



Annarita D'Antuono
Infermiera
Neurologia - Dipartimento Medico 2

IL PAZIENTE CON STROKE: presa in carico globale

Per stroke unit s'intende, secondo le linee guida SPREAD (Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion), una unità di 4-16 letti dedicati esclusivamente alla malattia cerebrovascolare, con un team multidisciplinare formato da medici, infermieri, tecnici della riabilitazione e personale di supporto.

Come sappiamo l'ictus cerebrale è la prima causa di disabilità nell'adulto e la seconda causa di mortalità nei paesi occidentali.

Trattasi di patologia neurologica frequente dove è stato calcolato che solo il 20% dei costi economici è legato alla fase acuta della malattia, mentre il restante importo è dovuto alla fase post-acuta (ricoveri in reparti fisiatrici, lungodegenza).

Tutto ciò comporta perdita di lavoro da parte del paziente, perdita di giornate lavorative da parte dei familiari, ricorso successivo a strutture sanitarie.

La parola ictus significa colpo, indica un evento che si manifesta improvviso ed acuto, caratterizzato da un deficit neurologico che si sviluppa in pochi minuti, in poche ore e che persiste per almeno 24 ore.

Le manifestazioni cliniche sono:

- paralisi completa (plegia),
- paralisi parziale (paresi),
- disturbi del linguaggio (afasia),
- disturbi delle funzioni cognitive,
- disturbi della visione,
- disturbi sensoriali,
- disturbi dell'equilibrio,
- disturbi della deglutizione e fonazione,
- cefalea intensa, spesso accompagnata da vomito,

- stato confusionale che può compromettere la coscienza sino al coma.

L'85-90% dell'ictus è di origine ischemica cioè chiusura di una arteria cerebrale a causa di un trombo o coagulo che interrompe il flusso sanguigno nel distretto cerebrale irrorata da quella arteria.

Il 10-15% dell'ictus è di origine emorragico: quando un vaso sanguigno del cervello si rompe, il sangue si riversa nei tessuti cerebrali danneggiando le cellule.

Dal 23 Luglio 2003 l'U.O. di Neurologia è stata riconosciuta dal Ministero della Salute centro regionale per il trattamento della fibrinolisi.

Che cos'è la fibrinolisi?

È un trattamento d'urgenza indicato nell'ictus ischemico, si definisce d'urgenza in quanto la finestra di tempo tra la comparsa dei sintomi e la somministrazione dell'rt-pa è di fondamentale importanza.

Strutturalmente la nostra U.O., nata nel settembre 2002, comprende una sezione dedicata all'ictus in fase acuta, dotata di nove posti letto con divisorie per garantire la



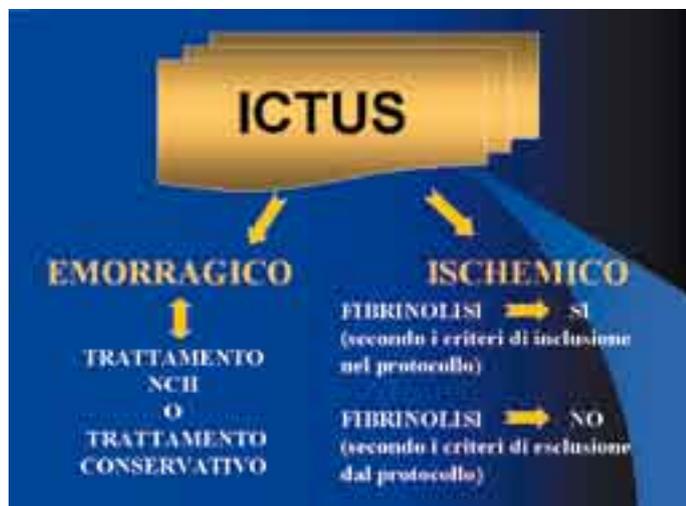
IL PAZIENTE CON STROKE: presa in carico globale

privacy del paziente ed è attrezzata con monitor per il controllo dei parametri vitali, ossigeno tx ed aspiratore.

L'equipe è formata da:

- 2 medici responsabili,
- 1 infermiere diurnista dedicato,
- 1 infermiere turnista dedicato.

Il personale infermieristico è stato individuato considerando le motivazioni e l'interesse personale ed ha partecipato ad un percorso formativo, acquisendo le competenze necessarie per un'assistenza qualificata a questa tipologia di pazienti.



Adesso vi illustrerò il percorso che il paziente affetto da ictus compie:

- in ps il paziente ha già eseguito gli esami fondamentali (ematochimici, tac ecg a 12 derivazioni),
- il paziente giunge nell'unità operativa che è stata precedentemente allertata dal mdg del reparto di una probabile fibrinolisi.

Già dal referto tac si esclude o meno un'emorragia. A questo punto vi è la presa in carico del paziente sia egli emorragico che ischemico.

In questa fase l'infermiere riveste un ruolo molto importante in quanto deve coordinare ed osservare ogni minima attività e prestazione.

Se il paziente è emorragico viene attivato il neurochirurgo che valuta se vi sono indicazioni neurochirurgiche. Se sì, l'infermiere si preoccupa della preparazione preoperatoria dell'intervento.

Se non vi sono indicazioni neurochirurgiche vi è un trattamento conservativo e terapeutico.

Se il paziente è ischemico e vi sono tutti i requisiti per praticare la fibrinolisi, si attiva il protocollo della fibrinolisi.

L'infermiere si occupa della preparazione del farmaco e del monitoraggio dei parametri vitali e della scala NHISS.

Se la fibrinolisi ha avuto un buon esito, quindi riacquista velocemente la propria autonomia, dopo 2-3 giorni il paziente viene dimesso.



Dopo il trattamento fibrinolitico se il quadro clinico rimane invariato il paziente candidato a fibrinolisi segue lo stesso percorso del paziente ischemico non trattato con fibrinolisi: paziente totalmente dipendente per il quale viene attivato immediatamente il programma riabilitativo che comprende sia gli interventi assistenziali che gli interventi fisioterapici.

Cos'è cambiato per l'infermiere della neurologia da quando è stata attivata la stroke unit?

- dimensione tecnica più rilevante,
- occasione di sviluppo professionale dell'infermiere di neurologia vista la grande responsabilità e discrezionalità nella valutazione del paziente,
- maggiore integrazione con l'equipe fisiatrica (infatti il fisioterapista riporta le sue valutazioni e prestazioni sulla scheda infermieristica).





Leda Boschini

Fisioterapista

Medicina Fisica e Riabilitazione - Dipartimento Medico 2

Enrica Copelli

Logoterapista

Maria La Morte

Infermiera

Il paziente colpito da stroke che arriva presso la nostra struttura giunge a distanza di circa 10 giorni dall'ictus. E' un paziente complesso poiché ha una serie di problemi oggettivi e soggettivi che coinvolgono vari sistemi ed apparati.

PROBLEMI:

- motori (emiplegia o emiparesi),
- sensitivi (ipo o anestesia di un emisoma),
- cognitivi (memoria, attenzione, orientamento spazio-temporale),
- neuropsicologici (aprassia o incapacità nel compiere gesti anche con l'emisoma sano) neglect (tendenza a "trascurare" una metà del corpo e dello spazio),
- di comunicazione (afasia-disartria),
- di deglutizione.

Non meno importanti sono i PROBLEMI che colpiscono la sfera EMOTIVO-RELAZIONALE.

VISSUTO MOTORIO E SENSORIALE

Non è difficile comprendere come il paziente si trovi ad avere un vissuto motorio e sensoriale in un corpo che all'improvviso è cambiato e che sente come estraneo.

APPROCCIO OLISTICO

Il paziente affetto da stroke permane presso la nostra struttura per circa due mesi e in questo periodo, in cui inizia a prendere coscienza dello stravolgimento che è avvenuto nella sua persona, deve iniziare ad accettare, affrontare e riorganizzare la sua vita, vita che raramente tornerà "come prima".

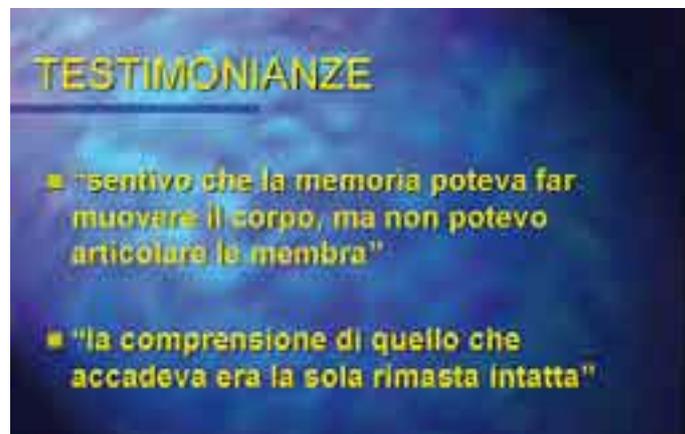
Il familiare si trova, tanto quanto il paziente, coinvolto in questo percorso difficile e doloroso.

Per questo è indispensabile una presa in carico "globale" del paziente e della famiglia al fine di favorire il recupero del miglior livello di vita possibile.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità "la RIABILITAZIONE è un processo di risoluzione di problemi e di educazione, nel corso del quale si porta il soggetto

disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, emozionale, affettivo e relazionale". Il centro dell'attenzione dunque è posto sulla persona e non sui suoi organi o apparati.

Negli anni '80 abbiamo assistito al sorgere di numerose tecniche neuromotorie mirate alla ricerca e al recupero di componenti motorie evolute ma non sempre funzionali. Qui vedete un esercizio per il recupero selettivo della motricità della caviglia, completamente disgiunto dal suo contesto funzionale.



Nel 1996, quando è stata istituita la nostra UO, ci siamo posti delle domande sul nostro operato e sull'efficacia dello stesso; gli scambi più frequenti di opinioni con il personale infermieristico ci ponevano spesso di fronte a valutazioni discrepanti sui risultati terapeutici ottenuti.

Il paziente migliorava, ma non riusciva a trasferire nelle attività quotidiane le abilità motorie e cognitive recuperate; era in grado di deambulare in palestra, ma non altrettanto con i parenti o gli infermieri, riusciva a comunicare durante la seduta di logoterapia, ma non era capace di comunicare i suoi bisogni primari con gli infermieri o i familiari.

Col tempo si è visto che questo non portava ad un vero processo di recupero del paziente, poiché quest'ultimo aveva difficoltà a trasferire e a consolidare quanto ap-

IL PAZIENTE CON STROKE: presa in carico globale

preso nelle attività della vita quotidiana. Si è allora reso necessario modificare profondamente il nostro modo di lavorare e "il lavoro in Team" era l'unica soluzione possibile.

Per **RIABILITAZIONE** intendiamo un processo ove si lavora per **OBIETTIVI** predefiniti che si ottengono con l'integrazione di più figure professionali.

Il **TEAM RIABILITATIVO** comprende: paziente e famiglia, medico, fisioterapista, logoterapista, infermiere, oss (al bisogno assistente sociale, psicologo e tecnico ortopedico).



Iniziamo ad usare strumenti di valutazione – validati – affidabili – che costituissero un'unità di misura il più possibile oggettiva e favorissero un linguaggio comune nel valutare i pazienti all'inizio – durante e alla fine del percorso riabilitativo in reparto.

MOMENTI IN COMUNE

Oltre alla valutazione individuale del paziente fatta da ogni singola figura secondo le sue specifiche competenze, vennero istituiti momenti di osservazione comune (FT – infermiere – logoterapista) e riunioni di team all'ingresso, alla dimissione e ogni 15 giorni per verificare se sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

Gli obiettivi si considerano raggiunti solo se il paziente è in grado di trasferire le abilità acquisite con l'esercizio terapeutico anche in reparto e nell'ambiente familiare.

COUNSELING

Estrema importanza ricoprono per noi i momenti di counseling con i familiari e i caregiver per:

- informarli sulla situazione attuale e sugli obiettivi
- rassicurarli, riconoscendo loro un ruolo di interlocutori
- educarli nell'assistenza (somministrazione di farmaci, cura della persona, trasferimenti, deambulazione, comunicazione)
- assegnare loro compiti (far camminare il paziente, stimolarlo a comunicare e ad esprimere i suoi bisogni)

WEEK-END A DOMICILIO

Non appena il paziente è in grado di poter essere assistito in maniera sicura a domicilio proponiamo il week-end al fine di favorire un graduale reinserimento e per valutare con anticipo eventuali problemi che si possono presentare quali:

- barriere architettoniche (modifiche da apportare alla struttura abitativa)
- difficoltà comunicative
- difficile gestione infermieristica

DIMISSIONE

Prima della dimissione vengono prescritti gli ausili indispensabili per il rientro e ne viene fatto l'addestramento all'uso. Vengono compilate le lettere di dimissione medica, infermieristica, del fisioterapista e della logoterapista; vengono presi i contatti per eventuali controlli e per la prosecuzione del trattamento riabilitativo (se necessario).



FORMAZIONE PERMANENTE

La presa in carico globale del paziente è possibile solo se si programma una formazione permanente di tutti gli operatori del Team su:

- posture e trasferimenti
- scale di valutazione
- strumenti di comunicazione tra i vari operatori
- relazione con il paziente e i familiari (a questo proposito vorrei precisare che l'abilità nel comunicare con i nostri utenti rappresenta un aspetto determinante delle nostre competenze e non un valore aggiunto).

PUNTI DI FORZA

- Valutazione comune
- Obiettivi condivisi
- Condivisione del sapere
- Creazione di un ambiente terapeutico 24 ore su 24
- Gratificazione comune

PUNTI CRITICI:

- Spazi inadeguati
- Turn-over degli operatori (se troppo frequente può destabilizzare e rendere difficile il lavoro in team)
- tempo