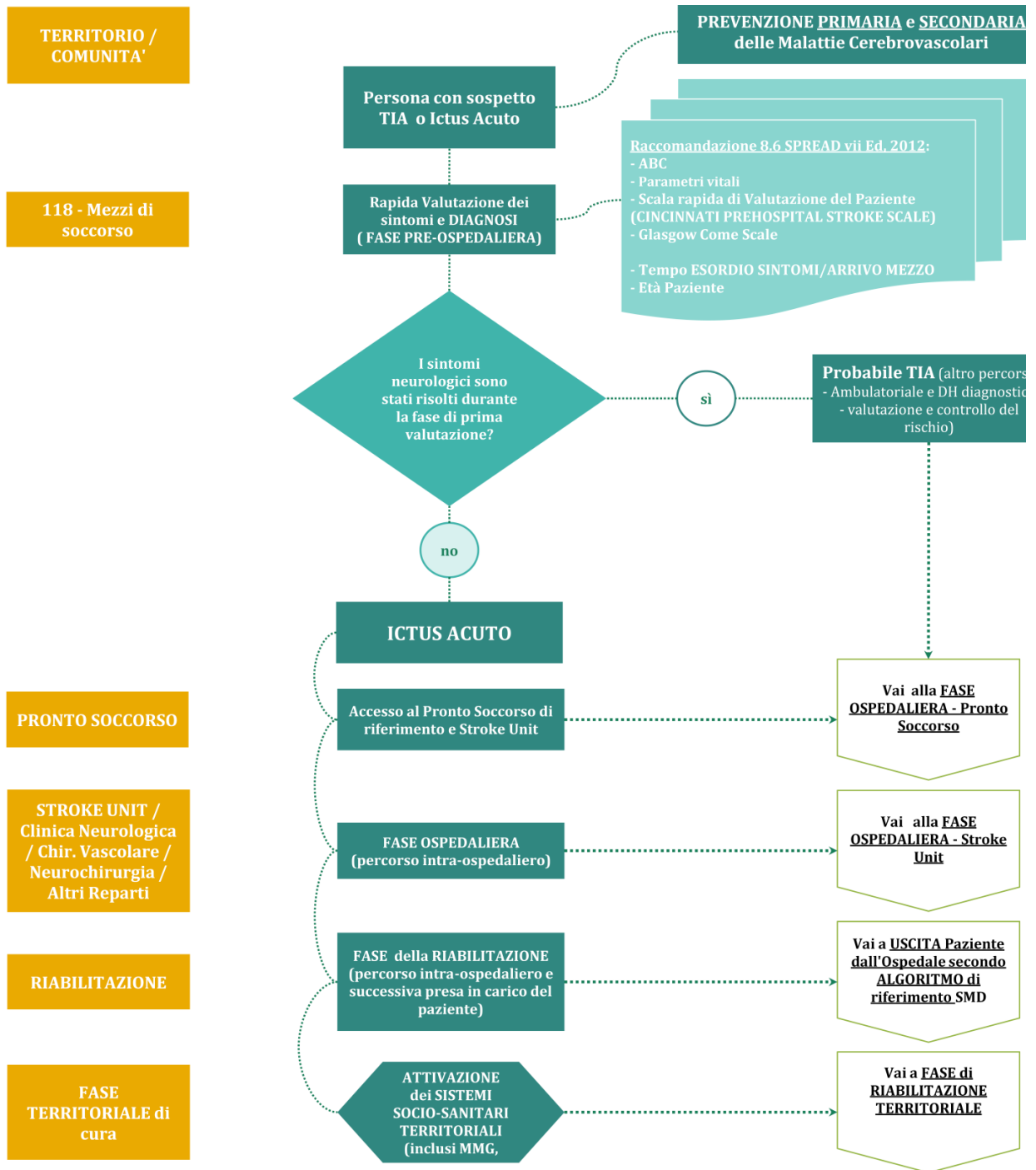
Per il settore radiologico, a causa della differente situazione tra AOOUTs e ASS2 e con

L'obiettivo di garantire per il sistema pubblico la disponibilità di esami radiologici e loro refertazione H24 (Linee per la Gestione del SSR 2014), è stato proposto un progetto di miglioramento per attivare e formalizzare la tele consultazione tra le radiologie pubbliche degli Ospedali in Area Vasta (IRCCS Burlo Garofolo di Trieste, Ospedali di Gorizia e Monfalcone, Ospedali Maggiore e Cattinara di Trieste), Allegato in Appendice.

Sul versante delle cure e dell'assistenza al paziente intra-ospedaliero presso AOUs (Stroke Unit) viene adottato un Protocollo di gestione della **disfagia-afasia** e strategie di **prevenzione della trombosi venosa profonda** (uso della compressione pneumatica intermittente, adottata dal 2010) e di tutte le altre complicazioni post-stroke in grado di ridurre mortalità intraospedaliera e la morbilità.

È disponibile inoltre un protocollo intra-ospedaliero e follow-up per la gestione dei disturbi sfinteriali genito-urinari del paziente post-ictus.

PDTA del paziente con Ictus



a) La Prevenzione dell'Ictus

Per quanto riguarda gli interventi sanitari sulle malattie croniche, si concorda sul ruolo primario della prevenzione da un lato e dell'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.

La prevenzione è un elemento di fondamentale importanza per individuare i soggetti a rischio e può essere realizzata attraverso una sintonia di percorsi tra ospedale e attività territoriali, con particolare riferimento a quelle della Medicina Generale.

I punti-cardine del nostro percorso prevedono :

- l'educazione della popolazione all'adozione di adeguati stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica, ecc.)
- l'individuazione e la quantificazione del rischio di ictus attraverso programmi di informazione sanitaria alla popolazione, utilizzo di carte del rischio cardiovascolare e appropriati percorsi diagnostici su soggetti selezionati al fine di rendere il cittadino/assistito vero responsabile della gestione della propria salute
- la correzione dei fattori di rischio eventualmente individuati (modifica delle abitudini di vita, abolizione del fumo, monitoraggio della pressione arteriosa, terapia e monitoraggio di malattie quali l'ipertensione arteriosa, il diabete, la fibrillazione atriale, l'obesità, le iperlipidemie, ecc.).

Stime effettuate sulla popolazione mostrano che una corretta prevenzione può avere un impatto rilevante sull'incidenza dell'ictus.

Si fa presente che, oltre alle più volte citate raccomandazioni SPREAD 2012, sono oggi disponibili le recenti Guidelines americane, pubblicate su Stroke²¹ nel mese di maggio 2014 (*Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack- A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/ American Stroke Association*) che saranno oggetto di discussione sia nel Gruppo di lavoro che con i professionisti maggiormente coinvolti.

a.1) Prevenzione Primaria

Azione sull' alto rischio in pazienti senza progressi TIA/ ictus, non noti per fibrillazione atriale e/o stenosi carotidee

Obiettivi

individuare i pazienti a maggior rischio di presentare ictus in quanto maggiore e' il rischio più alto è il vantaggio ottenibile a breve e medio termine

- 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

²¹ Consultabile al link:

<http://stroke.ahajournals.org/lookup/suppl/doi:10.1161/STR.000000000000024/-/DC1>

conoscenza della malattia

- Azione sui pazienti con pregresso ictus e/o tia
- Azione sui pazienti fibrillanti
- Azione sui pazienti con stenosi carotidea

Obiettivo

- Nei pazienti già noti per questi fattori di rischio una sorveglianza attenta diminuisce il rischio di primo evento / recidiva

Attori

Figura cardine è il MMG.

Il Distretto Sanitario collabora con il MMG con coinvolgimento al bisogno di servizi già esistenti (SID, specialisti, ecc) oppure organizzando un modello specifico di assistenza come ad esempio il Chronic Care Model per le persone ad alto rischio cerebrovascolare.

I cardini dell'azione preventiva sono:

- l'individuazione del rischio cerebrovascolare del paziente;
- il trattamento e il controllo dei fattori di rischio a cui è esposto.

Controllo fattori di rischio

Raccomandazioni da 7.1 a 7.4 h, da SPREAD 14/03/12

Interventi medici generali

Raccomandazioni da 7.5a a 7.16a, da SPREAD 14/03/12

a.2) Prevenzione Secondaria

Obiettivi

- 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.

Attori

MMG e Servizi Distrettuali (UVD, SID, Riabilitazione, specialisti) con una gestione integrata (ad es. Chronic Care Model).

Terapia farmacologica a lungo termine

Raccomandazioni da 12.1 a 12.15, da SPREAD 14/03/12

a.3) FORMAZIONE

Saranno da prevedere eventi formativi periodici (minimo un evento all'anno) aventi come argomento l'ICTUS e rivolti a tutte le figure che si occupano di tale patologia in tutti i setting di cura (118, PS, S.C. ospedaliere, strutture private accreditate, RSA, domicilio, distret-

to ecc.).

Tali eventi potranno trattare temi multiprofessionali o essere specifici per ciascuna figura coinvolta:

MMG, Medici Specialisti (neurologi, fisiatristi, neuroradiologi, medici PS, medici emergenza, internisti, medici di Distretto ecc.), Infermieri, Fisioterapisti, OSS, Assistenti Sociali, Associazioni.

In AOUTS sono condotti corsi di formazione specifica (Corsi di aggiornamento aziendali) e valutazione di indicatori di qualità (mortalità intraospedaliera, emorragie cerebrali post-trombolisi, outcome funzionale dei pazienti dimessi, controllo e adozione di misure di riduzione della tempistica dall'intervento del 118 all'inizio della terapia fibrinolitica; inserimento obbligatorio dei dati, previo consenso informato, dei pazienti sottoposti a trombolisi sistemica nell'apposito Registro Internazionale SITS-ISTR, in base alle normative vigenti). Presso AOUTs viene eseguita anche una valutazione routinaria di alcuni indicatori di performance ed esito previsti dal sistema di accreditamento JCI, giudicato di ottimo livello durante l'ultimo accreditamento JCI nel 2014.

b) LA FASE OSPEDALIERA della cura del Paziente colpito da Ictus acuto

L'accesso ai mezzi di soccorso, al Pronto soccorso, ai reparti ospedalieri (per trombolisi sistemica o meno) e successivi interventi (di chirurgia vascolare o neurochirurgia) sono descritti nei diagrammi di flusso dell'Allegato nr.1 (Figg. 3-8 e Figg. 14 e 15).

c) LA FASE RIABILITATIVA (Intraospedaliera e Territoriale)

Il percorso riabilitativo è da tempo organizzato secondo le raccomandazioni delle principali linee guida.

AOUTs: in Clinica Neurologica, nella **fase acuta** il setting riabilitativo e di nursing riabilitativo operano in modo sinergico a livello intraospedaliero. Questo si “conclude” attraverso l'utilizzo di un'area di **neuro riabilitazione** e, laddove previsto dagli score ricavati dalle due Valutazioni Multidimensionali (VMD), nella **SC di Medicina Riabilitativa** dove si garantisce una riabilitazione di tipo “intensivo”.

Contestualmente, viene predisposto il progetto riabilitativo individuale e viene attivata la continuità riabilitativa. Quest'ultima prevede, a seguito della valutazione multidimensionale (VMD) che indaga la dimensione clinica, funzionale e sociale, l'applicazione di un algoritmo per determinare il setting riabilitativo maggiormente appropriato, in seguito condiviso con il paziente e/o i caregiver di riferimento.

ASS1: per il paziente neurologico le strutture ed i fisioterapisti territoriali vengono coinvolti immediatamente a garanzia della tempestività dell'intero percorso. Inoltre, il percorso viene monitorato attraverso l'archiviazione, da parte dei fisioterapisti distrettuali, dei dati forniti dalle due VMD in un archivio che conta circa 800 pazienti.

ASS2: per tutti i pazienti garantisce un percorso di valutazione fisiatrica, un progetto riabilitativo adeguato agli obiettivi di recupero, di prescrizione degli eventuali ausili necessari a garantire l'autonomia possibile, il percorso di “uscita” definito in base alle complessità clinico-assistenziali. Per i casi complessi viene programmata una U.V.D. (Unità di Valutazione

Distrettuale) con presenti i servizi sociali, la famiglia ed il M.M.G.

Va anche ricordato che la Delibera Giunta Regionale, 31 ottobre 1996, n. 4965 P.I.M.T. 1995-1997 “Approvazione del Piano regionale per l'unità spinale e riabilitazione di 3° livello” prevedeva un ruolo di coordinamento sulla gestione del paziente con ictus a livello regionale (fase riabilitativa) assegnata al Gervasutta di Udine, che negli anni non ha mai ottemperato ai compiti assegnati.

C.1) La RIABILITAZIONE intraospedaliera (AOUTS) del paziente colpito da Ictus

Attualmente la presa in carico dei pazienti colpiti da ictus, ricoverati presso l'AOUTS, segue due protocolli distinti a seconda che siano ricoverati presso la S.C. Clinica Neurologica - Stroke Unit o presso gli altri reparti per acuti.

I pazienti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) sono presi in carico e seguono il percorso previsto dalla rete riabilitativa del Friuli Venezia Giulia.

C.1.1 Stroke Unit e S.C. Clinica Neurologia AOUTS

Il 31 dicembre 2006 è stato siglato il protocollo di continuità assistenziale/riabilitativa tra AOUTS e ASS1; tale accordo definisce le modalità attraverso cui si realizza la continuità assistenziale-riabilitativa per i pazienti ricoverati presso la S.C. Clinica Neurologica e Stroke Unit con particolare attenzione alle persone a rischio d'istituzionalizzazione promuovendo, laddove possibile, azioni a sostegno della domiciliarità.

Il definire percorsi riabilitativi individuali concordati e programmati in continuità tra le due Aziende consente di attivare tutte le risorse della rete di servizi sanitari e sociali, delle reti formali e informali e le risorse della persona interessata attraverso la formulazione di un progetto riabilitativo individuale che veda protagonista la persona e/o la sua famiglia.

Lo sviluppo del processo di cura e riabilitazione deve prevedere diversi setting di intervento (ospedalieri, servizi residenziali, trattamento domiciliare, trattamento ambulatoriale) in base alla valutazione del bisogno globale della persona. In tale prospettiva la progettazione e realizzazione degli interventi viene plasmata sull'individualità dei soggetti, adeguando i propri meccanismi di funzionamento alle esigenze dei luoghi e dei contesti in cui le persone esprimono il proprio funzionamento sociale.

Nel nuovo protocollo, la definizione del percorso riabilitativo è frutto di una valutazione multiprofessionale che utilizza una scheda di valutazione multidimensionale che garantisce il del percorso in uscita della/del paziente in modo oggettivo e condiviso. Tale scheda coinvolge diverse figure (neurologo, fisiatra, fisioterapista ospedaliero e territoriale, infermiere): è prevista infatti una prima valutazione da parte dei professionisti ospedalieri (medici, infermieri e fisioterapisti) e una successiva valutazione da parte del fisioterapista dell'ASS1. La scheda prende in considerazione la dimensione clinica, funzionale e sociale del paziente oltre al grado di compliance al trattamento riabilitativo; il mix dei bisogni determina, attraverso la definizione di un algoritmo, il programma maggiormente utile a garantire il percorso riabilitativo più appropriato e quindi la struttura più idonea in cui inviare il paziente in relazione all'intensità delle cure riabilitativo-assistenziali necessarie.

L'introduzione di questo strumento di valutazione multidimensionale nell'identificazione dei percorsi post dimissione ospedaliera ha concorso ad una svolta nella visione della per-

sona nella sua globalità, non soffermandosi più al solo problema acuto che ha determinato il ricovero in ospedale, ma valorizzando anche gli aspetti sociali ed assistenziali della persona per favorire la domiciliarità nell'obiettivo di contrastare l'istituzionalizzazione.

La presa in carico riabilitativa del paziente colpito da ictus ricoverato in neurologia avviene attraverso la richiesta di consulenza fisiatrica da parte del neurologo che contestualmente attiva la Scheda di Valutazione Multidimensionale; il personale infermieristico del reparto compila la valutazione anamnestica.

La visita fisiatrica viene effettuata entro 24/48 ore lavorative e, se ci sono le indicazioni al trattamento riabilitativo, il fisioterapista inizia il trattamento entro le 24 ore successive.

Entro le prime 24 ore dal ricovero viene effettuato anche lo screening per la disfagia, in un primo momento da parte di personale infermieristico adeguatamente formato e, in caso di disfagia persistente oltre le 48 ore, da parte del servizio di logopedia della S.C. Otorinolaringoiatrica (allegato 1a).

In caso di disturbi neurocognitivi l'inquadramento del paziente viene completato da una valutazione neurocognitiva effettuata su richiesta del fisiatra stesso o, in assenza di deficit sensitivo/motori, direttamente dal neurologo.

Entro tre giorni dalla presa in carico riabilitativa il fisioterapista dell'AOUTS che ha in carico il paziente compila la seconda valutazione e viene inviata la segnalazione del caso all'ASS1.

Il protocollo prevede che fisioterapisti distrettuali effettuino la prima valutazione presso la Stoke Unit o la Clinica Neurologica di tutti i pazienti presi in carico dalla S.C. Medicina Riabilitativa entro 72 ore dall'inizio del trattamento riabilitativo. In questa prima valutazione, l'algoritmo risultante dalla scheda di valutazione multidimensionale individua il percorso riabilitativo post-dimissione che viene successivamente confermato o modificato alla seconda valutazione che viene fatta quando il paziente viene dichiarato dimissibile secondo i 5 criteri di dimissibilità dell'AOUTS.

L'algoritmo identifica 5 programmi:

1. **Programma 1: continuità infermieristica**, pazienti non ammissibili ad un programma riabilitativo;
2. **Programma 2: ricovero riabilitativo** pazienti ammissibili ad un programma riabilitativo intensivo; questo programma prevede due uscite:
 - a. una ospedaliera verso la S.C. Medicina Riabilitativa
 - b. una territoriale verso il reparto di Riabilitazione Neuromotoria di Pineta del Carso
3. **Programma 3: domicilio** pazienti ammissibili ad un programma riabilitativo di tipo estensivo; al momento della valutazione intraospedaliera viene compilata la scheda per il trattamento riabilitativo domiciliare ed il paziente viene preso in carico entro 5 gg lavorativi dalla data di dimissione;
4. **Programma 4: ambulatorio**,
 - a. ambulatorio SCMR
 - b. ambulatorio distrettuale
5. **Programma 5: RSA** pazienti ammissibili ad un programma riabilitativo estensivo che

necessitano di una tutela assistenziale sulle 24h; al momento della valutazione intraospedaliera viene compilata la scheda di segnalazione per l'ingresso in RSA con l'indicazione degli obiettivi riabilitativi e viene fatto firmare il consenso informato; successivamente viene messo in lista di attesa distrettuale con priorità di ingresso;

Nel caso in cui il paziente sia residente a Gorizia o provincia ed abbia necessità di un trattamento riabilitativo estensivo, viene contattata l'ASS2 per la presa in carico nei diversi setting individuati; nel caso abbia necessità di un trattamento riabilitativo intensivo viene trasferito presso la S.C. di Medicina Riabilitativa dell'AOUTS o viene ricoverato presso il reparto di Riabilitazione Neuromotoria della Casa di Cura Pineta del Carso.

Il percorso riabilitativo può concludersi in uno dei setting individuati post dimissione dal reparto per acuti oppure ci può essere la necessità di proseguire il trattamento riabilitativo; in base alla valutazione funzionale ed alle necessità clinico-assistenziali del paziente le possibili uscite sono:

1. dalla S.C. Medicina Riabilitativa:
 - a. Ambulatorio SCMR;
 - b. Domicilio: segnalazione di continuità al distretto di appartenenza;
 - c. RSA: richiesta al distretto di valutazione da parte degli operatori ASS1;
2. da Pineta del Carso:
 - a. Domicilio: segnalazione di continuità al distretto di appartenenza;
 - b. RSA: richiesta al distretto di valutazione da parte degli operatori ASS1;
3. da RSA:
 - a. Domicilio: scheda di continuità riabilitativa inviata dagli operatori della RSA, concordata con il fisioterapista distrettuale
4. dal Domicilio:
 - a. Ambulatorio distrettuale o centri privati/convenzionati, previa visita fisiatrica con il fisiatra distrettuale

Nel caso in cui il paziente presenti una complessità socio sanitaria rilevante, viene attivata l'equipe multidisciplinare l'handicap (per persone di età inferiore ai 65 anni) o l'UVD (>65 anni) per migliorare la qualità della vita delle persone e di chi se ne prende cura (caregiver) formulando il progetto di vita condiviso con la persona e la famiglia ed il Servizio Sociale del Comune di appartenenza.

C.1.2 Altri reparti per acuti AOUTS

Nel caso in cui il paziente con ictus sia ricoverato negli altri reparti per acuti dell'AOUTS la presa in carico riabilitativa attualmente non prevede l'utilizzo della Scheda di Valutazione Multidimensionale.

La presa in carico riabilitativa viene attivata attraverso la richiesta di consulenza fisiatrica da parte dei medici appartenenti al reparto ove il paziente è degente; la visita viene effettuata entro 24/48 ore lavorative, il fisioterapista inizia il trattamento entro le 24 ore successive.

In caso di disturbi cognitivi è prevista la valutazione neuropsicologica che viene richiesta dal fisiatra; in caso di sospetta disfagia viene effettuata la valutazione da parte delle logopediste della S.C. Otorinolaringoiatrica su richiesta dei medici che hanno in carico il paziente.

Il percorso post dimissione viene definito direttamente dal fisiatra in base alle necessità riabilitativo-assistenziali del paziente.

I settings ed i percorsi di presa in carico del paziente dopo la dimissione dal reparto per acuti coincidono con quelli elencati per i pazienti ricoverati in Clinica Neurologica e Stroke Unit.

C.2) Percorso Riabilitativo in ASS2

Il percorso riabilitativo degli assistiti dell'Azienda Isontina con esiti di ictus post-trombolisi inizia con la richiesta di valutazione fisiatrica (nei reparti di degenza per acuti o ambulatoriale) al fine di definire sia la necessità di un progetto riabilitativo che il setting di quest'ultimo ed in tal modo avviene la presa in carico da parte della Riabilitazione. Nel percorso riabilitativo vengono eventualmente prescritti eventuali ausili per garantire l'autonomia possibile.

Viene esaminata la documentazione e gli esiti obiettivabili, la possibilità/necessità di intervento riabilitativo e deciso il percorso definito in base alle complessità clinico-assistenziali, che schematicamente possono essere:

1. Aziendale (Medicina Riabilitativa presente sia a Gorizia che Monfalcone)
2. RSA (Gorizia, Cormons, Monfalcone)
3. ambulatoriale (Gorizia, Cormons, Gradisca, Monfalcone, Grado)
4. Domiciliare
5. Extra-Aziendale (Gervasutta, Riabilitazione di Trieste, Pineta del Carso)
6. percorso puramente assistenziale, ed in tal caso viene attivato il servizio infermieristico domiciliare (A.D.I.)

Per i casi complessi viene programmata una U.V.D. (Unità di Valutazione Distrettuale) con presenti i servizi sociali, la famiglia ed il M.M.G.

d) PROTOCOLLI di Continuità Ospedale-Territorio

Nel 2003, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda per i Servizi Sanitaria Territoriale N°1 Triestina hanno adottato in via definitiva il *Sistema di Continuità Assistenziale infermieristica interaziendale* finalizzato a ridurre il fenomeno dei ricoveri ripetuti assicurando la deospedalizzazione protetta attraverso la presa in carico dell'assistito da parte dei servizi Distrettuali in collaborazione con i medici di medicina generale, in rete con i servizi sanitari e sociali e le associazioni di volontariato.

Dal 2006 (Delibera n.833/2006 e successiva n.1020/2008) nella Struttura Complessa di Clinica Neurologica e nella Struttura Semplice Stroke Unit di AO/UTS (la struttura di ricovero nei quali sono ospitati i pazienti che presentano necessità maggiori di continuità riabilitativa assieme alle due Ortopedie) è in vigore un protocollo di continuità riabilitativa.

Il protocollo prevede l'utilizzo di una scheda di valutazione multidimensionale (SMD) somministrata con una tempistica definita. Nella SMD sono valutati gli ambiti clinico, sociale e funzionale, quest'ultimo con la scala di Barthel, e ciascun ambito viene compilato rispettivamente dal medico, dall'infermiere e dal fisioterapista. Le valutazioni dei vari ambiti della SMD determinano un algoritmo che definisce l'uscita post dimissione più appropriata.

ta, rispetto all'offerta presente sul territorio. La segnalazione ed autorizzazione del ricovero dei pazienti verso Pineta del Carso viene fatta dalle SSD Riabilitazione dell'ASS1 tramite fax. Per i pazienti per i quali viene identificato un percorso riabilitativo domiciliare, viene indicato sulla scheda di segnalazione il tempo massimo di presa in carico da parte delle SSD Riabilitazione dell'ASS1. Tutti i dati raccolti nella SMD sono registrati in un database che permette di analizzare l'efficienza dell'intero processo. La SMD è stata oggetto di revisione e di formazione per professionisti coinvolti nel corso del 2011. Il processo è descritto dettagliatamente nei relativi diagrammi di flusso Allegati.

Report Continuità' 2013

REPARTO	2010	2011	2012	2013
CL NEURO	184	143	135	112

Schede di valutazione multidimensionale registrate dal 2010 al 2013

Anno 2013

1) Giornate di degenza: (112 utenti – 3 ricoveri presso altri reparti) = n° utenti 109

Media 20,72	Mediana 20	Moda 12	DS 9,26	Min 4 gg	Max 54 gg
-------------	------------	---------	---------	----------	-----------

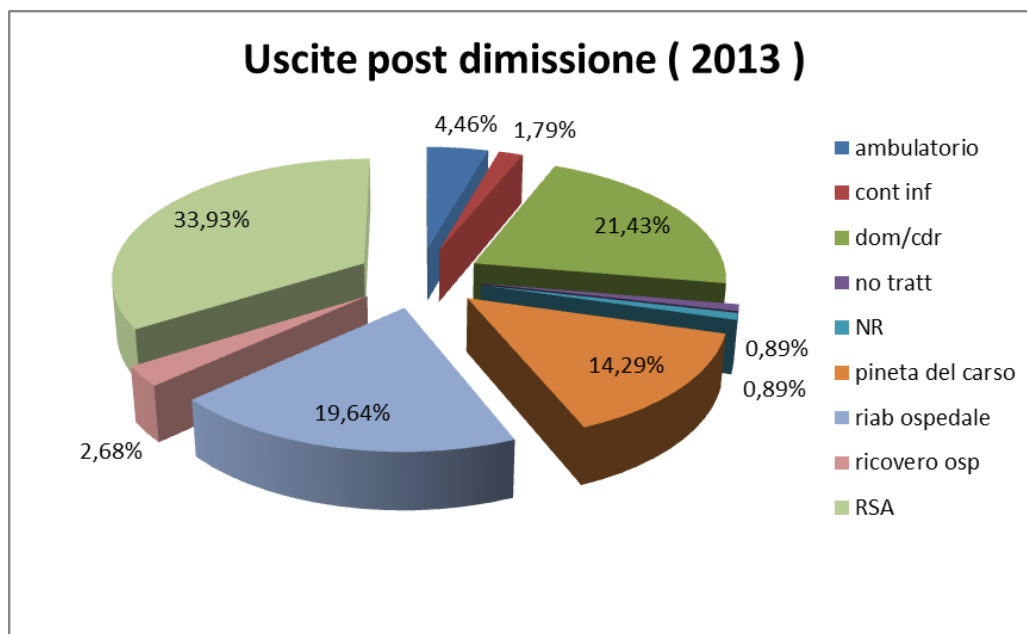
2) Gg Dimissione – Dimissibilità (112 utenti - 17 senza data dimissibilità) = n° utenti 95

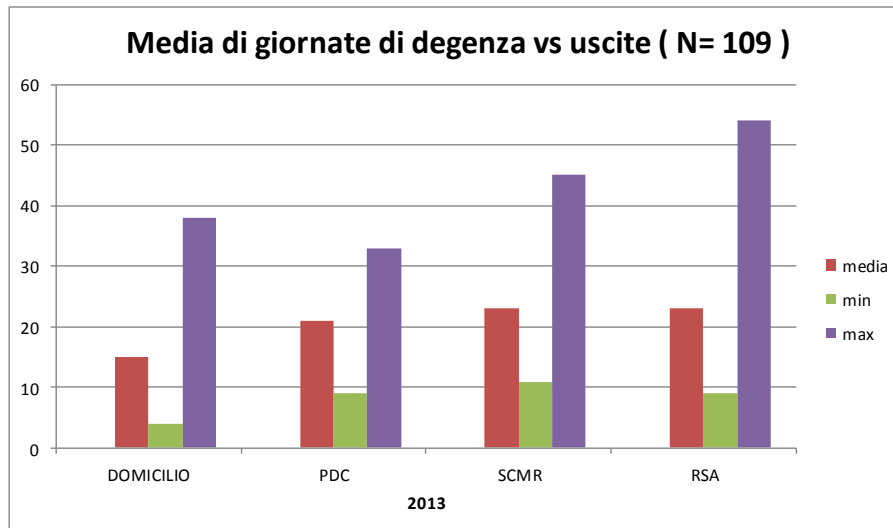
Media 9,7	Mediana 10	Moda 6	DS 6,11	min 1 gg	max 30 gg
-----------	------------	--------	---------	----------	-----------

3) Gg Dimissione – 3° Valutazione (112 - 9 senza 3° valutazione) = n° utenti 103

Media 7,9	Mediana 7	Moda 1	DS 6,27	Min 0 gg	max 26 gg
-----------	-----------	--------	---------	----------	-----------

Uscite cl neuro	Media gg deg.	Mediana gg deg.	DS Min-max	Media Dimissione-dimissibilità	Mediana Dimissione-dimissibilità	DS Min-max	Media dimissione-3° valutazione	Mediana dimissione - 3° valutazione	DS Min-max
Domicilio 25 ut	13,4	19,5	9,1 4 -30	5,15 (6 ut no dimissib)	9	6,57 1 - 16	3,57 (6 ut no 3° val)	7	6,28 1 - 16
Pineta 16 ut	21,62	20	9,45 9 - 33	9,33 (1 ut no dimissib)	10	6,68 1 - 17	8,06	7	6,45 0-25
Riab o-spedale 22 ut	23,09	20	9,35 11-45	9,52 (3 ut no dimissib)	9,5	6,65 3-28	8,59	7	6,41 0-17
RSA 38 ut	23,63	20	9,26 9-54	11,72 (2 ut no dimissib)	10	6,61 1-23	9,84	7	6,38 1-26





3. Piano di Miglioramento

Il Gruppo di lavoro ritiene che gli attuali percorsi, già altamente standardizzati e sperimentati da anni, possano essere unificati nell'Area Giuliano Isontina ed essere oggetto di miglioramento locale per:

1. definire una comune politica di Area Vasta di prevenzione primaria e secondaria dell'Ictus acuto (setting di Comunità condiviso);
2. coinvolgere in modo uniforme e sistematico, nelle due Province, gli MMG nelle attività di prevenzione (Medicina di Iniziativa);
3. definire un programma per la diffusione di informazioni alla Comunità sul riconoscimento precoce dei segni e sintomi di malattie cerebrovascolari e attivazione del 118;
4. incrementare l'appropriatezza d'uso dei trattamenti finalizzati alla prevenzione primaria/secondaria dell'Ictus;
5. favorire la condivisione delle informazioni tra le due Province e la trasmissione dei dati e delle immagini utilizzando le buone potenzialità della ICT regionale;
6. aumentare il numero di pazienti sottoposti a trombolisi con tPA indipendentemente dalla loro residenza (equità di accesso alle cure);
7. omogeneizzare nelle due Province di Gorizia e Trieste gli indicatori di performance relativi ai protocolli operativi in uso, con particolare riguardo:
 - a) tempi di pronto intervento,
 - b) riconoscimento precoce sul mezzo di soccorso della condizione (estensione dell'utilizzo della Cincinnati Scale sui mezzi di soccorso),
 - c) tempi di approfondimento diagnostico (neuro-imaging),
 - d) tempi di accesso al trattamento trombolitico,
 - e) tempi di valutazione dei problemi deglutitori (primo screening effettuato dal team di SU e/o personale addestrato e successivo approfondimento del logopedista),
 - f) tempi di consulenza fisiatrice e di stesura del Progetto Individuale di cura,
 - g) tempi di assistenza e fisioterapia per paziente/die (sia in fase acuta che post-acuta che presso l'organizzazione/strutture territoriali),
 - h) durata della degenza

8. ridurre la mortalità intraospedaliera e a 30 giorni dall'insorgenza dell'ictus;
9. ridurre i tempi di attesa per intervento di carotidectomia nei pazienti a rischio;
10. adeguare la dotazione del personale delle strutture di Riabilitazione agli standard organizzativi previsti dalle Rete regionale Gravi Cerebrolesioni Acquisite;
11. migliorare la formazione in particolare nei reparti di medicina, finalizzata alla mobilitazione precoce dei pazienti;
12. informatizzare la Scheda di Valutazione Multidimensionale utilizzata nel protocollo di continuità riabilitativa;
13. estendere il protocollo di continuità riabilitativa nei reparti di Medicina interna e ai residenti in Provincia di Gorizia;
14. unificare il percorso di continuità assistenziale e quello riabilitativo;
15. proseguire l'attività del gruppo di lavoro per condividere un data set, monitorare l'effettiva applicazione del Percorso Integrato di Cura per il Paziente colpito da Ictus Acuto attraverso audit clinico-organizzativi (Vedi metodologia Az Osp-Univ di Ferrara);
16. in un'ottica di empowerment dell'individuo utente e nella convinzione che opinioni ed esperienze di malattia e di cura raccolte dai soggetti che le hanno vissute in prima persona siano elementi informativi indispensabili alla comprensione della qualità dell'assistenza e alla identificazione di ambiti concreti di miglioramento, prevedere un focus sui punti di vista del paziente come è stato fatto in Regione Toscana con il progetto "SAPerE"
(https://ars.toscana.it/files/pubblicazioni/Volumi/2009/47_sapere.pdf)

4. Percorso Futuro

I Percorsi e processi illustrati in Appendice sono altamente standardizzati e sono stati modificati e adeguati al contesto ospedaliero/territoriale. Di conseguenza, si ritiene che essi rappresentino già il "Percorso Obiettivo" o "Futuro" richiesto in questa sezione.

Fa eccezione il diagramma di flusso presentato dalla S.C. di Neurologia dell'Ospedale Civile di Gorizia che è una proposta sottoposta a livello di Area Vasta e che modifica un precedente protocollo di riferimento al Centro Hub-Stroke Unit di Trieste del Paziente residente in Provincia di Gorizia.

Si fa presente che nel Percorso Integrato di Cura di Area Vasta dovrà essere aggiunto il percorso di trattamento del TIA (oggi in AOUTs prevalentemente eseguito in Day Hospital e Ambulatorio) e ulteriori percorsi intra-ospedalieri specifici per condizioni particolari (emorragia cerebrale e paziente in Rianimazione); mentre sul territorio devono aver una opportuna esplicitazione il percorso di prevenzione primaria e secondaria (post-dimissione del paziente, propria del setting delle Cure primarie) e quello specifico alle cure palliative da garantire al paziente in fine vita.

Modalità di Monitoraggio, Indicatori e Risultati Attesi

Nell'Allegato nr. 02, intitolato "Elenco Indicatori di Struttura Processo e di Esito dell'Ictus Acuto" vengono elencati gli indicatori di Struttura, Processo ed Esito individuati per ciascuna fase e per ogni Standard Qualitativo del Percorso di Riferimento.

Le modalità di monitoraggio del PIC necessitano di un approfondimento ulteriore in quanto alla selezione degli indicatori dovrà seguire la stesura della scheda specifica e la condivisione degli algoritmi di calcolo.

Si propone il seguente percorso:

- entro il primo trimestre del 2015, individuare e selezionare gli indicatori maggiormente specifici e sensibili alle fasi del Percorso di Cura: come tali saranno selezionati dall'elenco presentato in Allegato;
- entro il primo semestre 2015, raccogliere i dati (indagine retrospettiva su alcuni aspetti del PIC o di specifiche performance tempo-correlate o desunte da Linee guida SPREAD);
- entro agosto 2015, effettuare un primo calcolo, validazione e valutazione del set di indicatori selezionati (base informativa per i successivi audit e piani di miglioramento);
- nell'ultimo trimestre del 2015, condurre gli audit clinico-organizzativi;
- entro dicembre 2015, proporre le opportune riorganizzazioni o modifiche strutturali da presentare nei piani annuali e conseguenti previsioni di spesa per l'esercizio successivo.

DIAGRAMMI di FLUSSO del PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO

Area Vasta Giuliano Isontina

Fare clic su un tipo di diagramma di flusso seguente per iniziare la navigazione del PERCORSO



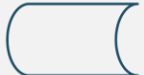
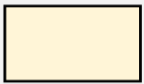


DIAGRAMMA DI FLUSSO GENERALE nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO

< SOMMARIO

< PRECEDENTE SUCCESSIVO >

LEGENDA dei simboli utilizzati:

	Connettore ad altra pagina
	Inizio e Fine
	Decisione
	Elaborazione, singola attività
	Documentazione / Singola registrazione
	Documenti multipli/ Schede
	Singola Attività / registrazione del dato
	Preparazione attività / "Attivazione" procedura
	Archivio Dati
	Scheda
	PROTOCOLLO comune in Fasi diverse del percorso (Es.: Trattamento farmacologico del Paziente Trombolisato e non)

PDTA del paziente con Ictus

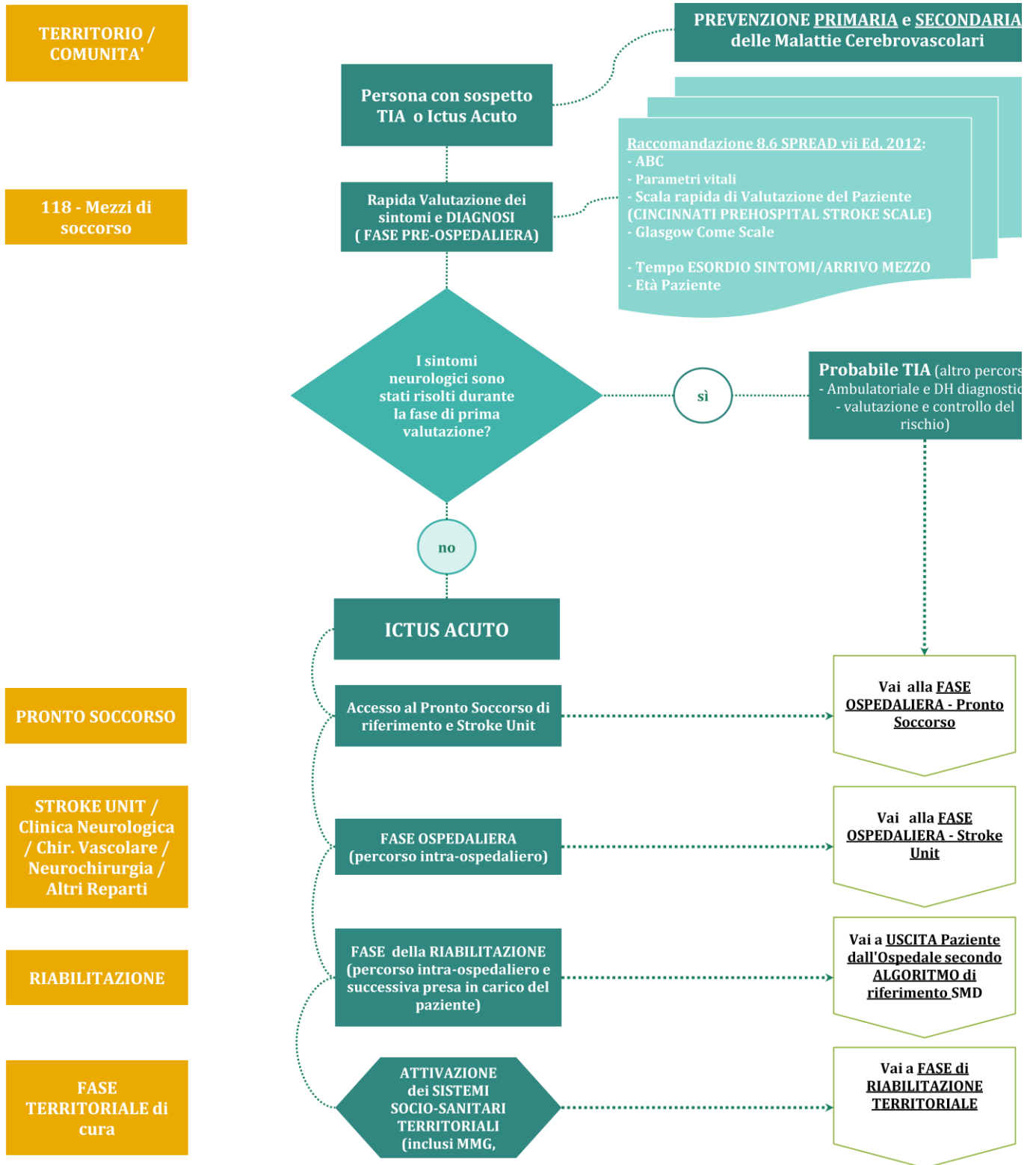


Fig. 01 - DIAGRAMMA di FLUSSO GENERALE nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

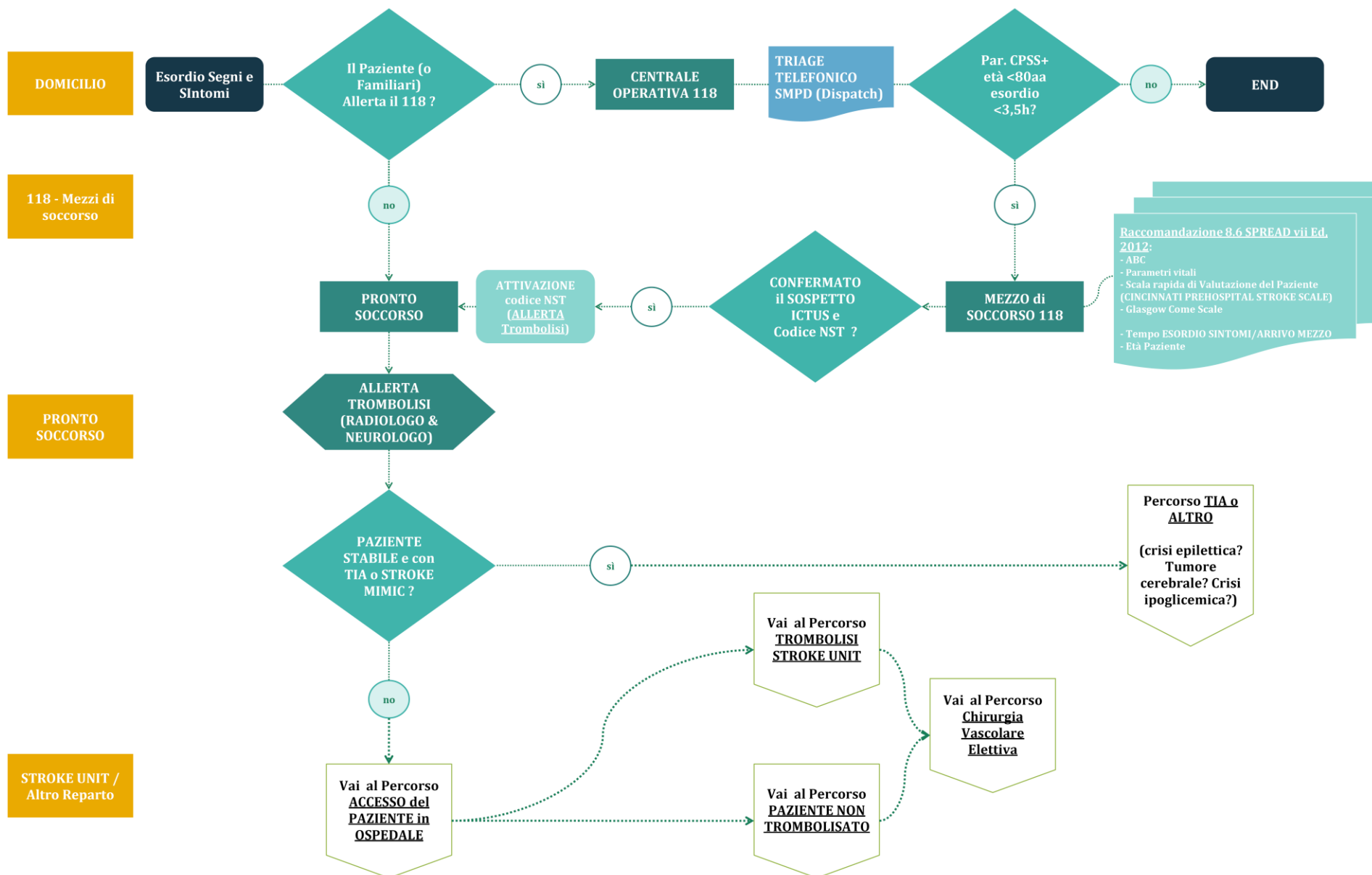


Fig. 02 - ACCESSO del PAZIENTE al SISTEMA nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

PDTA del paziente con Ictus - allegati

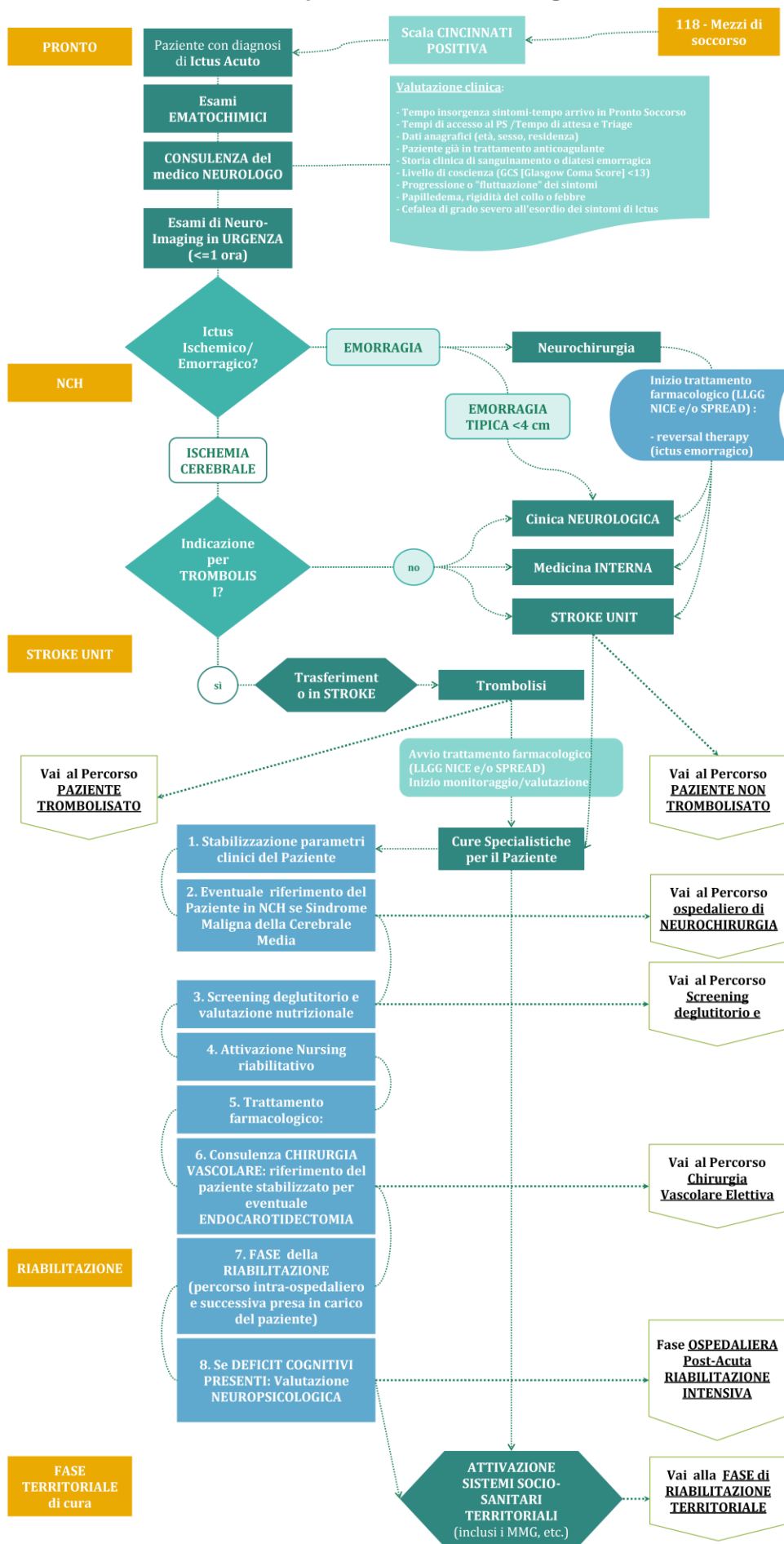
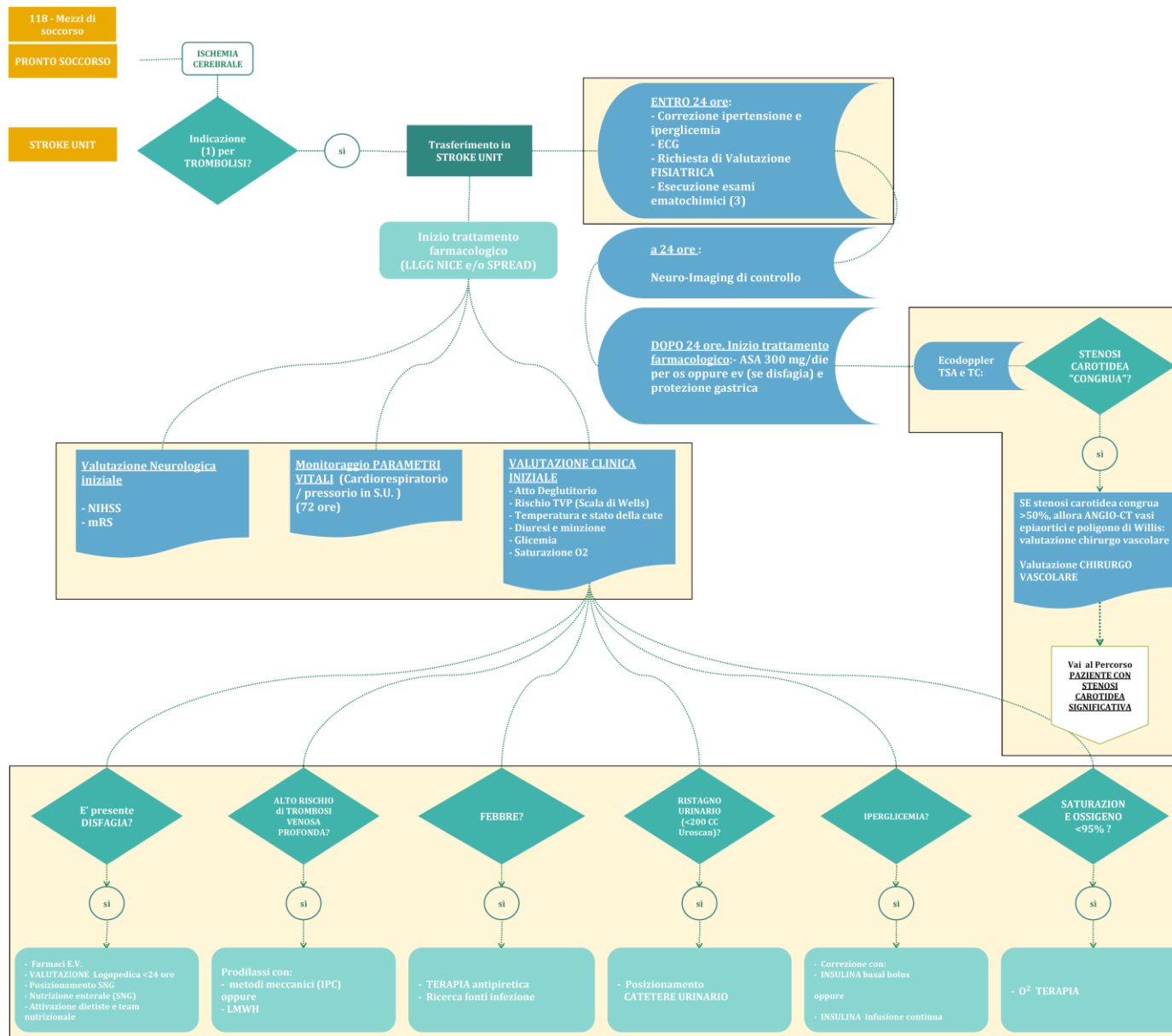


Fig. 03 - ACCESSO del PAZIENTE in OSPEDALE (118, Pronto Soccorso, Stroke Unit e Altri Reparti) nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO

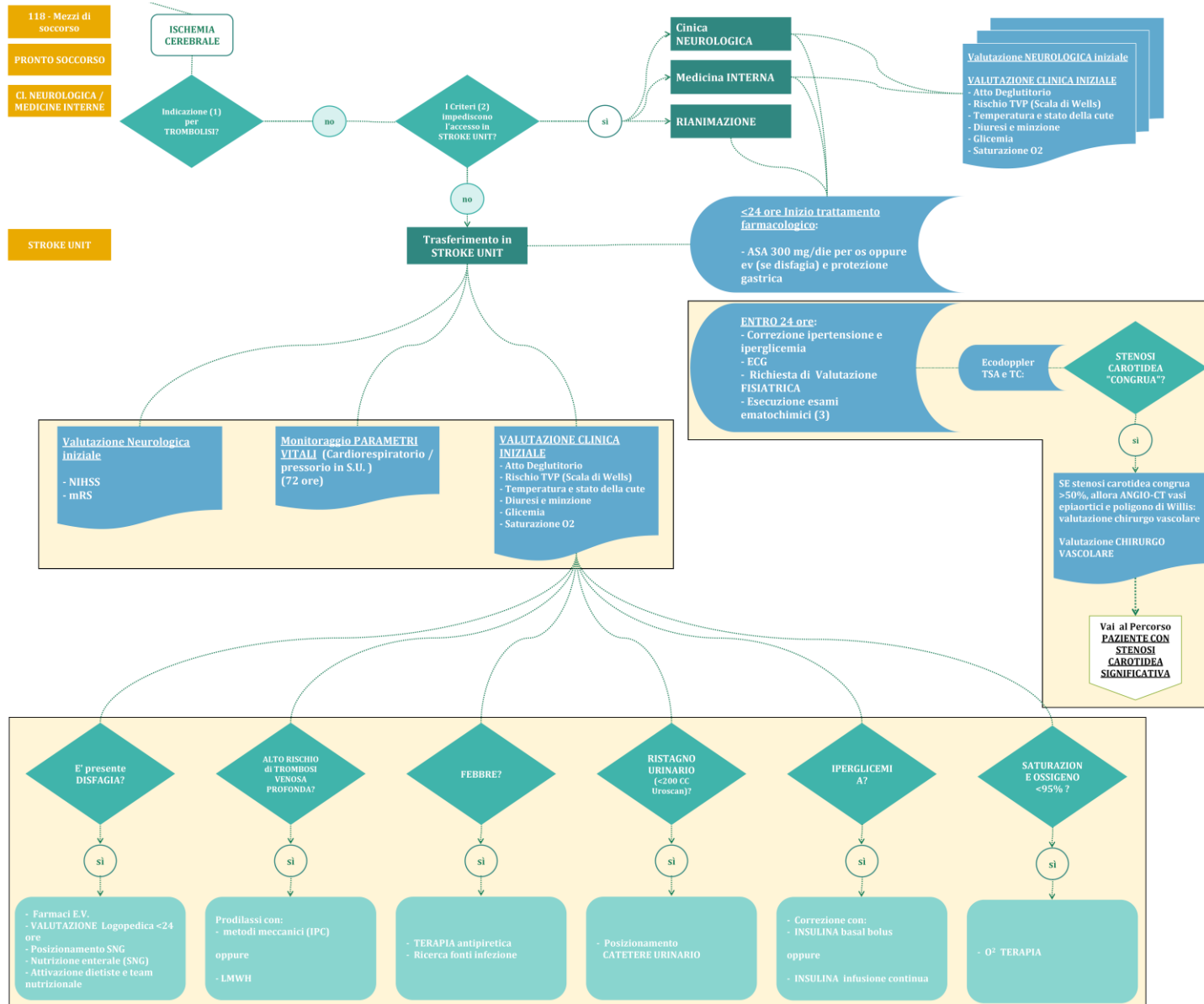


(1) Anamnesi, Esami Ematochimici, Valutazione Neurologica, Neuroimaging in PRONTO SOCCORSO

(3) Assetto lipidico, Hb glicata, glicemia, funzionalità epatica e renale, ionemia, emocromo con formula, VES, PCR, prove emogeniche, uricemia, CK, troponina I

Fig. 04 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE TROMBOLISATO (Stroke Unit) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

PDTA del paziente con Ictus



(1) Anamnesi, Esami Ematochimici, Valutazione Neurologica, Neuroimaging in PRONTO SOCCORSO

(2) Pre-esistenza DISABILITA' valutata con mRS >1; Pre-esistenza NON AUTOSUFFICIENZA; Prognosi INFAUSTA

(3) Assetto lipidico, Hb glicata, glicemia, funzionalità epatica e renale, ionemia, emocromo con formula, VES, PCR, prove emogeniche, uricemia, CK, troponina I

Fig. 05 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE NON TROMBOLISATO (Stroke Unit e Altri Reparti) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

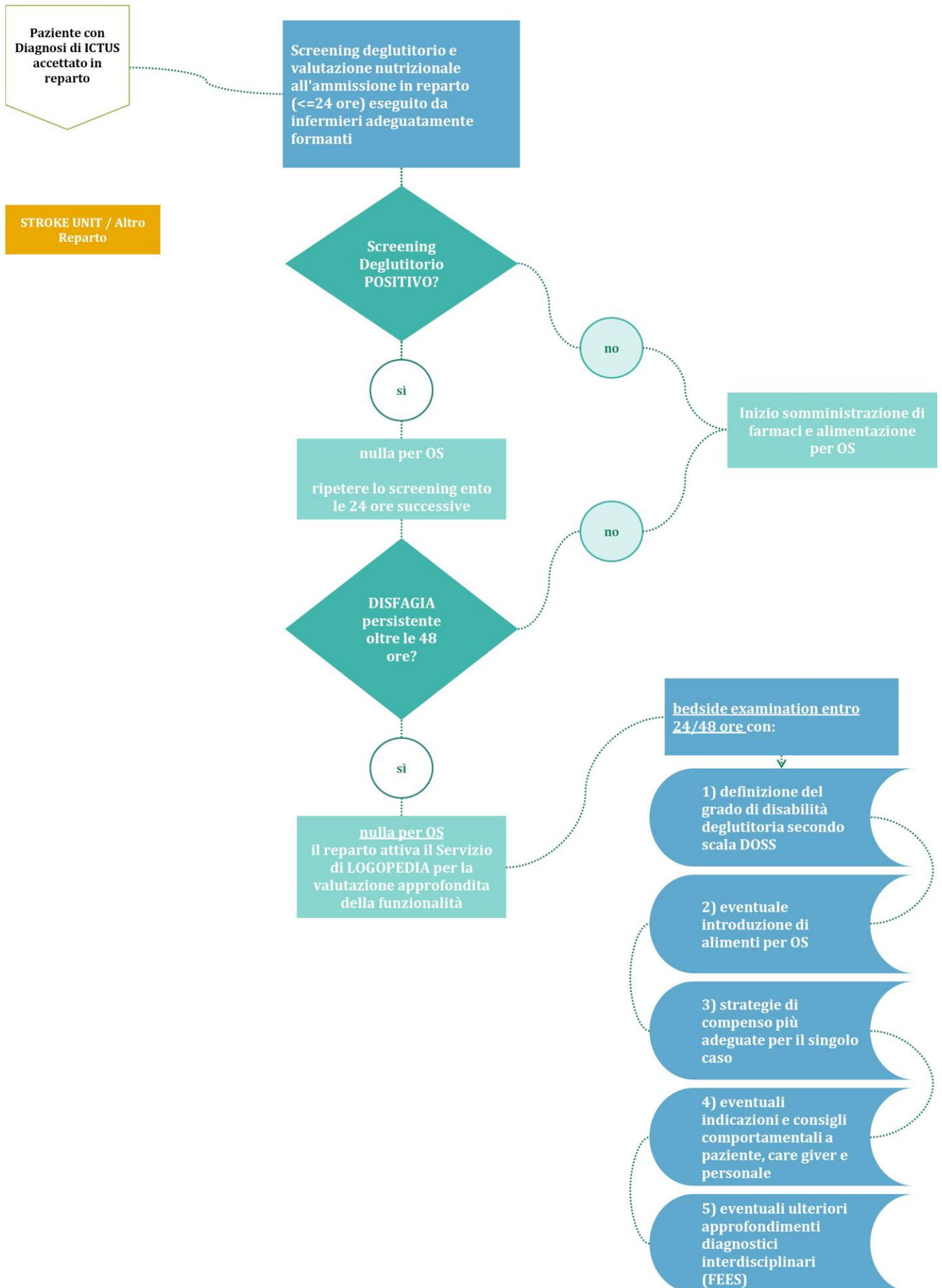


Fig. 06 - FASE OSPEDALIERA Screening Deglutitorio nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

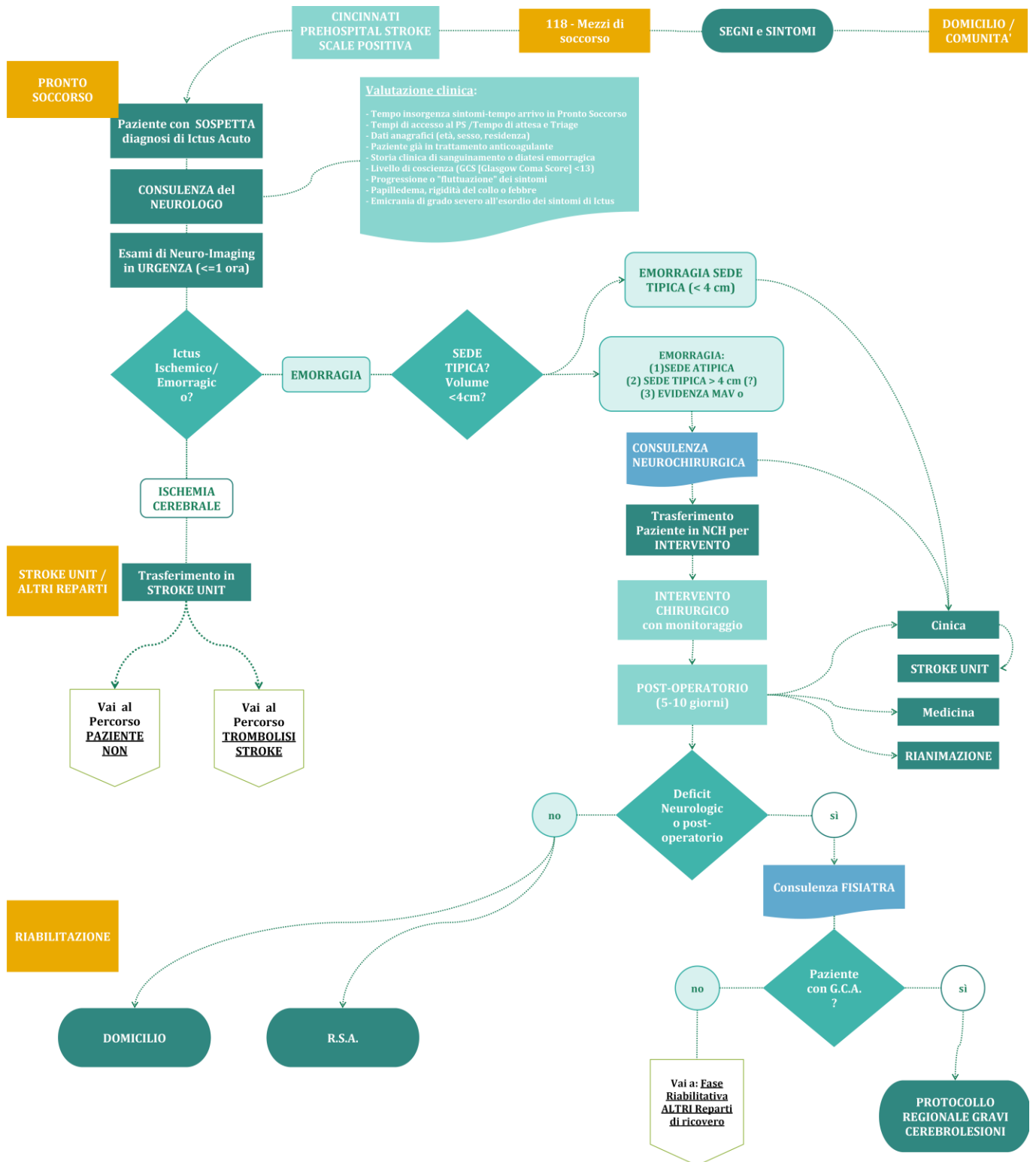


Fig. 07 - FASE OSPEDALIERA - ICTUS EMORRAGICO (NEUROCHIRURGIA) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

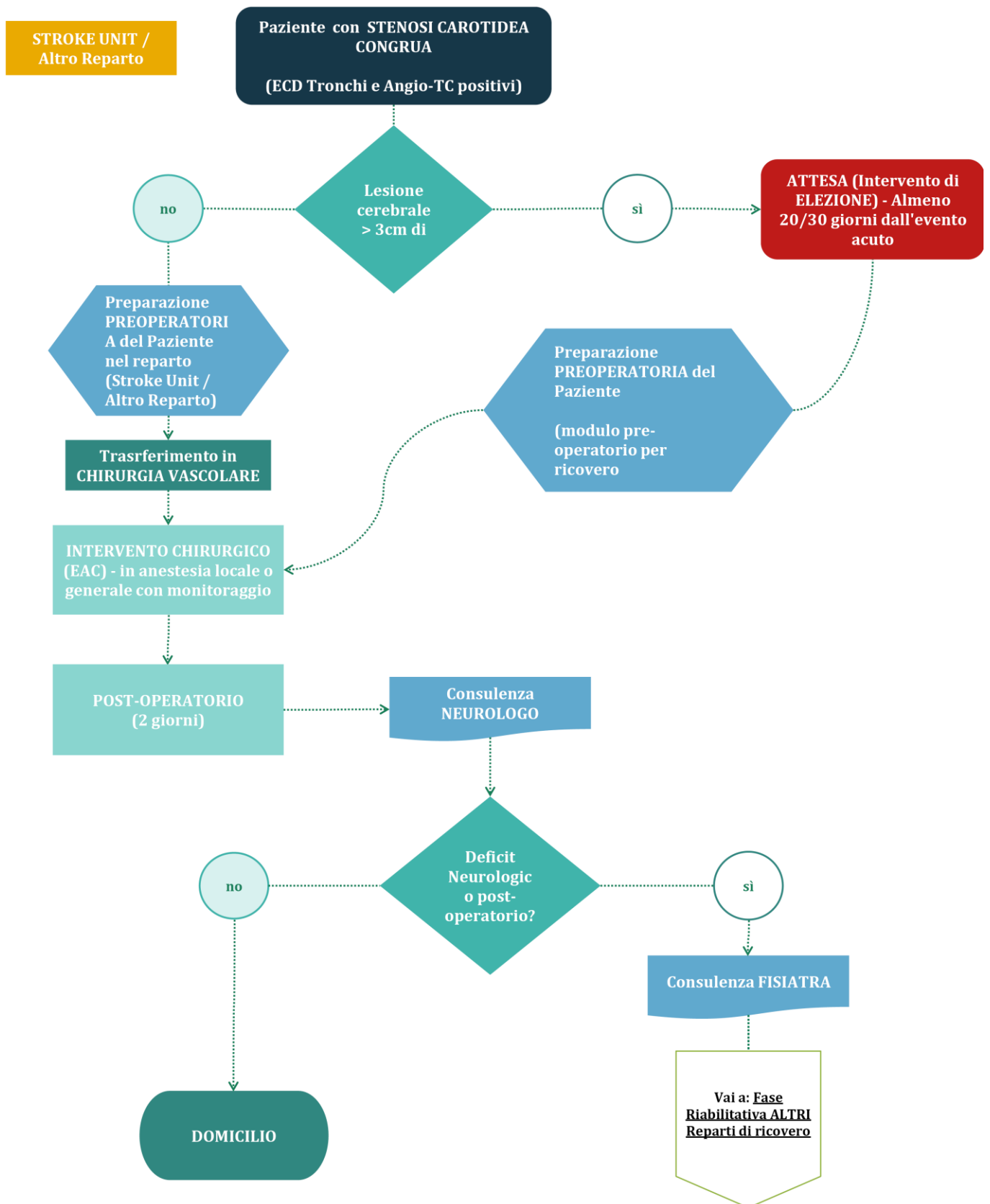


Fig. 08 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE CON STENOSI CAROTIDEA SIGNIFICATIVA (CHIRURGIA VASCOLARE) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

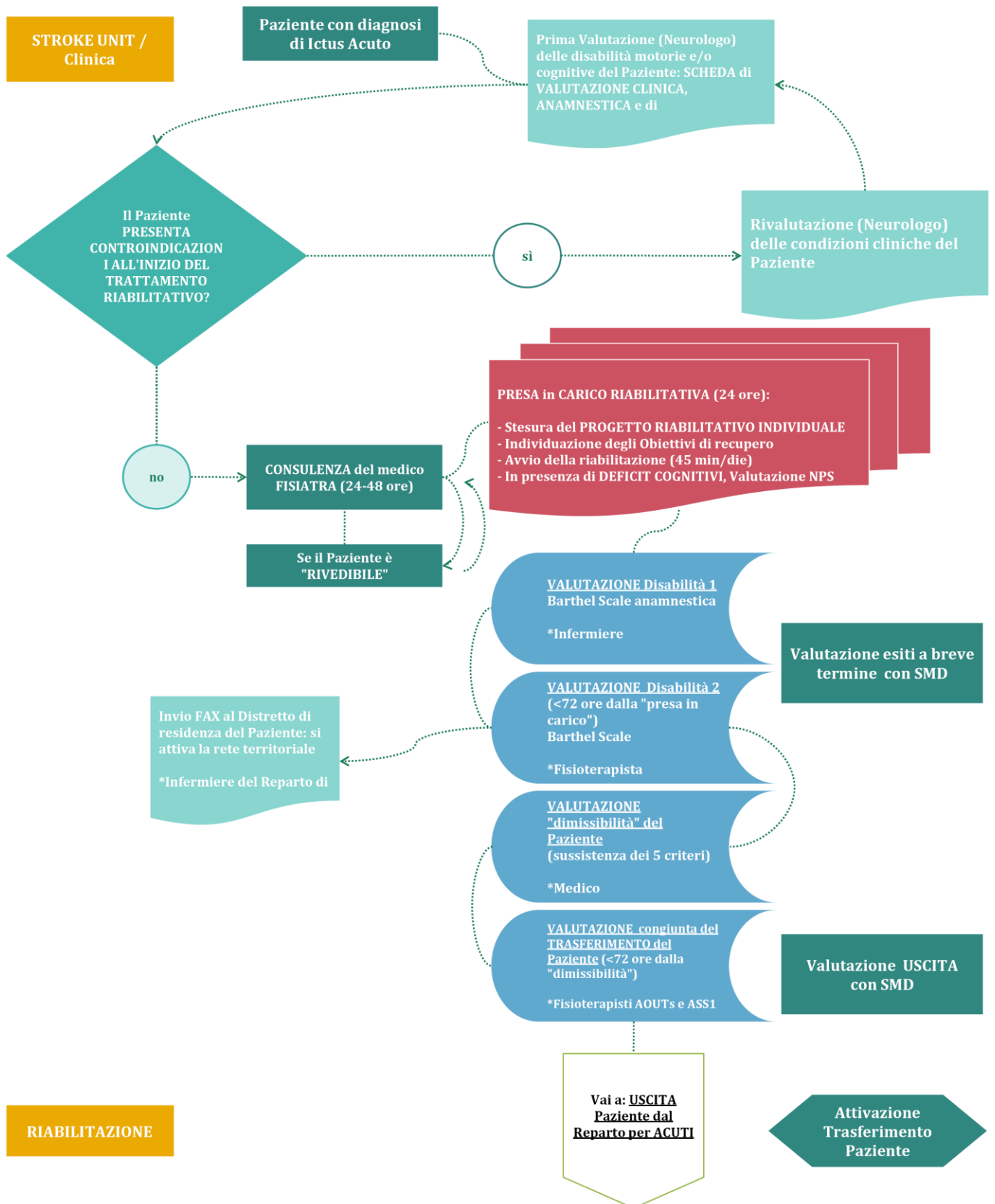


Fig. 09 - FASE della RIABILITAZIONE in STROKE UNIT/CLINICA NEUROLOGICA nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

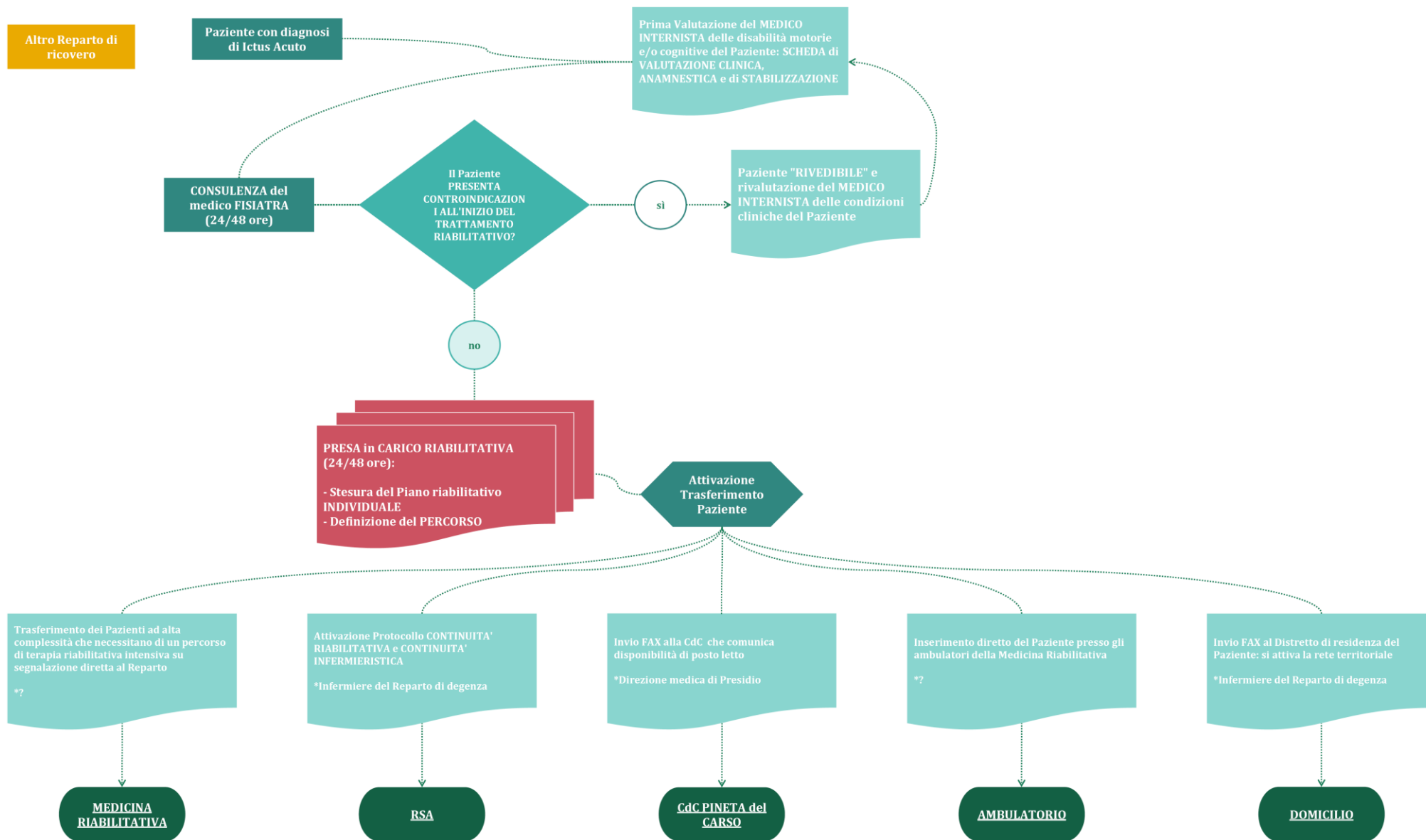


Fig. 10 - FASE RIABILITAZIONE INTRAOSPEDALIERA (altri Reparti di ricovero) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

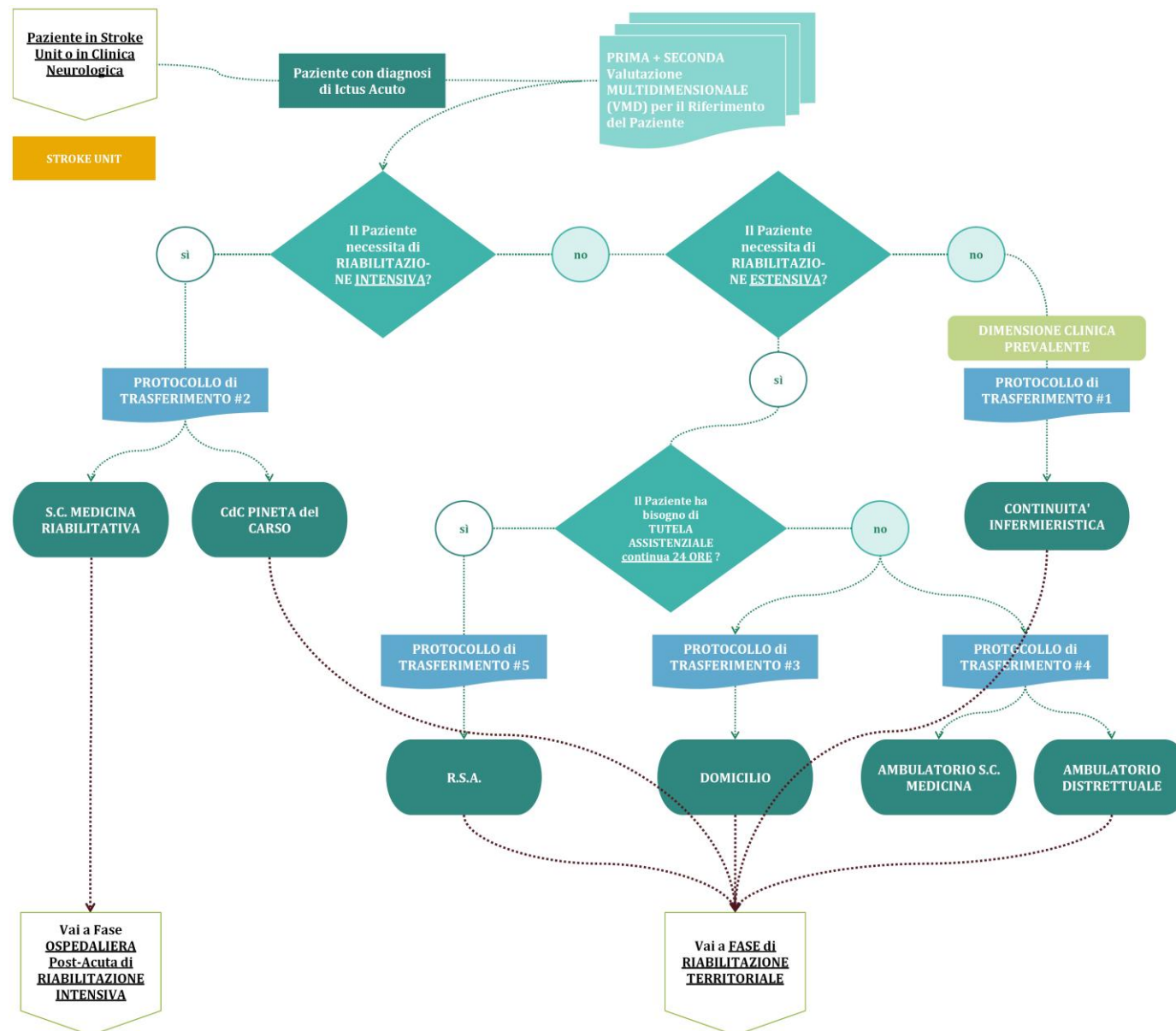


Fig. 11 - FASE di USCITA del Paziente dall'Ospedale secondo ALGORITMO di riferimento della VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

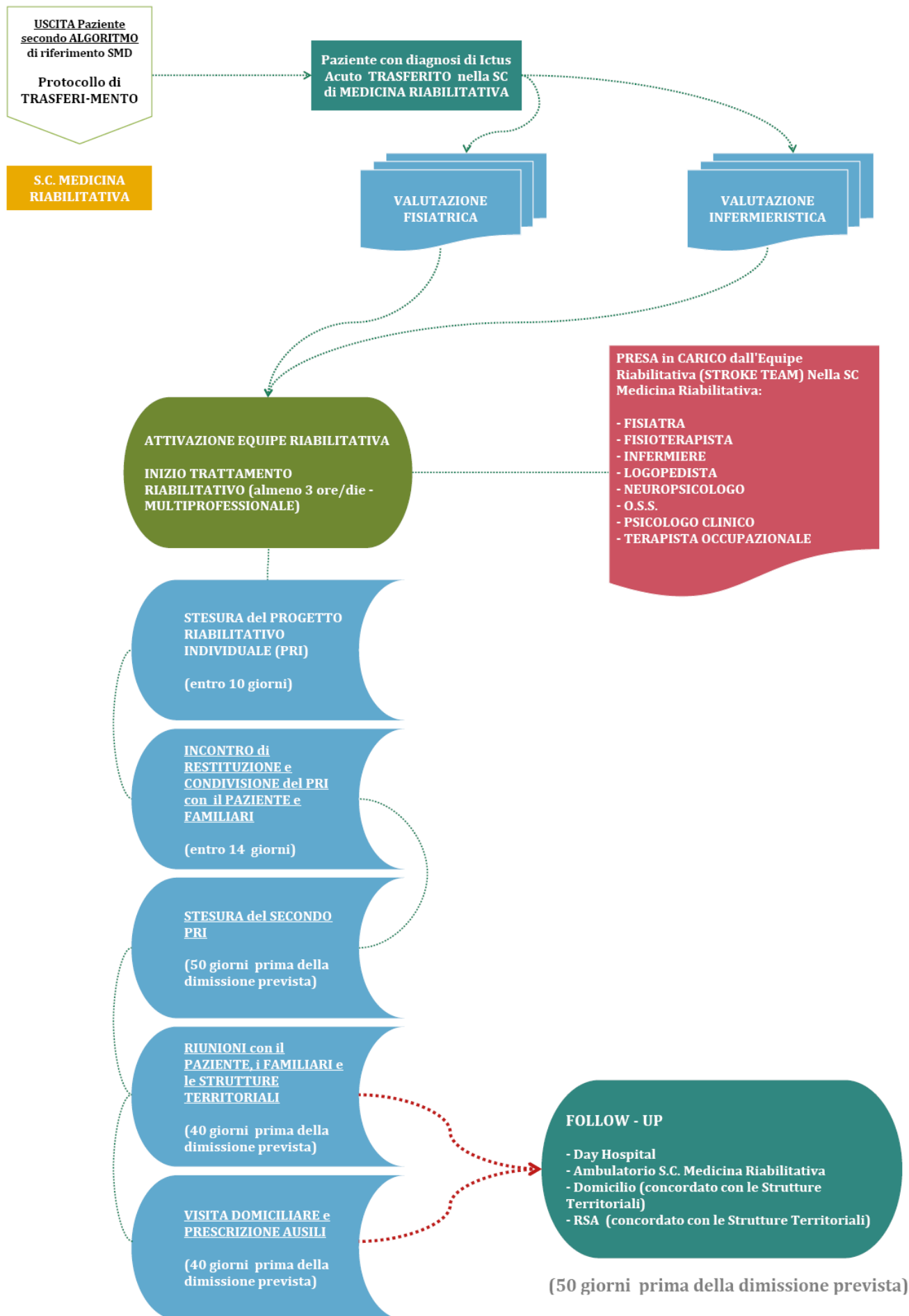


Fig. 12 - FASE OSPEDALIERA POST ACUTA di RIABILITAZIONE INTENSIVA nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

PROTOCOLLI nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO PROVINCIA di GORIZIA

**DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE
RESIDENTE in Provincia di GORIZIA da TROMBOLIZZARE
(PROTOCOLLO di CENTRALIZZAZIONE del Paziente possibile
candidato alla TROMBOLISI presso Ospedale HUB con Stroke
Unit tra ASS2 e AOUTs del 5 febbraio 2014)*
nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS ACUTO**

**DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE
TROMBOLISATO e/o NON TROMBOLISATO
RESIDENTE in Provincia di GORIZIA
(PROPOSTA della S.C. di NEUROLOGIA
dell'Ospedale Civile di Gorizia)
nel PERCORSO INTEGRATO DI CURA DELL'ICTUS
ACUTO**

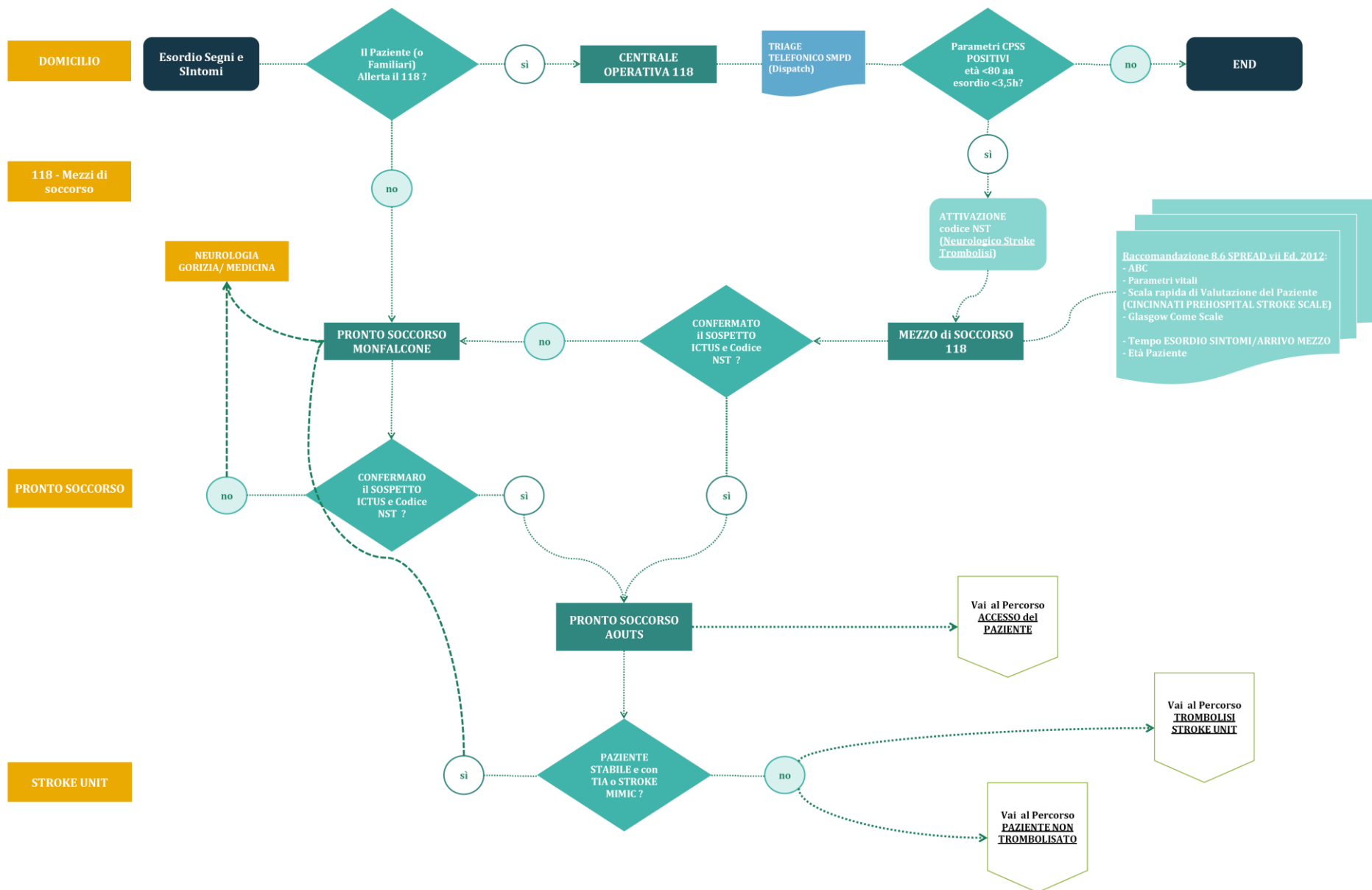


Fig. 14 - DIAGRAMMA DI FLUSSO FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE RESIDENTE in Provincia di GORIZIA da TROMBOLIZZARE (PROTOCOLLO di CENTRALIZZAZIONE del Paziente possibile candidato alla TROMBOLISI presso Ospedale HUB con Stroke Unit tra ASS2 e AOUTs del 5 febbraio 2014)* nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

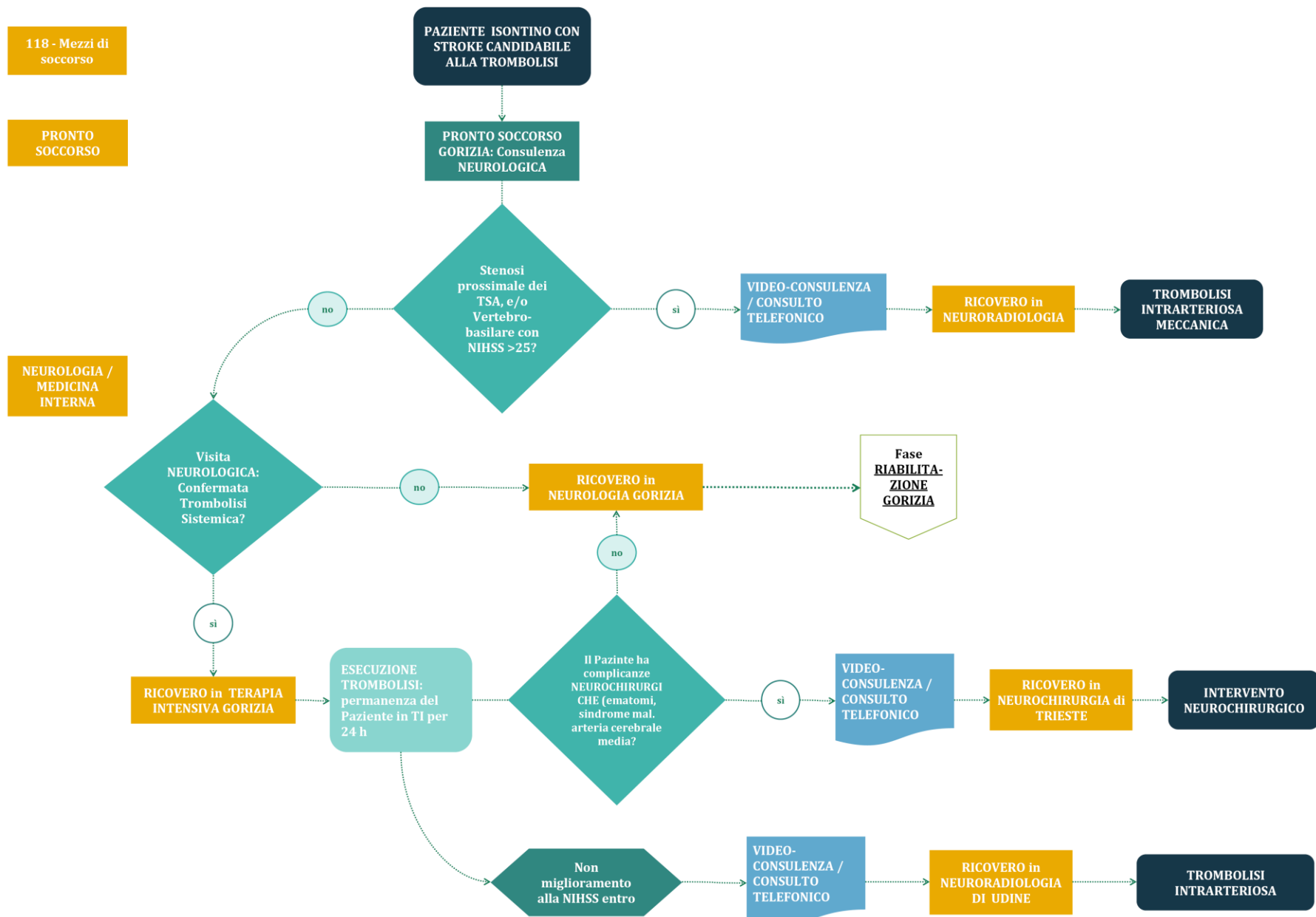


Fig. 15 - FASE OSPEDALIERA - PAZIENTE TROMBOLISATO e/o NON TROMBOLISATO RESIDENTE in Provincia di GORIZIA (PROPOSTA della S.C. di NEUROLOGIA dell'Ospedale Civile di Gorizia) nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

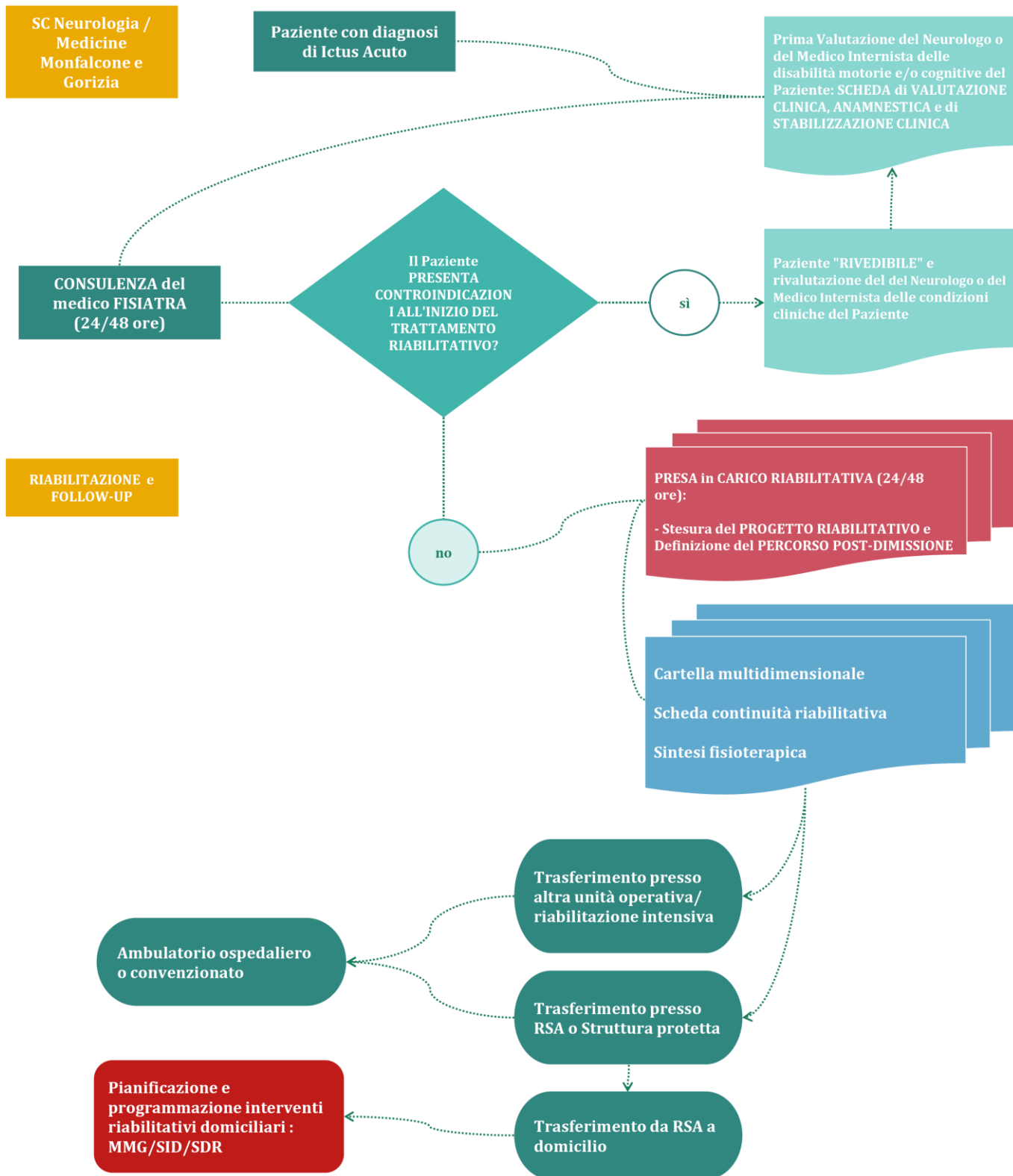


Fig. 16 - FASE OSPEDALIERA - RIABILITAZIONE INTRAOSPEDALIERA e RIFERIMENTO al TERRITORIO nel PERCORSO INTEGRATO di CURA dell'ICTUS ACUTO

Allegato Nr. 2: Indicatori di Struttura, Processo ed Esito

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Misure (Indicatori di Qualità)	
			Struttura	Processo
1	PREVENZIONE (Ambiente di vita e di lavoro)	<p>In Area Vasta i MMG, da singoli o associati in CAP, AFT, ecc., individuano i cittadini ad alto rischio usando una scala del rischio validata con lo scopo di attivare interventi preventivi mirati (stili di vita e farmacologici)</p> <p>In Area Vasta sono attive le iniziative di informazione e di prevenzione previste dai Piani Nazionali (CCM) e Regionale</p> <p>Nel territorio delle Province di Gorizia e Trieste sono condotte campagne e azioni specifiche miranti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ridurre la prevalenza dei fattori di rischio per Ictus nei residenti, - ridurre l'incidenza e delle sue complicanze <p>e</p> <ul style="list-style-type: none"> - promuovere corretti stili di vita, in modo particolare per i cittadini esposti ad alto rischio. <p>Tutte le iniziative sono coordinate con i piani (di prevenzione) esistenti e prevedono il coinvolgimento dei MMG, delle loro organizzazioni territoriali (Cure Primarie) e hanno il sostegno della Comunità e delle Associazioni dei pazienti.</p> <p>ORGANIZZAZIONE PREVISTA: MMG; Distretto Sanitario e altri Servizi (SID, Dipt. Prevenzione, Dipt. Dipendenze, specialisti, ecc.)</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione dedicata:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) alle attività di promozione di corretti stili di vita b) a campagne informative sui principali fattori di rischio nei luoghi di vita e lavoro dei residenti c) a fornire valutazioni di alti livelli qualitativi e standardizzati del rischio individuale di Ictus e delle altre patologie prevalenti nei residenti, a cura dei MMG d) a garantire adeguati trattamenti (anche farmacologici) per ridurre il rischio individuale di Ictus e delle altre patologie croniche, a cura del sistema di Cure Primarie e) al riconoscimento precoce di segni e sintomi suggestivi di Ictus Acuto e altre patologie cerebrovascolari 	<ul style="list-style-type: none"> a) # di persone a rischio valutati dai MMG attraverso una scala di rischio validata b) # Incontri pubblici ed eventi SPECIFICI dedicati alla promozione di corretti stili di vita e alla prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare c) # Incontri dedicati a gruppi <u>ad alto rischio</u> (pazienti con TIA e Ictus acuto in follow-up) per il riconoscimento precoce di segni e sintomi d) # di pazienti esposti ai più noti fattori di rischio sottoposti ad eventi formativi/informativi e) % Pazienti ipertesi in trattamento f) % fumatori coinvolti in programmi per la cessazione del fumo che hanno modificato l'abitudine al fumo g) % di prescrizione di Statine h) # Pazienti diabetici sotto controllo glicemico (emoglobina glicata <7) i) % di prescrizione di antiaggreganti/ anticoagulanti in soggetti con patologia aterosclerotica nota (IMA, ICTUS arteriopatia obliterante arti inferiori) j) % di soggetti trattati con anticoagulanti orali o antiplastrinici nella popolazione con diagnosi di fibrillazione atriale permanente % persone coinvolte in programmi per la promozione dell'attività fisica ed hanno aumentato la quota di tempo dedicata
(segue)				

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Misure (Indicatori di Qualità)	
			Struttura	Processo
			Esito	
1	(continua) PREVENZIONE (Ambiente di vita e di lavoro)		<ul style="list-style-type: none"> - Variazione prevalenza dei fattori di rischio noti nella popolazione generale (Studio PASSI) - % abitudine al fumo per fascia d'età e genere - % sovrappeso ed obesità - Tassi di mortalità per Accidenti Cerebrovascolari - Tasso di ospedalizzazione (sia per Ictus che per altre patologie cerebrovascolari) (Incidenza?) - Tasso di accesso di pazienti con Ictus e/o TIA al Pronto Soccorso - Proporzioni Pazienti (ospedalizzazione) per ictus entro un mese/un anno da un primo ricovero per TIA - Variazione Indici di "disabilità" (Variazione BARTHEL Index/RANKIN/FIM, ecc.) nei pazienti dimessi da Stroke Unit 	
2	118: Prima valutazione del paziente e trasferimento al Pronto Soccorso (FASE PRE-OSPEDALIERA)	<p>Tutti i pazienti su cui interviene il sistema di soccorso territoriale (ambulanze-118) e presentano un esordio subdolo e sintomatologia neurologica sono sottoposti a screening diagnostico per Ictus Acuto o Attacco Ischemico transitorio (TIA) attraverso una scala validata.</p> <p>Coloro che hanno segni neurologici persistenti e considerati positivi allo screening con scala validata e ai quali è stata esclusa una ipoglicemia, con possibile diagnosi di Ictus sono trasferiti presso la sede HUB della rete entro 1 ora dal contatto con il mezzo di soccorso</p>	<p>a) esistenza di un'organizzazione che garantisca l'utilizzo di uno strumento validato per lo screening dell'Ictus Acuto</p> <p>b) esistenza di un'organizzazione che garantisca la diagnosi differenziale con altre patologie (Stroke Mimic) e che possa trasferire il paziente entro TRE ORE dall'esordio dei segni e sintomi presso il Pronto Soccorso e la Stroke Unit di riferimento (Hub)</p>	<p>a) Proporzioni di pazienti a cui è stata somministrata la scala di Cincinnati(*) con successiva diagnosi di Ictus Acuto</p> <p>c) Proporzioni di Pazienti con diagnosi di Ictus Acuto che accedono al PRONTO SOCCORSO con mezzi diversi dall'autoambulanza (118)</p> <p>d) Tempo di intervento dei mezzi 118 alla chiamata sui pazienti dimessi con Ictus Acuto (ora chiamata - arrivo a domicilio)</p> <p>e) Tempo d'attesa Triage dei pazienti con successiva diagnosi di Ictus Acuto</p> <p>f) Proporzioni di codice Triage Giallo/rosso nei pazienti dimessi con diagnosi di Ictus Acuto</p>
3	Accesso in PS e Consulenza Neurologica (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	I pazienti che accedono al PS dal sistema 118 con sospetto Ictus Acuto ricevono entro 30 minuti la consulenza del Neurologo	Esistenza di un'organizzazione che garantisca la presenza del Neurologo nell'Ospedale di riferimento di II Livello	Proporzioni di Pazienti con sospetto di Ictus Acuto che ricevono una consulenza del neurologo entro 30 minuti dall'accesso nel PS dell'Ospedale di riferimento di II Livello(*)

			Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura	Processo
4	Neuro-Imaging (FASE OSPEDALIERA - Pronto Soccorso)	I Pazienti con Ictus Acuto devono ricevere un'indagine di Neuro(brain)-imaging entro un'ora dall'accesso in Pronto Soccorso	Esistenza di un'organizzazione che assicuri l'esecuzione di un'indagine di neuro-imaging entro un'ora dall'accesso del paziente in Ospedale con sospetto di Ictus Acuto	a) Proporzione di pazienti con diagnosi di Ictus Acuto sottoposti a indagine di neuro-imaging b) TIMING Neuro-Imaging: Proporzione di Pazienti con sospetto Ictus Acuto e sottoposti entro 1 ora dall'accesso(*) ad esame TAC (*)Vedi monitoraggio TA radiologici in Urgenza x il PS
5	Accesso del paziente con sospetto di Ictus Acuto alla Stroke Unit (FASE OSPEDALIERA)	I Pazienti con un sospetto di Ictus Acuto sono ammessi direttamente alla Stroke Unit, sono valutati per effettuare la trombolisi sistemica e sottoposti a trombolisi, se indicato	Evidenza di un'organizzazione che assicuri ai pazienti con sospetto Ictus Acuto l'accesso diretto alla Stroke Unit e la successiva valutazione clinico-strumentale preliminare alla Trombolisi, se indicata, entro quattro ore e trenta minuti dall'esordio dei segni e sintomi L'accesso diretto alla Stroke Unit include la presenza dello specialista all'accettazione in Pronto Soccorso. Per valutare l'efficienza tecnica dell'organizzazione non viene considerato il trasferimento interno da altro reparto medico o dalla Medicina d'Urgenza o Terapia Intensiva in Stroke Unit	a) Proporzione di Pazienti con sospetto Ictus Acuto e <u>ricovero diretto</u> in Stroke Unit b) Proporzione di pazienti con Trombolisi sul totale dei pazienti con diagnosi di Ictus Acuto - Indicatore JCHO STK #04(*) c) Proporzione di Pazienti con sospetto Ictus Acuto che accedono direttamente alla Stroke Unit e sono sottoposti a Trombolisi entro 4½ ore dall'esordio di segni e sintomi- Indicatore JCHO STK #04(*) d) % pazienti trasferiti da Reparto diverso dalla Clinica Neurologica in Stroke Unit e) % Infermieri, OSS e Fisioterapisti dedicati all'assistenza di pazienti con Ictus Acuto f) Altri Indicatori JCHO: STK#01 (profilassi della Trombosi Venosa Profonda); STK#05 (Terapia antitrombotica entro 48 ore dall'accesso); STK#02 (Farmaci antitrombotici alla dimissione); STK#03 (Farmaci Anticoagulanti alla dimissione nei pazienti con Ictus e Fibrillazione Atriale); STK#06 (Statine prescritte alla dimissione)
			Esito	
			<ul style="list-style-type: none"> - Mortalità Intraospedaliera per Ictus Acuto - Tasso mortalità per Ictus Acuto a 30-60 e 180 giorni - BARTEL/RANKIN scales - Proporzione pz. con recidiva ospedalizzati di ictus entro 1 anno dal primo ricovero - Proporzione pz. ospedalizzati per ictus entro un anno da un ricovero TIA - Variazione del Quality Index (SFR 26) nei pazienti dimessi da Stroke Unit 	

			Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura	Processo
6	<p>Screening deglutitorio, valutazione clinica logopedia della deglutizione e piano nutrizionale personalizzato del Paziente accolto in Stroke Unit o altro Reparto ospedaliero</p> <p>(FASE OSPEDALIERA)</p>	<p>All'ammissione in reparto in tutti i soggetti con ictus acuto viene testato, tramite screening deglutitorio, il rischio di disfagia prima di iniziare a somministrare alimenti, bevande o farmaci per via orale; questo può essere eseguito da personale infermieristico adeguatamente formato (entro le 24 ore dall'accoglimento).</p> <p>I Pazienti che risultano ancora positivi al secondo screening (ulteriori 24 ore), vengono sottoposti dai logopedisti ad una valutazione deglutitoria approfondita .</p> <p>Tutti i Pazienti ricevono un adeguato piano nutrizionale personalizzato.</p>	<p>Esistenza di un'organizzazione che assicuri ad ogni Paziente con Ictus Acuto uno screening deglutitorio con piano nutrizionale individualizzato</p>	<p>a) Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto sottoposti a screening deglutitorio(*) all'ammissione in Stroke Unit o altro reparto</p> <p>b) Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto che hanno una valutazione clinica dell'atto deglutitorio effettuata da logopedisti entro 48 ore dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto ospedaliero (e che non sono alimentati o sottoposti ad altro trattamento per OS)(*)</p>
7	<p>Valutazione e gestione del Paziente con Ictus Acuto</p> <p>(Stroke Unit e Altro Reparto Internistico - RIABILITAZIONE)</p> <p>(FASE OSPEDALIERA - Riabilitazione)</p>	<p>I Pazienti con Ictus Acuto sono valutati e gestiti da personale infermieristico specializzato nel nursing riabilitativo entro 24ore dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto.</p> <p>Il fisiatra effettua la consulenza entro 24 ore dalla richiesta del reparto</p> <p>Tutto il team (equipe) riabilitativo prende in carico il paziente entro 48 ore dalla richiesta di consulenza fisiatrica attraverso una valutazione multidimensionale (VMD) garantendo la stesura del <u>Progetto Riabilitativo Individuale</u></p> <p>(il team riabilitativo intraospedaliero include la rieducazione neuromotoria e neuro cognitiva e l'intervento del neuropsicologo, se necessario)</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione che assicuri al Paziente con Ictus Acuto l'immediato accesso ai servizi riabilitativi specialistici</p>	<p>a) Proporzione Infermieri formati</p> <p>b) Proporzione di Pazienti valutati entro 24 ore dall'infermiere e dal medico (Indicatore JCI-Completezza Cartella clinica)</p> <p>c) Proporzione di Pazienti valutati dal Fisiatra entro 24 ore dalla richiesta di consulenza (consulenza Fisiatrica) - Indicatore JCHO STK #10(*)</p> <p>d) Proporzione di Pazienti presi in carico dal team riabilitativo entro 48 ore dalla consulenza fisiatrica - Indicatore JCHO STK #10(*)</p> <p>e) Proporzione di Pazienti registrati attraverso la Scheda Multidimensionale(*)</p> <p>f) Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto per i quali è definito un PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE entro 5 giorno dall'ammissione in Stroke Unit o altro reparto dell'Ospedale</p> <p>g) Proporzione di Paziente con Ictus Acuto per i quali sono stati misurati i 5 criteri di dimissibilità(*)</p>

			Misure (Indicatori di Qualità)	
Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Struttura	Processo
8	RIABILITAZIONE PRECOCE (FASE OSPEDALIERA - RIABILITATIVA)	<p>Ai Pazienti con Ictus Acuto viene garantito lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/sett, per un livello che permetta al Paziente di raggiungere i suoi obiettivi riabilitativi (individuati nel Progetto Riabilitativo Individuale) e sia capace di tollerarli(^)</p> <p>(^) La tollerabilità dell'esercizio riabilitativo è definito come la capacità fisica e cognitiva del Paziente di partecipare attivamente al trattamento</p>	<p>Evidenza di un'organizzazione(\$) che possa garantire ai Pazienti con Ictus Acuto viene lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/sett</p> <p>(§) Esistenza di un servizio in grado di assicurare rieducazione neuromotoria e neuro cognitiva e l'intervento del neuropsicologo, se necessario. Ai Pazienti devono essere assicurate anche le terapie nutrizionali</p>	<p>Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto per i quali è garantito lo standard minimo di 45 minuti di terapia riabilitativa per ciascuna sessione per un minimo di 5 giorni/settimana(*)</p>
9	Riabilitazione INTRAOSPEDALIERA (FASE OSPEDALIERA - FASE Territoriale RIABILITATIVA) (standard anche estendibile alla FASE TERRITORIALE - RIABILITATIVA)	<p>Al termine della fase acuta (diagnosi e riabilitazione precoce [nr.8]) i Pazienti con Ictus acuto vengono indirizzati al setting riabilitativo più appropriato ai loro bisogni clinici, riabilitativi e assistenziali utilizzando l'algoritmo di "uscita" del paziente previsto dalla scala di Valutazione Multidimensionale (VMD) (Domicilio, Ambulatori, ADI, Struttura riabilitativa specialistica o territoriale)</p>	<p>Evidenza che l'organizzazione Ospedale-Territorio sia in grado di garantire al Paziente con Ictus, al termine della fase acuta (diagnosi e trattamento), un corretto riferimento al successivo trattamento riabilitativo tempestivo attraverso l'uso degli algoritmi di "uscita" dall'ospedale delle due scale di VMD</p>	<p>Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto per i quali la registrazione delle due VMD è completa</p> <p>Proporzione di Pazienti con Ictus Acuto che al termine della fase acuta (diagnosi e trattamento) hanno bisogno di un trattamento riabilitativo (esiti delle due Valutazioni Multidimensionali)(*)</p> <ul style="list-style-type: none"> - % Pazienti con Ictus Acuto che necessitano di riabilitazione Intensiva (/Estensiva)(*) - % Dimessi a domicilio (e durata della degenza)(*) - % Trasferiti presso la SC di Riabilitazione Medica(*) - % Trasferiti presso Pineta del Carso(*) - % Prese in carico dalla "Continuità Infermieristica"(*) - % Riferiti alla riabilitazione ambulatoriale (Ospedale e Territorio)(*) <p>(*) Misure ad-hoc (esiti della Scheda Multidimensionale)</p>

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Misure (Indicatori di Qualità)	
			Struttura	Processo
10	Gestione dei deficit vescico-sfinterici (FASE OSPEDALIERA - FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE)	Ai Pazienti con Ictus Acuto nei quali perdurano deficit vescico sfinterici nelle due settimane successive la diagnosi, sono rivalutati per identificare le cause dei disturbi ed essere trattati secondo un programma terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi caregivers	Evidenza di un'organizzazione locale(\$) che assicuri ai Pazienti con deficit vescico-sfinterico che perduri oltre le due settimane dalla diagnosi una rivalutazione ed un piano terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi carers (\$) i Pazienti con Ictus che hanno deficit vescico-sfinterici oltre le due settimane dalla diagnosi dovrebbero essere dimessi al domicilio SOLO dopo che i caregiver (rete parentale e familiari) o lo stesso Paziente sono adeguatamente stati addestrati alla gestione domiciliare del problema. Inoltre deve essere garantito il supporto dei servizi territoriali e sociali (attivazione del MMG), così che il Paziente abbia a disposizione un continuo rifornimento dei presidi necessari alla gestione dei disturbi vescico-sfinterici	Proporzione di Pazienti con deficit vescico-sfinterici oltre le due settimane dalla diagnosi che sono stati rivalutati e per i quali è stato definito un piano terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi carers: (a) Numeratore – # Pazienti rivalutati con lo scopo di identificare la causa dei disturbi vescico-sfinterici (b) Numeratore – # Pazienti con piano terapeutico che coinvolge sia il Paziente che i suoi caregivers Denominatore – # Pazienti con disturbi vescico-sfinterici oltre le due settimane dalla diagnosi di Ictus Acuto
11	Valutazione dei disturbi dell'umore e disturbi cognitivi (FASE RIABILITATIVA OSPEDALIERA e TERRITORIALE - FASE TERRITORIALE e Follow-up)	Tutti i Pazienti con Ictus vengono sottoposti entro SEI settimane dall'episodio acuto (diagnosi), attraverso strumenti validati, ad una valutazione dei disturbi dell'umore e/o cognitivi effettuati dagli psicologi e neuropsicologi Lo standard si applica sia nel setting ospedaliero che in quello territoriale.	Evidenza che i Pazienti con Ictus sono sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi a screening per valutare la presenza di disturbi dell'umore e/o cognitivi attraverso strumenti validati	Proporzione di Pazienti con Ictus sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi a una valutazione dei disturbi dell'umore e/o cognitivi attraverso strumenti validati(*) (a) Proporzione di Pazienti con Ictus sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi ad una valutazione dei disturbi dell'umore attraverso strumenti validati (b) Proporzione di Pazienti con Ictus sottoposti entro SEI settimane dalla diagnosi ad una valutazione dei disturbi cognitivi attraverso strumenti validati Denominatore – #Totale Pazienti cui è stata fatta una NUOVA diagnosi di Ictus Acuto nel periodo di osservazione

Nr	Fase del Percorso	Standard di Qualità	Misure (Indicatori di Qualità)	
			Struttura	Processo
12	Presa in carico (a lungo termine) dei pazienti (Carer provisions) (FASE TERRITORIALE - Follow-up)	Coloro che prendono in carico il Paziente con diagnosi di Ictus acuto nelle strutture territoriali o a domicilio dispongono delle informazioni necessarie alla gestione del paziente: - riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) - informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) - sono addestrati per fornire le cure necessarie	(a) Evidenza che l'organizzazione locale assicuri ai caregivers: - i riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) - le informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) - l'addestramento per fornire le cure necessarie (b) Evidenza che la formazione ed il training dei caregivers sia completo	Proporzione di caregivers che: (a) sono in possesso dei riferimenti clinici e dei contatti per le informazioni sulla patologia (e del paziente) (b) hanno informazioni scritte sulla diagnosi del paziente ed un piano di gestione (PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE) (c) un adeguato addestramento nella gestione del paziente con Ictus Acuto Denominatore: # caregivers dei Pazienti con Ictus Acuto

(*) Misure ad-hoc

ALLEGATO nr.3

Ipotesi di lavoro per garantire collaborazione di consulenza radiologica h24 tra le Strutture dell'Area Vasta Giuliano Isontina. – Accordo di Area Vasta del 30 giugno 2014, Obiettivo nr. 06

Premessa:

La **S.C. Radiologia di Cattinara (AOUTS)** garantisce prestazioni di radiologia tradizionale, scopia di sala operatoria, mammografia, ecografia ed ecocolor Doppler, TC, RM in regime ordinario e di urgenza dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20.

La radiologia interventistica viene garantita da lunedì a venerdì nella fascia oraria 8-14 e, compatibilmente con la disponibilità del personale, nella fascia oraria 14.20.

Nella fascia oraria 20-8 e nella fascia oraria 8-20 delle giornate di sabato e festivi vi è un servizio di guardia attiva garantita da un medico e da 2 tecnici di radiologia medica (TSRM) per procedure urgenti (radiologia tradizionale, TC, ecografie, RM unicamente per trauma midollare) a favore di pazienti ospedalizzati o afferenti al Pronto Soccorso. In queste fasce orarie vi è inoltre 1 medico reperibile per reperibilità generale e, nella fascia oraria 8-20 del sabato e dei festivi, vi è anche 1 medico reperibile, 1 TSRM reperibile e 1 infermiere professionale reperibile per alcune procedure di radiologia interventistica vascolare.

Nel corso del 2013 sono stati eseguiti in corso di servizio diurno (8-20) di sabato e festivi complessivamente 13.025 esami di cui 5.040 rx (prevalentemente scheletrici), 4.000 rx torace, 3.326 TC, 940 ecografie e 143 RM (120 delle quali però eseguite di sabato come attività ordinaria, nel periodo nel quale è stato sostituita la RM del Burlo).

Sempre nel corso dello stesso anno durante il servizio di guardia notturna sono stati eseguiti complessivamente 18.955 esami di cui 8.558 rx (prevalentemente scheletrici), 4.100 rx torace, 3.637 TC, 1.832 ecografie e 179 RM.

Nel corso del 2013 nella fascia oraria 20-8 e nella fascia diurna 8-20 sabato e festivi sono state inoltre effettuate 60 procedure di radiologia interventistica vascolare e 141 scopie di sala operatoria.

La **S.C. di Radiologia dell'Ospedale Maggiore (AOUTS)** garantisce prestazioni di radiologia tradizionale, mammografia, TC, RM, ecografie ed ecocolor Doppler in regime ordinario e di urgenza dal lunedì al venerdì nella fascia oraria 8-20.

Nella fascia oraria 8-20 delle giornate di sabato e festive vi è un servizio di guardia attiva garantita da un medico e da un tecnico di radiologia medica (TSRM) per procedure urgenti (radiologia tradizionale, TC, ecografie) a favore di pazienti ospedalizzati o afferenti al Pronto Soccorso. Nella fascia oraria 8-20 delle giornate di sabato e festive sono state eseguite nel 2013 n. 2.353 prestazioni radiologiche (radiologia tradizionale n. 1.969, ecografia n. 248, TC n. 136).

Nella fascia oraria 20-8 per tutti i giorni della settimana vi è un servizio di pronta disponibilità garantita da un medico e da un TSRM per procedure urgenti (radiologia tradizionale, TC, ecografie) a favore dei soli pazienti ospedalizzati. In questa fascia sono state eseguite nel 2013 n. 49 prestazioni radiologiche (radiologia tradizionale n. 40, ecografie n. 1, TC n. 8).

I dirigenti medici di questa S.C. prestano inoltre servizio di guardia attiva notturna presso l'UCO di Radiologia di Cattinara (l'altro polo ospedaliero dell'AOUTS) in alternanza con i dirigenti medici afferenti a quella Struttura, con una ripartizione nel numero di guardie effettuate proporzionale al n. di dirigenti medici delle due Strutture.

La **SC Radiologia Burlo** assicura esami di radiologia convenzionale, ECO, TC e RM in regime ordinario e di urgenza dal Lunedì al Venerdì nelle fasce orarie dalle h. 08 alle h.16.

Nei restanti periodi gli esami sono svolti in regime di reperibilità sia per medico che per tecnico (TSRM) con la seguente cadenza:

- Dalle h. 16 alle h. 08 del giorno successivo
- Dalle h. 16 del Venerdì alle h. 08 del Lunedì successivo
- Dalle h. 08 alle h. 08 del giorno successivo durante le festività infrasettimanali

Gli esami eseguibili in regime di reperibilità sono a favore di utenti ricoverati o di PS e comprendono: Scopie di sala operatoria, Radiologia Convenzionale, ECO (compresa assistenza a drenaggi e colorDoppler), TC cranio e body senza e con contrasto. Sono assicurate anche alcune tipologie di RM (neuro e feto-placentari). Tutti gli esami sono approvati ed eseguiti dopo contatto diretto con i prescrittori e si avvalgono completamente dei processi di accettazione, esecuzione, trasferimento di immagini, refertazione e archiviazione della normale attività in regime ordinario.

Nel corso del 2013 sono stati eseguiti in regime di reperibilità n. 3.809 esami, così ripartiti:

Scopie di sala	n.	119	3,1%
Ecografie	n.	848	22,2%
RM	n.	71	1,8%
TC	n.	143	3,7%
RX	n.	2.628	69,0%

In **Azienda Sanitaria Isontina** esistono due Strutture Complesse di Diagnostica per immagini, una dislocata presso il presidio di Gorizia ed una presso il presidio di Monfalcone.

In entrambi i presidi è prevista la pronta disponibilità del medico radiologo e del tecnico nelle ore notturne e nei festivi.

Il medico è disponibile delle ore notturne (20-8), dalle 13 alle 17 e dalle 19.30 del sabato e nei festivi dalle 7.30 alle 9.30 e dalle 12.30 alle 17 e dalle 19.30 .

Per quanto riguarda il TSRM la situazione è differenziata tra Gorizia e Monfalcone.

Gorizia :

lun-ven	19.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile
sabato	13.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile		
	13.30-19.30	1 Tecnico diagnostica	in		turno
	19.30-07.30	1 Tecnico diagnostica	Reperibile		
dom/fes	07.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile

Monfalcone :

lun-ven	19.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile
sabato	14.42-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile
dom/fest	07.30-07.30	1 Tecnico TAC/Sala Op.	Reperibile	1 tecnico diagnostica	Reperibile

Per quanto riguarda le prestazioni di diagnostica per immagini richieste ed erogate in reperibilità per tipologia e per sede nell'intero 2013 sono le seguenti:

	GORIZIA	MONFALCONE
Prestazioni Erogate	N. erogate in reperibilità	N. erogate in reperibilità
Ang	28	13
Bio	2	
Eco	221	171
RM	81	30
Rx	3.338	4.010
Sco	43	24
TC	939	721
Totale complessivo	4.652	4.969

Proposta:

Si ritiene che nessuna ipotesi di collaborazione possa prescindere da una presenza (anche organizzata in modi diversi) del medico radiologo in tutte le sedi ospedaliere, ciò sia perché non è ipotizzabile che anche le refertazioni delle indagini di routine siano centralizzate, sia perché alcune pratiche (es: ecografie) devono necessariamente svolgersi perifericamente se necessario.

Stante l'attuale situazione informatica, si ritiene possibile il trasferimento degli studi necessari tra professionisti e sistemi diagnostici adeguati, previa acquisizione del consenso da parte del paziente.

Questa proposta di lavoro ha una sua valenza condivisa dalle Aziende a prescindere dall'articolazione che avrà il SSR nel futuro, configurando un supporto specialistico qualificato su questioni specifiche e ben individuate che in ogni caso appare utile e necessario.

In riferimento al **teleconsulto in ambito radiologico all'interno dell'Area Vasta**, si propone di utilizzare questa collaborazione nelle seguenti situazioni:

- 1) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone al medico radiologo della S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara per second opinion in casi dubbi
- 2) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone presso la S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara per second opinion in previsione di eventuale trasferimento di paziente per effettuazione di procedura interventistica vascolare (da lunedì a venerdì, dalle 8 alle 14, e il sabato e festivi dalle 8 alle 20)
- 3) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone al medico radiologo della S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara per second opinion in previsione di eventuale trasferimento di paziente presso la Stroke Unit dell'Ospedale di Cattinara
- 4) Invio di immagini da parte del medico radiologo della Radiologia dell'Ospedale di Gorizia o dell'Ospedale di Monfalcone al medico radiologo della S.C. Radiologia dell'Ospedale di Cattinara in previsione di eventuale trasferimento di paziente presso la Neurochirurgia dell'Ospedale di Cattinara
- 5) La SC Radiologia Burlo si propone per un'attività di teleconsulenza-teleferitazione su casi di Radiologia Pediatrica di A.V. (radiologia convenzionale, RM, TC) durante l'attività ordinaria dal lunedì al venerdì.

