

Direzione Regionale: SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

Area: Progr.RETE OSPED.(PUBB., PRIV., POL. UNIV.) E RIC.

DETERMINAZIONE

N. G07616 del 19/06/2015

Proposta n. 9588 del 18/06/2015

Oggetto:

Adozione del documento "Percorso assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico – Dall'emergenza alla fase della post-acuzie", redatto dal Gruppo di Lavoro Tecnico Regionale della Rete Emergenza Ictus, istituito con Determinazioni n. G027237 e G06731/2014, ai sensi del DCA n. U00412/2014.

Proponente:

Estensore	MACCI ELEONORA	_____
Responsabile del procedimento	MACCI ELEONORA	_____
Responsabile dell' Area	D. DI LALLO	_____
Direttore Regionale	F. DEGRASSI	_____
Protocollo Invio		_____
Firma di Concerto		_____

OGGETTO: Adozione del documento “Percorso assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico – Dall’emergenza alla fase della post-acuzie”, redatto dal Gruppo di Lavoro Tecnico Regionale della Rete Emergenza Ictus, istituito con Determinazioni n. G027237 e G06731/2014, ai sensi del DCA n. U00412/2014.

Il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTO la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni concernente la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente il “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 53 del 22 marzo 2013 “Modifiche del regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente il “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 148 del 12 giugno 2013 “Modifiche del regolamento regionale 6 settembre 2002, n.1 concernente il “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale” e successive modifiche e integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

VISTO il decreto legge c.d. “Spending Review” del 6 luglio 2012, n. 95 recante “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il DCA n. U00247 del 25/07/2014 avente ad oggetto “Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”, che ha sostituito il precedente documento di cui al DCA n. U00480/2013, riformulando la programmazione regionale ed accogliendo le osservazioni formulate dai Ministeri affiancanti;

VISTA l’Intesa del 5 agosto 2014, ai sensi dell’art. 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell’art. 15, comma 13, lettera c), del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, concernente il Regolamento recante: “Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;

CONSIDERATA l'intesa Stato Regioni del 13 gennaio 2015 concernente il Regolamento ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera, di rettifica del precedente;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale del Lazio n. 420/07 avente ad oggetto: "Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale del 14 aprile 2007 n. 267, Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri. Linee Guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza";

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. 75 del 29 settembre 2010 recante "Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto";

PRESO ATTO dell'accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente «Piano d'indirizzo per la riabilitazione». (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011). (11A02720);

VISTA la Determinazione n. G02737/2014 "Decreto del Commissario ad Acta n. 75 del 29 settembre 2010 recante "Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto" - Istituzione del Gruppo di Lavoro regionale tecnico scientifico per le attività legate alla Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto", rettificata con Determinazione n. G06731/2014 per la modifica della composizione del Gruppo;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta del 26 novembre 2014, n. U00412, recante "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014) Adozione del documento tecnico inerente: "Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio";

CONSIDERATO che, nel suddetto Decreto è previsto, per quanto riguarda la Rete Ictus, che il Gruppo di Lavoro Tecnico Regionale elabori un documento sui Percorsi Clinico-Assistenziali per l'emergenza nell'Ictus (Pcae-Ictus), nel quale siano considerati anche i criteri di trasferibilità dalla acuzie alla post-acuzie per tutti gli esiti per i quali debbano essere realizzati programmi riabilitativi sia in ambito ospedaliero che territoriale;

VISTO il documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, denominato "Percorso assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico – Dall'emergenza alla fase della post-acuzie", redatto dal Gruppo di Lavoro Tecnico Regionale della Rete Emergenza Ictus ed approvato nella seduta del 9 giugno 2015;

VISTA la nota prot. 104329 del 25/02/2015 di questa Direzione Regionale, Area Programmazione Rete Ospedaliera e Ricerca, con la quale è stata affidata ai Direttori Sanitari delle Strutture sede di centro Hub per la Rete Emergenza, Ictus, Trauma e Cardiochirurgia, la responsabilità del coordinamento delle strutture afferenti ad ogni singola rete;

DETERMINA

Per le motivazioni espresse in premessa che si intendono integralmente richiamate:

- di adottare il documento allegato, parte integrante del presente provvedimento, denominato “Percorso assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico – Dall’emergenza alla fase della post-acuzie”, redatto dal Gruppo di Lavoro Tecnico Regionale della Rete Emergenza Ictus ed approvato nella seduta del 9 giugno 2015.

Il Direttore Regionale
Dott.ssa Flori Degrassi

Copia



REGIONE
LAZIO



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

DIREZIONE REGIONALE SALUTE ED INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA
AREA PROGRAMMAZIONE RETE OSPEDALIERA E RICERCA

***PERCORSO ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE AFFETTO DA
ACCIDENTE CEREBROVASCOLARE ACUTO NON TRAUMATICO***

Dall'emergenza alla fase della post-acute

Giugno 2015

Copia

INDICE

PREMESSA	pag. 1
1. Definizione di caso	pag. 2
2. Fase Pre-Ospedaliera	pag. 2
2.1 Fase di allarme: richiesta di intervento al Sistema di Emergenza Sanitaria 118	pag. 2
2.2 Fase di risposta: assistenza sul territorio dei mezzi di soccorso	pag. 5
3. Fase Ospedaliera	pag. 9
4. Fase della Post-Acuzie	pag. 13
4.1 Riabilitazione intensiva ospedaliera	pag. 13
4.2 Riabilitazione territoriale	pag. 14
Bibliografia essenziale	pag. 15
Allegati	pag. 17

Copia

Copia

PREMESSA

Il documento rappresenta un aggiornamento del percorso assistenziale nella fase acuta e post-acuta per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico (DGR Lazio n. 420/07).

L'aggiornamento del percorso tiene conto sia dell'attuale programmazione della Rete Ictus definita dal recente Decreto n. 412/2014, che delle evidenze ottenute da un trial controllato randomizzato condotto nel Lazio per valutare l'efficacia dell'introduzione del PCAE ictus nella pratica corrente (studio IMPLICA). In questo studio è stato dimostrato un aumento significativo dei casi di Ictus inviati alla UTN entro 6 ore dall'esordio dei sintomi ed un maggiore utilizzo della trombolisi nel gruppo di pazienti presi in carico da personale appositamente formato dell'ARES e dei PS periferici rispetto a quelli inviati all'UTN da personale non formato.

Si sottolinea che la piena attuazione del percorso dipende dalla completa attivazione della Rete regionale dell'Ictus prevista dal DCA 412/14 nel quale viene confermata, in linea con i provvedimenti regionali precedenti (DGR 420/2007 e DCA 75/2010) ed il Regolamento sugli standard ospedalieri, una articolazione in tre livelli: Pronto Soccorso con Team Neuro-Vascolare (TNV/PSe), UTN I ed UTN II. Presupposto alla concentrazione dei casi a maggiore complessità medica e chirurgica presso le UTN è lo sviluppo della Telemedicina che permette di iniziare il trattamento trombolitico anche nei centri periferici appositamente formati: c'è infatti evidenza che la trombolisi endovenosa eseguita sotto guida in telemedicina da parte del centro esperto, può essere effettuata con efficacia e sicurezza sovrapponibili a quelle del trattamento effettuato direttamente nel centro di riferimento. Inoltre, la telemedicina può consentire anche la corretta individuazione dei pazienti emorragici da inviare a centri con offerta di neurochirurgia.

Il "carico di malattia dell'Ictus" nella fase acuta ospedaliera, misurato come ricoveri in acuzie in regime ordinario, è stimato nel Lazio in circa 10.000 casi l'anno: di questi le dimissioni con diagnosi principale di emorragia intracranica sono state circa 3.000 di cui il 55% per emorragia cerebrale, quelle per ictus ischemico circa 5.600 e circa 1.400 con diagnosi di "vasculopatia cerebrale acuta mal definita".

Va sottolineato che il documento è esclusivamente orientato alla definizione del percorso assistenziale da assicurare al paziente sintomatico a partire dalla presa in carico da parte del Sistema dell'emergenza territoriale fino all'avvio della fase di post-acuzie riabilitativa.

Il documento ha la finalità di definire le linee di indirizzo del percorso; ciascuna UTN II con tutte le strutture afferenti dovrà elaborare un proprio "percorso organizzativo" basato sulla effettiva operatività di ciascun nodo della rete (UTN I e TNV-PSe) a prendere in carico soggetti con diagnosi di Ictus. Tale operatività, soggetta a modifiche temporali, dovrà essere certificata ed aggiornata dal centro che svolge la funzione di UTN II ed essere base di riferimento per il sistema dell'emergenza territoriale.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici legati al tipo di trattamento medico e chirurgico, si rimanda alle linee guida italiane ISO-SPREAD (www.spread.it) così come ad altri documenti internazionali (Linee Guida ASA/AHA).

1. DEFINIZIONE DI CASO

Viene definito **Ictus cerebrale** un deficit neurologico focale di tipo centrale insorto improvvisamente e senza altra causa apparente se non quella vascolare, cui corrisponde una lesione cerebrale ischemica o emorragica congrua con la sintomatologia manifestata. Viene invece definito **Attacco Ischemico Transitorio (TIA)** un episodio transitorio di deficit neurologico focale di tipo centrale insorto improvvisamente e senza lesione cerebrale visibile.

Non rientrano nei criteri di inclusione del percorso i pazienti con:

- perdita di coscienza transitoria isolata (in assenza di altri sintomi o segni suggestivi di ictus)
- vertigini isolate (in assenza di altri sintomi o segni suggestivi di ictus)
- amnesia globale transitoria
- drop attacks
- astenia generalizzata
- stato confusionale
- incontinenza sfinterica

2. FASE PRE-OSPEDALIERA

La gestione dell'emergenza pre-ospedaliera da parte del Sistema di Emergenza Sanitaria 118 è articolata in due distinte fasi:

Fase di Allarme: l'operatore sanitario, presso la Centrale Operativa, riceve la chiamata, valuta il caso, assegna il codice di gravità ed invia il mezzo di soccorso più adeguato in base alle disponibilità;

Fase di Risposta: il mezzo di soccorso presente presso la postazione territoriale interessata, attivato dalla Centrale Operativa, giunge sul luogo dell'evento ove, dopo aver effettuato i rilievi clinici e i trattamenti del caso, procede al trasporto del paziente presso l'Ospedale più idoneo.

Tutte le comunicazioni inerenti la chiamata e l'intervento di soccorso sono effettuate su linea registrata ed i dati relativi al soccorso vengono contestualmente registrati su apposito applicativo informatico, al fine di garantire una completa tracciabilità e trasparenza di tutte le fasi del soccorso.

2.1 Fase di allarme: richiesta di intervento al Sistema di Emergenza Sanitaria 118

Il riconoscimento precoce dei sintomi dell'ictus cerebrale ed il contatto tempestivo con il sistema 118 riduce, per i pazienti acuti, i tempi di diagnosi e trattamento in ambito ospedaliero.

2.1.1 Intervista telefonica ed assegnazione del codice triage

Durante l'intervista l'operatore sanitario di Triage della Centrale Operativa 118, definita la natura dell'evento (es., trauma, malore, incidente, dolore toracico), pone le seguenti domande circa le condizioni del paziente.

Il paziente

1. È cosciente? si/no
2. Respira? si/no
3. Dove si trova?

a) Alterazione dei parametri vitali ABC (Airway, Breathing, Circulation): CODICE ROSSO

In presenza di alterazione dei parametri vitali, dopo aver acquisito informazioni circa la localizzazione del soccorso, l'operatore sanitario procede ad invio, con Codice Rosso, del mezzo di soccorso medicalizzato, se disponibile, come da procedure ARES 118 in uso, integrate ed aggiornate con il presente documento. Qualora le condizioni lo consentano si procede comunque ad una sintetica raccolta anamnestica/neurologica.

b) Stabilità dei parametri vitali ABC: CODICE GIALLO/ GIALLO NEUROVASCOLARE

In caso di stabilità dei parametri vitali, l'operatore di TRIAGE assegna un codice di minore gravità e procede con la raccolta degli ulteriori dati contenuti nelle apposite schede informatiche previste nell'applicativo aziendale.

In presenza di segni e sintomi riferibili a sospetto Accidente Cerebrovascolare Acuto, si procede come segue:

- ✓ sospetto ICTUS, si procede alla compilazione della scala CPSS (*Cincinnati Prehospital Stroke Scale*) e, in caso di positività - ovvero in presenza anche di una sola risposta positiva -, si annota l'ora di insorgenza dei sintomi.

1.	I due lati della faccia del paziente si muovono ugualmente?	Sì/No
2.	Gli arti superiori del paziente si muovono nella stessa maniera?	Sì/No
3.	Il paziente parla normalmente?	Sì/No

- ✓ sospetta Emorragia Sub-Aracnoidea (ESA), se il richiedente il soccorso riporta che il paziente ha un "forte mal di testa" e si procede al riconoscimento dei sintomi/segni di allarme della cefalea acuta

1.	Esordio improvviso?	Sì/No
2.	La peggior cefalea della vita?	Sì/No
3.	Diversa dal solito?	Sì/No
4.	Dopo uno sforzo?	Sì/No
5.	Accompagnata da perdita di coscienza?	Sì/No
6.	Soffre regolarmente di mal di testa?	Sì/No
7.	Determinazione del momento di inizio dei sintomi/segni: "a che ora sono iniziati i sintomi?" (<u>annotare l'orario di inizio dei sintomi</u>)	

In base alle rilevazioni effettuate viene assegnato il codice Triage.

Codice giallo neurovascolare

Parametri ABC non alterati. Presenza di almeno uno dei sintomi e/o segni indicativi di lesione cerebrovascolare acuta (CPSS positiva) iniziati da un tempo uguale o inferiore a 4,5 ore o di segni di sospetta ESA (Segni di allarme della Cefalea Acuta) indipendentemente dal tempo di insorgenza.

Codice giallo

Parametri ABC non alterati. Presenza di almeno uno dei sintomi e/o segni indicativi di lesione cerebrovascolare acuta (CPSS positiva) da più di 4,5 ore e meno di 72 ore, o comunque in caso di evento acuto per il quale è impossibile risalire all'ora dell'esordio.

2.1.2 Invio del mezzo di soccorso

Dopo l'assegnazione del codice di gravità l'operatore di Centrale Operativa procede all'invio del mezzo più idoneo tra quelli disponibili.

Codice Rosso o Codice Giallo Neurovascolare

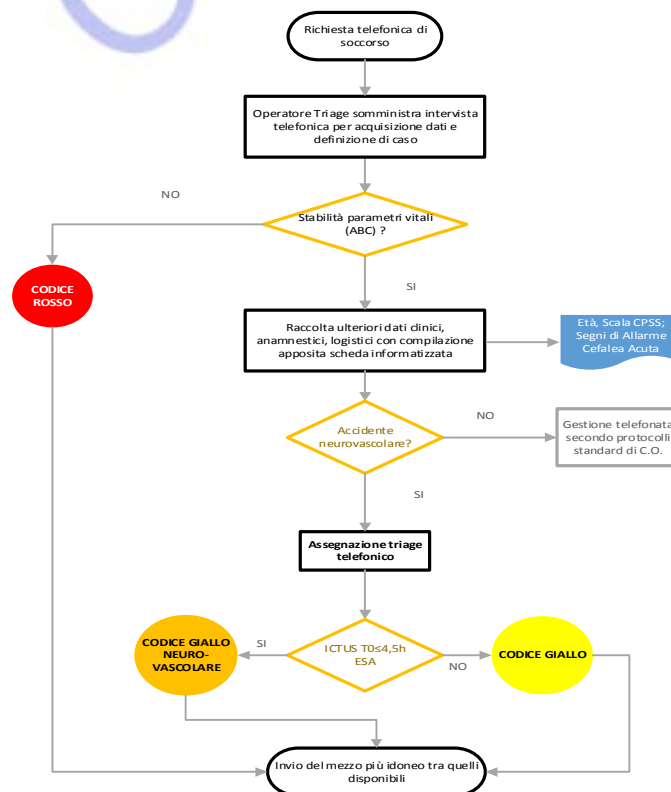
1. In prima battuta, se disponibile, invio di ambulanza con medico, ovvero auto medica con il contemporaneo invio di ambulanza con personale infermieristico più vicina o libera, secondo la procedura di "rendez-vous".
2. In caso di indisponibilità o eccessiva lontananza di ambulanza medicalizzata/automedica si invia, in prima battuta, ambulanza con personale infermieristico (più vicina disponibile) e subito a seguire mezzo medicalizzato, se resosi disponibile.

Codice Giallo

Invio di ambulanza con personale infermieristico, con possibile supporto medicalizzato su richiesta dell'infermiere alla Centrale Operativa (CO) in seguito alla rivalutazione sul posto (anche in considerazione della distanza del luogo dell'evento da UTN o da ospedali con TC).

L'invio dell'eliambulanza verrà valutato dall'operatore della Centrale Operativa ed è consigliato per pazienti con ictus acuto candidabili alla trombolisi, nei casi in cui l'utilizzo dell'elicottero possa determinare una rapida centralizzazione, altrimenti non ottenibile con i mezzi su gomma.

FASE DI ALLARME



2.2 Fase di risposta: assistenza sul territorio dei mezzi di soccorso

L'arrivo sulla scena dei mezzi di soccorso e dei relativi equipaggi deve essere condizionato dalla valutazione della sicurezza ambientale (secondo quanto previsto e insegnato nei corsi di soccorso base).

2.2.1 Definizione del codice di gravità e riconoscimento precoce dei segni dell'ictus

Si raccomanda che il personale dei mezzi di soccorso rilevi eventuali traumi, escluda condizioni a rischio per la sopravvivenza del paziente, esegua un primo inquadramento diagnostico ed assicuri un primo approccio assistenziale.

Effettuazione delle seguenti valutazioni:

- **ABC** (Airway, Breathing, Circulation) (respiro, polso, PA, saturazione O₂)
- **D** (Disability)
 - Glasgow coma scale (GCS)

GLASGOW COMA SCALE		
Apertura occhi	Risposta verbale	Risposta motoria
④ Spontanea ③ Stimolo verbale ② Stimolo doloroso ① Nessuna	⑤ Orientata ④ Confusa ③ Inappropriata ② Incomprensibile ① Nessuna	⑥ Obbedisce ⑤ Localizza ④ Retrae ③ Flessione anormale ② Estensione anormale ① Nessuna

- Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)

Paresi facciale:	chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e verificare:	se entrambi i lati della faccia si muovono ugualmente (normale)
		se un lato non si muove bene come l'altro (deficit neurologico) (CPSS+).
Deficit motorio degli arti superiori:	chiedere al paziente di estendere gli arti superiori per 10 secondi mentre tiene gli occhi chiusi e verificare:	se gli arti si muovono alla stessa maniera (normale)
		se uno non si muove o cade, quando confrontato all'altro (deficit neurologico). (CPSS+)
Anomalie del linguaggio:	chiedere al paziente di ripetere una frase (ad esempio "trecentotrentatreesimo reggimento della cavalleria") e verificare:	se il paziente usa le parole correttamente con linguaggio fluente (normale)
		se inceppa o non scandisce le parole o usa parole inappropriate o è incapace di parlare (deficit neurologico) (CPSS+).

- Segni di Allarme di Cefalea Acuta

In caso di paziente con forte mal di testa, la presenza dei seguenti segnali di allarme, **indipendentemente dal tempo di insorgenza è suggestiva di ESA:**

- Esordio improvviso
- La peggior cefalea della vita
- Diversa dal solito
- Nuova insorgenza
- Dopo uno sforzo
- Accompagnata da perdita di coscienza

- **E** (Exposure) - evitare traumi soprattutto durante gli spostamenti ed il trasporto del paziente, con particolare attenzione per gli arti interessati da eventuale deficit motorio .

Nel caso in cui il paziente sia in condizioni gravi (con particolare riguardo allo stato di coscienza - GCS score ≤ 8), è indicato che il primo approccio assistenziale da parte del personale dei mezzi di soccorso sia quello di:

- assicurare la pervietà delle vie aeree,
- somministrare ossigeno e cristalloidi, se necessario, e procedere, nei casi che lo richiedano, all'intubazione tracheale per proteggere le vie aeree dall'aspirazione polmonare dei contenuti gastrici e garantire una ventilazione e ossigenazione adeguata
- proteggere le estremità paralizzate, per evitare traumi durante il trasporto.

Il personale del mezzo di soccorso procede alla raccolta, dal paziente o dai familiari, delle informazioni utili ad una precoce diagnosi differenziale, alla definizione dei fattori di rischio e alla precisa determinazione dell'ora di inizio dei sintomi e compila la specifica scheda "ICTUS" di rilevazione dati, comprensiva dell'anamnesi in merito ad episodi precedenti di TIA/ictus, trauma, interventi chirurgici, sanguinamenti, tipo di trattamento farmacologico in corso (anticoagulanti, insulina) **(Allegato 1)**.

Alla luce delle rilevazioni cliniche ed anamnestiche l'operatore sanitario sul luogo dell'evento conferma il codice triage assegnato dalla Centrale operativa, oppure assegna nuovo codice di gravità, secondo i criteri precedentemente descritti per la Fase di allarme.

Le modalità di trattamento/gestione del paziente, sia sul luogo dell'evento che sul mezzo di trasporto, sono definite dall'ARES in uno specifico protocollo clinico che dovrà essere applicato, previa adeguata formazione, da tutti i professionisti del sistema dell'emergenza sanitaria.

2.2.2 Trasporto del paziente

I pazienti con sospetto ictus acuto devono essere indirizzati ad ospedali con UTN; la scelta del livello di complessità organizzativa di destinazione deve essere stabilita sulla base dell'intervallo di tempo dall'esordio dei sintomi oltre che su quella della gravità del quadro clinico, ovvero del relativo codice di triage assegnato.

Codice rosso

- In caso di trasporto con mezzo medicalizzato, il paziente con sospetto ictus va inviato possibilmente a un Presidio Ospedaliero con UTN/PSe-TNV certificato per la trombolisi o a un Presidio Ospedaliero senza UTN ma con disponibilità di cure intensive (servizio di rianimazione) e TC h24.
- In caso di trasporto con mezzo con solo personale infermieristico, il paziente con sospetto ictus dovrà essere condotto presso il Presidio Ospedaliero più vicino, oppure, in caso di *rendez-vous* con mezzo medicalizzato, se disponibile, si procederà come indicato al punto precedente.

La Centrale Operativa 118 deve avvisare il PS del Presidio Ospedaliero dell'imminente arrivo di un paziente con instabilità dei parametri vitali e con sospetto ictus qualora sia stato possibile, in base alla gravità del quadro clinico, reperire note anamnestiche che dirigano verso quella ipotesi diagnostica. All'arrivo presso il PS del PO il personale sanitario consegna, unitamente al paziente, la scheda di soccorso e l'apposita scheda "ICTUS", se compilata.

Codice giallo neurovascolare

- Si raccomanda il trasporto ad una struttura sede di UTN o, in considerazione del tempo disponibile per effettuare la trombolisi, presso PSe-TNV con i requisiti idonei ad effettuare la trombolisi autonomamente o in telemedicina.

Il trasporto all'UTN, se comporta il superamento di P.S. più vicino, verrà effettuato dal mezzo medicalizzato se disponibile, o da un mezzo con personale infermieristico, previa autorizzazione del medico della C.O. 118 e compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente.

- In caso di codice giallo neurovascolare da sospetta ESA si raccomanda il trasporto verso una UTN II per l'eventuale necessità di neurochirurgia, chirurgia vascolare e neuroradiologia interventistica.

La C.O. 118 deve avvisare il PS dell'imminente arrivo di un paziente con sospetto ictus o sospetta ESA, comunicando anche il codice colore, in modo che il personale allerti le specifiche competenze cliniche. All'arrivo presso il PS il personale sanitario consegna, unitamente al paziente, la scheda di soccorso e l'apposita scheda "ICTUS".

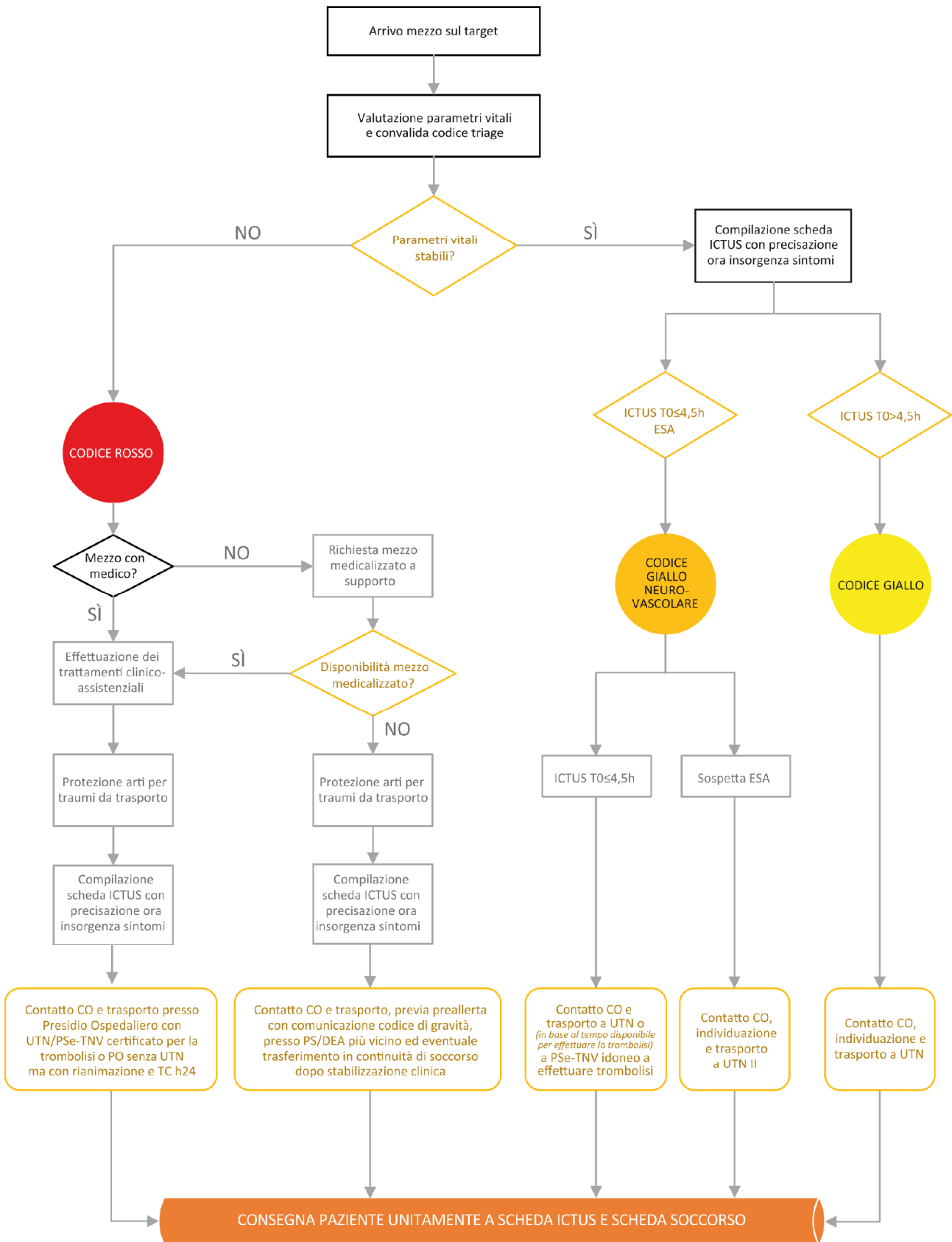
Codice giallo

- Si raccomanda il trasporto ad una struttura sede di UTN o PSe-TNV.

Se il trasporto comporta il superamento del PS più vicino, a seguito della rivalutazione sul posto, può essere effettuato dal mezzo con personale infermieristico in presenza di condizioni cliniche stabili, previa autorizzazione del medico di C.O. 118. Altrimenti il trasporto dovrà essere effettuato da mezzo medicalizzato se disponibile.

La centrale operativa 118 deve avvisare il P.S. del P.O. dell'imminente arrivo di un paziente con sospetto ictus comunicando anche il codice colore, in modo che il personale allerti i medici UTN. All'arrivo presso il P.S. del P.O. il personale sanitario consegna, unitamente al paziente, la scheda di soccorso e l'apposita scheda "ICTUS".

FASE DI RISPOSTA



3. FASE OSPEDALIERA

Il paziente può arrivare in Pronto Soccorso:

- trasportato dal Sistema di Emergenza Sanitaria 118; in questo caso il personale di Pronto Soccorso è pre-allertato dalla Centrale Operativa di competenza al fine di attivare tempestivamente il percorso assistenziale intraospedaliero. I pazienti che giungono in PS con codice rosso attribuito dal 118 vengono presi in carico immediatamente dai medici dell'area dell'emergenza e della UTN; in assenza di UTN, dopo stabilizzazione, viene pianificato il trasferimento all'UTN di riferimento. I pazienti che giungono in PS con codice giallo neurovascolare e giallo attribuito dal 118, qualora siano confermati i segni e sintomi che lo hanno determinato, vengono avviati al percorso ictus intra-ospedaliero sotto la gestione dei medici dell'UTN o del Team Neuro-Vascolare preallertati.
- in modalità autonoma; in questo caso il personale di Pronto Soccorso procederà alla valutazione del caso ed all'assegnazione del codice di triage con l'avvio del medesimo percorso previsto per il paziente arrivato con mezzo di soccorso assistito (per il paziente arrivato in un PS/DEA senza UTN o Team Neuro- Vascolare i medici di PS si metteranno in contatto immediato con la UTN di riferimento per l'eventuale trasporto secondario).

Qualora si debba procedere a trasferimento, sia esso in continuità di soccorso sia esso secondario, lo stesso dovrà essere attivato con modalità e tempistiche idonee alle condizioni cliniche del paziente, al fine di garantire, nei tempi previsti, l'effettuazione dei trattamenti più appropriati.

Per il paziente arrivato in modo autonomo, va attribuito il **codice di priorità** all'accesso in sala visita (per questa condizione patologica non è prevista l'attribuzione dei codici colore verde o bianco).

Alterazione dei parametri vitali

Convulsioni

Cefalea (sospetto ESA)

Rigidità nucale o decubito a "cane di fucile"

Deficit neurologico focale insorto da $\leq 4,5$ ore

GCS ≤ 11



Deficit neurologico focale insorto da oltre 4,5 ore

Deficit neurologico focale transitorio regredito*



** si raccomanda, in caso di sospetto TIA, di eseguire la rivalutazione ogni 15 minuti.*

In caso di manifestazione di sintomi correlati a ictus modificare colore in rosso e provvedere all'immediato ingresso in sala visita.

Box - Raccomandazioni per l'avvio del "percorso ictus intraospedaliero"

- Ogni paziente deve essere sottoposto immediatamente a TC cerebrale senza contrasto per la diagnosi differenziale tra ictus ischemico ed emorragico ed altre patologie non cerebrovascolari e per l'identificazione di eventuali segni precoci di sofferenza ischemica encefalica.
- Per la valutazione del grado di deficit neurologico utilizzo della National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)
- Accurata anamnesi relativa all'assunzione di farmaci antiaggreganti/anticoagulanti.
- Iniziare il trattamento trombolitico (se indicato) entro 60 minuti.
- Esami da eseguire in PS

Tutti i pazienti
TC senza contrasto
Glicemia, elettroliti, creatinina
ECG
Emocromo con conta piastrinica *
Tempo di protrombina / INR *
Tempo di tromboplastina parziale attivata *
Saturazione di ossigeno
Pazienti selezionati in base al giudizio del clinico
Biomarkers cardiaci (TPN-I Mioglobina, CK-MB)
Test di funzionalità epatica
Screening tossicologico
Alcolemia
Test di gravidanza
Emogasanalisi
Radiografia torace
Puntura lombare
Elettroencefalogramma
RMN
AngioTC

* i risultati devono pervenire prima dell'inizio della eventuale terapia trombolitica; in caso di ritardo il trattamento può essere fatto una volta esclusa sospetta trombocitopenia o sanguinamento o precedente somministrazione di eparina o anticoagulanti orali

In base al risultato della TC, del tempo intercorso dall'esordio dei sintomi e di ulteriori valutazioni cliniche va delineato il seguente percorso.

Diagnosi di Ictus ischemico*

- Il paziente con deficit focale iperacuto insorto da $\leq 4,5$ ore ed in condizioni cliniche che non controindicano il trattamento medico o chirurgico in emergenza, se

* Si rimanda alle raccomandazioni ISO-SPREAD (www.spread.it) per l'approfondimento diagnostico-terapeutico ed ai singoli protocolli di area per le ulteriori specifiche

candidato al trattamento di trombolisi e.v., va preso in carico immediatamente dalla UTN (percorso fast-track).

- Il paziente candidato alla trombolisi e.v. giunto in un PSe-TNV del quale la UTN II di riferimento abbia formalmente certificato l' idoneità ad effettuare la trombolisi, autonomamente o tramite consulto in telemedicina, va trattato e successivamente trasferito presso l'UTN II per le eventuali ulteriori procedure diagnostiche e terapeutiche di livello superiore.
- Il paziente con deficit focale iperacuto insorto da $\leq 4,5$ ore, se giunto in PS senza possibilità di trombolisi, va trasferito in UTN.
- Il paziente con ictus ischemico candidato a trattamento endovascolare (primario o secondario a trombolisi e.v.) o a trattamenti di chirurgia vascolare deve essere inviato in continuità di soccorso alla UTN II di riferimento.
- Il paziente con TIA recente (≤ 48 ore) e con punteggio $ABCD_2 \geq 4$ se giunto in PS con UTN va destinato al ricovero.
- Il paziente con TIA recente (≤ 48 ore) e con punteggio $ABCD_2 \geq 4$ se giunto in PS senza UTN va destinato al ricovero e in caso di recidiva deve essere immediatamente inviato al livello superiore o valutato attraverso telemedicina per eventuale trombolisi endovenosa.
- Il paziente con deficit neurologico focale insorto da $> 4,5$ ore ed instabile, giunto in struttura priva di UTN, va trasferito il prima possibile in una UTN.
- Il paziente con TIA acuto e $ABCD_2$ score inferiore a 4 o con TIA non recente (> 48 ore ma entro una settimana), va inserito, con priorità di urgenza, nel PAC cerebrovascolare (le modalità organizzative vanno definite nel protocollo dell'area della UTN II).

Diagnosi di emorragia intracranica*

- In caso di ESA il paziente va inviato al centro con UTN II.
- In alcuni casi di ematoma intracerebrale il paziente va inviato al centro con UTN II (**Allegato 2**).

La telemedicina può consentire anche la corretta individuazione dei pazienti emorragici da riferire a centri con offerta di neurochirurgia.

RACCOMANDAZIONE GENERALE

Si raccomanda che ogni reparto elabori un percorso di cura, concordato da tutti i professionisti e servizi coinvolti nella gestione del paziente con ictus al fine di:

- ridurre i tempi di degenza in acuto;
- garantire il massimo di multidisciplinarietà nella presa in carico durante l'episodio di ricovero;
- garantire l'ottimale qualità delle cure ai singoli pazienti.

* Si rimanda alle raccomandazioni ISO-SPREAD (www.spread.it) per l'approfondimento diagnostico-terapeutico

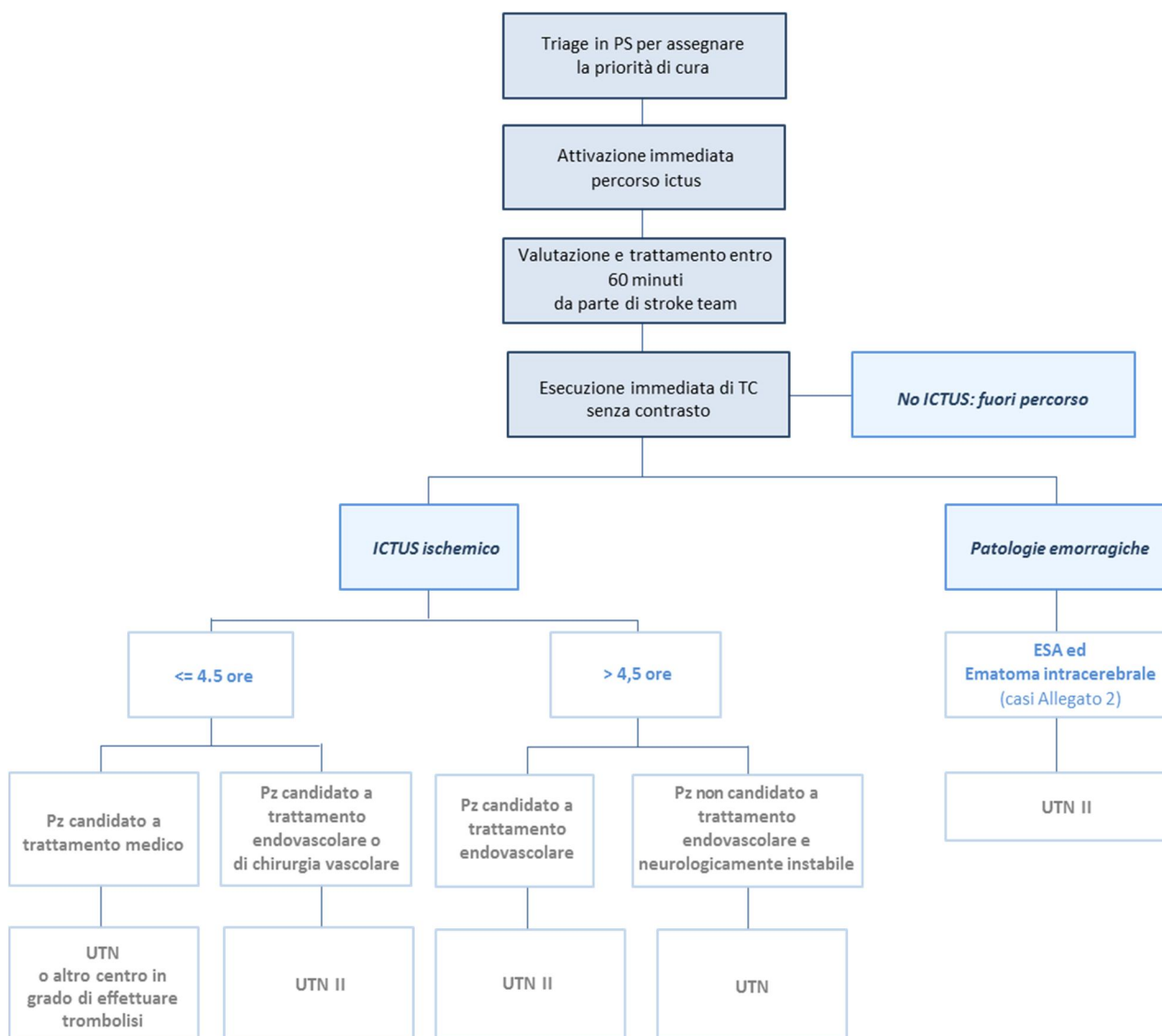
Si raccomanda, inoltre, che tutti i pazienti sottoposti a trombolisi intravenosa siano registrati nel registro SITS-ISTR (www.sitsinternational.org) come disposto dal D.M. AIC/UPC/809/2003 e dalla determina AIFA 1/AE/2007

Alla dimissione va attribuita al paziente la più adeguata terapia di prevenzione secondaria e di controllo delle eventuali malattie concomitanti e/o intercorrenti.

Alla dimissione del paziente con Ictus o TIA, per poter controllare il rischio che si verifichi un secondo evento acuto è raccomandato rilasciare una “carta di prevenzione delle recidive” in cui sono riportati: i fattori di rischio e i consigli per controllarli; il punteggio NIHSS e Rankin; la terapia farmacologica.

Laddove necessario, il reparto di dimissione deve programmare l’invio a servizi territoriali per l’effettuazione di controlli periodici.

FASE OSPEDALIERA



4. FASE DELLA POST-ACUZIE

Il trasferimento dalla fase acuta a quella della post-acuzie riabilitativa rappresenta un passaggio importante per garantire una efficace continuità del percorso riabilitativo della persona con esiti di ictus suscettibili di miglioramento. Un sistematico collegamento fra i diversi setting assistenziali (reparto per acuti e riabilitazione ospedaliera e territoriale), anche attraverso la condivisione di strumenti di valutazione, garantisce sia una maggiore qualità e tempestività del trattamento riabilitativo che una maggiore appropriatezza nell'uso delle risorse.

4.1 Riabilitazione intensiva ospedaliera

In reparti di riabilitazione post-acuzie vanno inviati soggetti con menomazioni e disabilità complesse con potenzialità di recupero e le cui condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche siano compatibili con la partecipazione del paziente ai programmi riabilitativi, che richiedono, in ragione della grave disabilità e delle condizioni cliniche, programmi di riabilitazione intensiva (3 ore/die) ed un nursing infermieristico e sorveglianza medica continui.

4.1.1 Da reparto per acuti a reparto codice 56

- Intervallo con l'evento acuto non superiore a 30 giorni, salvo il prolungamento della degenza in fase acuta per patologie intercorrenti o interventi chirurgici successivi o per instabilità.
- Condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche del paziente compatibili con la partecipazione dello stesso ai programmi riabilitativi (criterio riscontrabile attraverso analisi Cartella Clinica). L'evidenza della compatibilità discende dal grado di partecipazione ai programmi riabilitativi, utilizzando una valutazione pre-morbosa del paziente, la severità del quadro clinico e strumenti valutativi adeguati ad una rilevazione delle diverse funzioni da riabilitare con strumenti validati, come ad esempio i punteggi indicativi delle seguenti scale di valutazione:
 - Glasgow Outcome Scale (GOS): 3-4 (solo in caso di esiti neurologici post-coma come da RAD-R)
 - Levels of Cognitive Functioning (LCF): ≥ 5 (solo in caso di esiti neurologici post-coma come da RAD-R)
 - Disability Rating Scale (DRS): 12-21 (solo in caso di esiti neurologici post coma come da RAD-R)
 - Barthel: 10 – 49
 - Mini Mental State (MMS): >11

Si precisa che la presenza di cannula tracheale o di nutrizione enterale non rappresenta una controindicazione assoluta al trasferimento.

4.1.2 Da reparto per acuti a reparto per gravi cerebrolesioni acquisite codice 75

Vanno inviati a questa tipologia di Unità soggetti affetti da esiti di Grave Cerebrolesione Acquisita (UGCA), caratterizzata nell'evoluzione clinica da un periodo di coma più o meno protratto (Glasgow Coma Scale - GCS < 8) ove coesistano e persistano gravi menomazioni che determinano

disabilità multiple e complesse, che necessitano di interventi valutativi e terapeutici che, per la criticità clinico-assistenziale, non sono realizzabili presso strutture riabilitative di altro livello.

I pazienti che accedono alla UGCA devono prevalentemente provenire dalle UU.OO. di Terapia Intensiva e/o dalle UU.OO. di Neurochirurgia, ed in ogni caso da reparti per acuti. Si possono considerare appropriati anche i trasferimenti da altro codice 75 per avvicinamento e facilitazione del reinserimento nel luogo di residenza.

Criteri indicativi per l'accesso a tali Unità sono:

- Paziente ricoverato in U.O. di Rianimazione, Terapia Intensiva, UTN, Neurochirurgia con stato di coma grave, GCS < 8 di durata \geq 24 ore
- Latenza dall'evento acuto uguale o inferiore a due mesi o maggiore se in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti o se trattasi di un nuovo ricovero dopo trasferimento in acuzie
- Punteggi alle scale di valutazione (relative al primo ingresso dall'evento acuto):
 - GOS: 2-3
 - LCF: 1 – 4
 - DRS: \geq 17
- Respiro spontaneo > 72 ore (anche se con O2 terapia)
- Assenza di stato settico che può determinare insufficienza multi-organo
- Diuresi conservata (50 ml/ora)
- Assenza di instabilità del danno primario che necessita di sorveglianza neurochirurgica.

Se sono prevedibili ulteriori miglioramenti sul piano funzionale, ma senza necessità di personale ed attrezzature specifiche, e non è più necessaria una riabilitazione intensiva di alta specialità, ovvero quantità e qualità del trattamento non sono più proporzionali all'entità del recupero, il paziente viene trasferito in altri nodi della rete riabilitativa utilizzando i criteri di appropriatezza per i vari setting (Cod. 56, Cod. 60, rete territoriale). Quando non si prevedono ulteriori modificazioni del quadro clinico funzionale da attribuire ad un intervento riabilitativo specifico, il paziente viene avviato alla domiciliazione o al collocamento in strutture dedicate. In entrambi i casi è necessario prevedere periodiche valutazioni al domicilio o in strutture residenziali dedicate al fine di intercettare quelle condizioni che possono nuovamente giovare di trattamenti riabilitativi intensivi.

4.2 Riabilitazione territoriale

Riguarda disabilità complesse con potenzialità di recupero e condizioni cliniche e comorbidità mediche e/o chirurgiche compatibili con la partecipazione del paziente ai programmi riabilitativi territoriali.

È richiesta la predisposizione di un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI), basato su di un modello bio-psico-sociale e realizzato da un team riabilitativo multiprofessionale e multidisciplinare. Sulla base della modificabilità del quadro clinico funzionale, del grado di sostenibilità delle 3 ore di riabilitazione e del beneficio che il paziente ne può trarre (mediante scale di valutazione validate su autonomia nelle ADL primarie, funzioni cognitive e funzioni motorie) il paziente può essere inserito in un percorso riabilitativo intensivo residenziale, estensivo residenziale e semiresidenziale, socio-riabilitativo residenziale e semiresidenziale, trattamento non residenziale (ambulatoriale – domiciliare).



Bibliografia essenziale

1. Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica. Percorso clinico assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico. Luglio 2009
http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/files/file_emergenza/pcae/PCAE_ICTUS_07_09.pdf, (visitato il 25 marzo 2015)
2. Decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio U0075/10 - Rete Assistenziale Ictus Cerebrale Acuto.
3. DCA n. 412 del 26/11/2014 Rettifica DCA n. U00368/2014 avente ad oggetto “Attuazione Programmi Operativi 2013-2015 di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014. Adozione del documento tecnico inerente: “Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio”.
4. DCA n. 247 del 25 luglio 2014 Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio
5. Quaderno del Ministero della Salute n. 14/2012, “Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare”
6. Conferenza permanente per i rapporti tra lo stato le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo 10 febbraio 2011. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento concernente «Piano d'indirizzo per la riabilitazione». (Rep. Atti n. 30/CSR del 10 febbraio 2011). (11A02720) (G.U. Serie Generale , n. 50 del 02 marzo 2011)
7. Intesa Stato Regioni del 13 gennaio 2015 concernente il Regolamento ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera
8. Regione Lazio: Deliberazione Giunta Regionale n. 420/07 – Modifica ed integrazione della deliberazione di Giunta regionale del 14 aprile 2007 n.267, Ridefinizione della rete e dell'offerta dei servizi ospedalieri (intervento 1.2.4. Piano di Rientro). Linee Guida per la costituzione e lo sviluppo di reti assistenziali di alta specialità e di emergenza (intervento 1.2.5. Piano di Rientro) (Boll. Uff. n. 21 del 30/07/2007).
9. Ferri M, De Luca A, Giorgi Rossi P et al. Does a pre-hospital emergency pathway improve early diagnosis and referral in suspect stroke patients? – study protocol of a cluster randomised trial (isrctn41456865). *BioMedCentral Health Services Research Journals* 2005, 5:66. Available on: <http://www.biomedcentral.com>
10. De Luca A, Toni D, Lauria L, et al. Implica Study Group IP. An emergency clinical pathway for stroke patients - results of a cluster randomised trial (Isrctn41456865). *BMC Health Serv Res.* 2009 Jan 21;9(1):14.
11. Linee Guida del Ministero della Sanità per le Attività di riabilitazione. Provvedimento Conferenza Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano. *Gazzetta Ufficiale* 30 maggio 1998, n.124; 7 maggio 1998.
12. Consiglio Superiore di Sanità: Gestione Sanitaria del Paziente con Emorragia SubAracnoidea (ESA) per rottura di Aneurisma Intracranico. 2009
13. Ministero della Salute: “La Stroke Unit”. Quaderni della Salute, n. 2, 2010.
14. Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento SPREAD 2012. Scaricabile in <http://www.spread.it>
15. Jauch EC et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.*2013; 44: 870-947
16. Sarti C, Rastenyte D, Cepaitis Z, Tuomilehto J. International trends in mortality from stroke,1968 to 1994. *Stroke* 2000; 31:1588-1601.
17. Marini C, Baldassarre M, Russo T, De Santis F, Sacco S, Ciancarelli I, Carolei A: Burden of first-ever ischemic stroke in the oldest old: evidence from a population-based study. *Neurology* 2004; 62: 77-81.
18. Feigin VL, Lawes CMM, 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: 355–69

19. Claiborne J, Shanthi Mendis, Colin D Mathers Global variation in stroke burden and mortality: estimates from monitoring, surveillance, and modelling *Lancet Neurol* 2009; 8: 345-54
20. AIFA trombolisi <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nice-rilascia-linea-guida-finale-alteplase-entro-4-ore-e-mezzo-dai-primi-sintomi-di-ictus>
21. Ministero della Salute. Modificazione dell'autorizzazione all'ammissione in commercio della specialità medicinale per uso umano "Actilyse". Decreto AIC/UPC/809/2003. GU n. 190 del 18-08-2003
22. AIFA: Determina per l'implementazione del SITS-ISTR: proseguimento dello studio post-marketing surveillance SITS-MOST. Determinazione n. 1/AE. GU n. 278 del 29-11-2007
23. Hess DC, Wang S, Gross H, et al. Telestroke: extending stroke expertise into underserved areas. *Lancet Neurol* 2006;5:275–8.
24. Zaidi SF, Jumma MA, Urra XN, et al. Telestroke-guided intravenous tissue-type plasminogen activator treatment achieves a similar clinical outcome as thrombolysis at a comprehensive stroke center. *Stroke*. 2011;42:3291-3
25. Easton J. D. et al, Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Cardiovascular Radiology and Intervention; Council on Cardiovascular Nursing; and the Interdisciplinary Council on Peripheral Vascular Disease: The American Academy of Neurology affirms the value of this statement as an educational tool for neurologists. *Stroke*. 2009; 40: 2276-2293
26. Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, Sidney S. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007 27; 369:283-92
27. Progetto ministero della salute –CCM. Prevenzione attiva: prevenzione delle recidive cardio cerebrovascolari; Linee guida-Carta di prevenzione recidive
28. Karen L. Furie Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke or Transient Ischemic Attack: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association *Stroke*. 2011;42:227-276
29. Gresham GE, Alexander D, Bishop DS, Giuliani C, Goldberg G, Holland A, Kelly-Hayes M, Linn RT, Roth EJ, Stason WB, Trombly CA: American Heart Association Prevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. *Rehabilitation*. *Stroke* 1997;28:1522-1526.
30. Mahoney F, Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-65.
31. Granger CV, Cotter AC, Hamilton BB, Fiedler RC: Functional assessment scales: a study of persons after stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:133-138.
32. Shah S, Vanclay F, Cooper B: Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989;42:703-709.
33. Regione Lazio: Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio (ASP). Direttiva n.3 del 28/02/2005 Istituzione della nuova scheda RAD-R per la rilevazione del flusso sui ricoveri per le attività di riabilitazione intensiva post-acuzie e nuove modalità di trasmissione dei dati attraverso il sistema in rete RADIO-R.; 2005.
34. Post-stroke Rehabilitation Guideline Panel: Post-stroke Rehabilitation. Clinical practice guideline no. 16. Rockville, Md, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research; 1995.
35. The European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee: Guidelines for Management of Ischaemic Stroke and Transient Ischaemic Attack 2008. *Cerebrovasc Dis* 2008;25:457-507.
36. Regione Lazio: Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 2007, n.1061. Rettifiche e integrazioni DGR 436/2007.

ALLEGATO 1

SCHEDA RILEVAZIONE DA COMPILARE NEL MEZZO DI SOCCORSO

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE  Scheda soccorso n. _____ **ICTUS**

Data _____ Ora arrivo 1°MS _____

Codice radio MS intervenuti _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome e Nome _____ Data di nascita _____

Sesso: M F Età _____

Cognome e Nome familiare e grado parentela _____ Tel./cell. _____

GLASGOW COMA SCALE

Apertura occhi	Risposta verbale	Risposta motoria	RILEVAZIONI
④ Spontanea	⑤ Orientata	⑥ Obbedisce	Arrivo sul target ____/15
③ Stimolo verbale	④ Confusa	⑤ Localizza	Durante il trasporto ____/15
② Stimolo doloroso	③ Inappropriata	④ Retrae	Arrivo in H ____/15
① Nessuna	② Incomprensibile	③ Flessione anormale	
	① Nessuna	② Estensione anormale	
		① Nessuna	

CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE

<input type="checkbox"/> Deviazione rima orale	DX <input type="checkbox"/>	SX <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Difficoltà linguaggio	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Muove braccio dx	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Muove braccio sn	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Muove gamba dx	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Muove gamba dx	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

CRITERI TROMBOLISI/ANAMNESI

Riferita dal paziente Riferita da _____

<input type="checkbox"/> Ora insorgenza _____	<input type="checkbox"/> Trauma cranico maggiore, emorragia cranica od ictus cerebrali ≤ 3 mesi
<input type="checkbox"/> Coma o GCS ≤ 8	<input type="checkbox"/> Intervento chirurgico maggiore ≤ 21 gg
<input type="checkbox"/> Miglioramento o scomparsa quadro clinico	<input type="checkbox"/> Storia di Aneurisma o MAV cerebrale
<input type="checkbox"/> Testimonianza di crisi comiziali connesse all'episodio	<input type="checkbox"/> Emorragia gastrica o urinaria recente ≤ 21 gg
<input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante in corso o recente	<input type="checkbox"/> Diatesi emorragica PLT ≤ 100.000/ml
<input type="checkbox"/> Glicemia scompensata (glicemia < 50 mg/dl o > 400 mg/dl)	<input type="checkbox"/> Retinopatia emorragica in corso di diabete
<input type="checkbox"/> Precedenti patologie SNC con esiti invalidanti gravi	<input type="checkbox"/> Grave malattia epatica a rischio emorragico

Note _____

Firma Infermiere ARES 118 _____ Firma Medico ARES 118 _____

Ora di arrivo PS/DEA _____ Firma Sanitario Ospedale Accettante _____

ALLEGATO 2

TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI PER EMORRAGIA INTRACRANICA DA OSPEDALE PERIFERICO AD UTN II

1) TC POSITIVA E /O RACHICENTESI POSITIVA PER ESA e GCS \geq 4

Scala di Hunt-Hess, criteri clinici per il sospetto diagnostico (tabella)

2) TC POSITIVA PER

emorragie lobari non nucleo basali

emorragie intracerebrali associate a malformazioni vascolari

emorragie cerebellari

emoventricolo

e GCS \geq 4

NOTA BENE:

Rivalutare costantemente il GCS onde rilevare eventuali variazioni ai fini del trasferimento all'UTN II

In pazienti giovani può essere preso in considerazione il trasferimento indipendentemente dai valori di GCS

In caso di forte sospetto clinico* di ESA anche se TC/ rachicentesi negative o non eseguibili si può prendere in considerazione il trasferimento.

* Forte sospetto clinico:

- Cefalea con esordio improvviso,
- "la peggior cefalea della vita"
- Cefalea diversa dal solito
- Cefalea dopo uno sforzo
- Cefalea accompagnata da perdita di coscienza
- Cefalea associata a vomito
- Cefalea con *rigor nuchalis*

Tabella: Scala di Hunt-Hess

Grado I Asintomatico o minima cefalea
Grado II Cefalea, rigidità nucale; possibili deficit a carico dei nervi cranici; non altri deficit neurologici
Grado III Stato confusionale, deficit neurologici di grado lieve
Grado IV Sopore, emiplegia, deficit neurologici maggiori, possibili disturbi vegetativi
Grado V Coma profondo, rigidità da decerebrazione