

1222 • 2022
800
ANNI



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

UNIVERSITA DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea Triennale

**L'INFERMIERE NELLA RIABILITAZIONE POST ICTUS:
LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CONTESTO
OSPEDALIERO.**

Relatore

Prof. Luciano Liziero

Laureando: Bogdan Armando Aelenei

Matricola: 1227654

Anno Accademico 2021/2022

ABSTRACT

Problema: L'ictus cerebrale è una patologia molto debilitante a carico dell'encefalo, la cui incidenza è direttamente proporzionale all'età, oltre ad essere correlata a diversi fattori di rischio modificabili e non. Si presenta in due forme: Ictus ischemico (80% dei casi) e Ictus Emorragico (20% dei casi). In Italia, Europa e nel resto del mondo rappresenta la seconda causa di morte (dopo le patologie cardiovascolari) e la prima causa di disabilità secondo i dati del 2019. I mezzi più efficaci che abbiamo per combattere l'ictus, la disabilità e le spese ingenti che ne derivano, sono la Prevenzione primaria e secondaria e la Riabilitazione, che ha inizio già nella fase acuta di malattia e vede coinvolti diversi professionisti sanitari. Tra le diverse figure professionali vi è l'infermiere, il cui ruolo effettivo nella riabilitazione risulta essere il meno compreso.

Obiettivo: Attraverso l'analisi di letteratura, identificare l'entità del contributo della professione infermieristica al processo di riabilitazione di un assistito colpito da ictus nelle fasi intraospedaliere (acuta e subacuta). L'obiettivo è quello di delineare il ruolo e l'identità professionale dell'infermiere all'interno di questo ambito, al fine di rendere noti a tutti, colleghi e assistiti, gli aspetti che la caratterizzano e che possono essere sfruttati per migliorare la qualità delle cure erogate.

Materiali e metodi: è stata effettuata una revisione di letteratura sulle principali banche dati da dicembre 2022 a marzo 2023 prendendo in considerazione articoli degli ultimi vent'anni.

Risultati: La ricerca effettuata produce una figura dell'infermiere che oltre ad esercitare le pratiche e le attività in linea con il supporto ed il mantenimento corporeo e funzionale imposti dalla situazione clinica del paziente, deve tener conto anche di altri fattori capaci di influenzare gli esiti della riabilitazione, e che rientrano nella sfera emotiva e psico-sociale dell'assistito. Questi fattori sono l'aderenza e la partecipazione al regime terapeutico-riabilitativo e vengono a loro volta influenzati da una serie di fattori personali, intrapersonali ed ambientali, tangibili dalla pratica infermieristica.

Conclusioni: Vista la quantità di tempo che vede l'infermiere a stretto contatto con la persona assistita, egli ha la possibilità, attraverso la ricerca di una relazione assistenziale basata su fiducia e lealtà reciproca, di instaurare un rapporto sano e utile

ai fini terapeutici, sia per chi eroga che per chi riceve assistenza, e di guidare la persona attraverso questo percorso incorporando e manifestando i principi del Codice Deontologico.

Key Words: nursing, nurse role, stroke, rehabilitation, adherence, motivation.

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 3
-------------------	--------

CAPITOLO PRIMO

1.1 Quadro Epidemiologico	pag. 5
1.2 Fattori di rischio.....	pag. 7
1.3 Danni maggiori.....	pag. 8
1.4 Riabilitazione: esiti e criteri di definizione delle disabilità.....	pag. 13
1.5 Percorso Riabilitativo Individuale/Progetto Riabilitativo Unico.....	pag. 20
1.6 Figure Professionali coinvolte.....	pag. 22
1.7 Problema del ruolo dell’Infermiere.....	pag. 23

CAPITOLO SECONDO: Materiali e metodi

2.1 Problema.....	pag. 25
2.2 Quesito.....	pag. 25
2.3 Formulazione P.I.O.	pag. 25
2.4 Metodi di ricerca: banche dati e parole chiave utilizzate.....	pag. 26

CAPITOLO TERZO: Risultati

3.1 Importanza del lavoro in equipe multidisciplinare.....	pag. 27
3.2 Presa in carico riabilitativa precoce.....	pag. 28
3.3 Percorso clinico dell’ictus.....	pag. 29
3.4 Aderenza e partecipazione del paziente.....	pag. 35
3.5 Il contributo della pratica infermieristica.....	pag. 37
3.6 L’infermiere e la riabilitazione.....	pag. 38
3.7 Relazione Infermiere-Paziente.....	pag. 40

CAPITOLO QUARTO: Discussione e conclusioni

4.1 Analisi critica.....	pag. 41
4.2 Discussione.....	pag. 41
4.3 Conclusioni.....	pag. 44

BIBLIOGRAFIA.....	pag. 46
--------------------------	----------------

INTRODUZIONE

“Every nurse was drawn to nursing because of a desire to care, to serve, or to help.”

- Christina Feist-Heilmeier

“Nurses dispense comfort, compassion, and caring without even a prescription.”

- Val Sainbury

L'ictus è sicuramente una tra le patologie maggiormente debilitanti di questo periodo storico, e quando si verifica sconvolge completamente la vita delle vittime e delle persone a loro care. La grande sfida è rappresentata dall'accettazione della malattia e dalla riconquista delle abilità perse attraverso la riabilitazione.

Le attività di riabilitazione iniziano nella fase acuta di malattia e coinvolgono diversi professionisti, ognuno dei quali orientati verso la propria area di competenza, ma uniti all'interno del team multidisciplinare. Tra questi non manca l'infermiere, il cui contributo alla pratica riabilitativa risulta vago e difficile da descrivere.

L'obiettivo di questa tesi è cercare di ricostruire il ruolo dell'infermiere e di ridare una propria identità alla professione infermieristica nell'ambito della riabilitazione post ictus, descrivendo le modalità e gli aspetti su cui può intervenire al fine di portare un miglioramento concreto al contesto.

1.1 QUADRO EPIDEMIOLOGICO

A livello globale si stima che nel 2019 l'ictus abbia causato 6,55 milioni di decessi (84,2 per 100.000), risultando la seconda causa di morte dopo la cardiopatia ischemica, con una incidenza di 12,2 milioni di casi (150,8 per 100.000) e una prevalenza di 101 milioni di casi (1.240,3 per 100.000).

Più frequente è la forma ischemica di ictus, che ha provocato 3,29 milioni di decessi (43,5 per 100.000) con una incidenza di 7,63 milioni di casi (94,5 per 100.000) e una prevalenza di 77,2 milioni di casi (951 per 100.000).

IN EUROPA

La quinta edizione dello European Cardiovascular Disease Statistics indica l'ictus come la seconda causa di morte in Europa, con 405.000 decessi (9%) negli uomini e 583.000 (13%) decessi nelle donne.

IN ITALIA

Nel 2019 sono stati registrati 86.360 ricoveri per acuti in regime ordinario per ictus (codice 014 - Emorragia intracranica o infarto cerebrale), mentre i dati Istat indicano che nel 2018 le malattie cerebrovascolari (tra le quali l'ictus rappresenta la manifestazione clinica di gran lunga più frequente) sono la seconda causa di morte, dopo le malattie ischemiche del cuore, con 55.434 decessi (l'8,8% di tutti i decessi), di cui 22.062 maschi (7,3%) e 33.372 femmine (10,1%). (1)

In Italia l'ictus è la seconda causa di morte, dopo le malattie ischemiche del cuore, è responsabile del 9-10% di tutti i decessi e rappresenta la **prima causa di invalidità**. Ogni anno si registrano nel nostro Paese circa 90.000 ricoveri dovuti all'ictus cerebrale, di cui il 20% sono recidive. Il 20-30% delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese dall'evento e il 40-50% entro il primo anno. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus guarisce completamente, il 75% sopravvive con una qualche forma di disabilità, e di questi la metà è portatore di un deficit così grave da perdere l'autosufficienza. (1)

L'Ictus ha, un impatto particolarmente gravoso per l'Italia, sia in termini di riduzione dell'autosufficienza e di incidenza dei bisogni assistenziali di cui la stima dell'impegno di spesa annuale nei prossimi anni sarà compresa tra i 12 e i 30 miliardi di euro solo per curare le persone colpite da ictus cerebrale, e sia in termini di perdita di produttività i cui costi, il cui range è stimabile dai 7 a 13 miliardi di euro, che si andranno ad aggiungere con ulteriore aggravio per il SSN ed SSR. (2)

Si calcola che la spesa per la fase acuta (ricovero) dell'ICTUS rappresenti solo un terzo del totale della spesa dovuta alla malattia. Più elevato è il costo causato dall'invalidità, che rimane dopo l'ICTUS per la necessità di ricovero in strutture assistenziali, perdita del lavoro, impegno della famiglia.

L'invalidità permanente delle persone che superano la fase acuta di malattia determina negli anni successivi una spesa che si può stimare intorno ai 100.000 euro. Sotto l'aspetto psicologico personale e familiare poi, i costi sono ingenti e non facilmente calcolabili. (3)

1.2 FATTORI DI RISCHIO

Tra i principali fattori di rischio **NON MODIFICABILI** vi sono:

- la familiarità
- il genere
- l'età

FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI

- Il tabagismo (fumo e uso di altri prodotti del tabacco);
- la sedentarietà/scarsa attività fisica;
- la scorretta alimentazione (non equilibrata e ipercalorica; ricca di grassi, zuccheri e sale; povera di frutta e verdure);
- il sovrappeso e l'obesità;
- l'ipertensione arteriosa;
- le dislipidemie (valori aumentati di colesterolemia e/o di trigliceridemia);
- il diabete mellito;
- la fibrillazione atriale;
- le cardiopatie (cardiopatìa ischemica, cardiomiopatie, patologie delle valvole cardiache, forame ovale pervio, aneurisma del setto interatriale);
- le vasculopatie (lesioni ateromasiche dell'arco aortico, delle carotidi e dei vasi intracranici; aneurismi cerebrali).

Altri fattori di rischio sono i disordini emorragici e trombofilici, l'anemia a cellule falciformi, la malattia renale cronica (MRC), la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS), l'uso di contraccettivi orali, la terapia ormonale sostitutiva (Hormone Replacement Therapy, HRT) in menopausa e l'assunzione di droghe (cocaina; metanfetamina o prodotti simili quali ecstasy e anfetamina; oppiacei, in particolare eroina).

L'ictus è più frequente dopo i 55 anni, la sua prevalenza raddoppia successivamente ad ogni decade; il 75% degli ictus si verifica nelle persone con più di 65 anni. La prevalenza di ictus nelle persone di età 65-84 anni è del 6,5% (negli uomini 7,4%, nelle donne 5,9%). (4)

1.3 DANNI MAGGIORI

Le conseguenze di un ictus, sia ischemico, sia emorragico, dipendono dalla parte del cervello che viene danneggiata: dopo un ictus una persona può avere problemi di movimento, per una paralisi degli arti di un lato del corpo, difficoltà di linguaggio o di pensiero. La riabilitazione può fare molto per il recupero funzionale causato da questi deficit, che tuttavia hanno un impatto significativo sulla qualità della vita. Come è noto, purtroppo, in molti casi l'ictus è mortale o lascia segni gravi per la salute, come la difficoltà nel parlare oppure una paresi. (5)

TIPOLOGIE DI DANNO

Il tipo e il grado di disabilità che segue un ictus dipendono da quale zona del cervello viene danneggiata; generalmente l'ictus può causare cinque tipi di disabilità:

- paralisi o disturbi del movimento,
- disturbi sensoriali (tra cui il dolore),
- disturbi del linguaggio o di comprensione,
- disturbi del pensiero e/o della memoria,
- disturbi emotivi.

DISTURBI MOTORI

La paralisi è una delle disabilità più comuni derivanti da ictus; colpisce generalmente sul lato del corpo opposto al lato del cervello danneggiato e può influenzare

- viso,
- un braccio,
- una gamba
- l'intero lato del corpo.

Questa paralisi unilaterale è chiamata emiplegia (la debolezza unilaterale è chiamata emiparesi). I pazienti affetti da emiparesi o emiplegia possono avere difficoltà con attività quotidiane come camminare o afferrare oggetti. Alcuni pazienti affetti da ictus hanno problemi di deglutizione (disfagia) dovuti a danni alla parte del cervello che controlla i muscoli per la deglutizione.

Il danno a una parte inferiore del cervello, il cervelletto, può influenzare la capacità del corpo di coordinare i movimenti, una disabilità chiamata atassia, che porta a problemi con la postura del corpo, camminare e mantenere l'equilibrio.

DISTURBI SENSITIVI

I pazienti affetti da ictus possono perdere il senso del tatto, la capacità di avvertire dolore e di valutare la temperatura o anche la posizione di un oggetto; questo tipo di deficit sensoriale può ostacolare la capacità di riconoscere gli oggetti che si stanno tenendo e può essere abbastanza grave da causare la perdita della capacità di riconoscimento del proprio arto. Alcuni pazienti affetti da ictus sperimentano dolore, intorpidimento o sensazioni strane di formicolio in arti paralizzati o indeboliti, un sintomo noto come parestesia.

I sopravvissuti manifestano frequentemente una serie di sindromi di dolore cronico derivanti da un danno al sistema nervoso (dolore neuropatico); in alcuni pazienti a venire danneggiati sono i nervi che trasmettono la sensazione di dolore, causando la trasmissione di falsi segnali che provocano dolore in un arto o nel lato del corpo colpito.

In altri casi il dolore che si verifica dopo l'ictus può non essere dovuto al danno subito dal sistema nervoso, ma a problemi meccanici causati dalla debolezza muscolare conseguente all'evento; i pazienti che hanno un braccio gravemente indebolito o paralizzato provano comunemente un dolore da moderato a grave che si irradia verso l'esterno dalla spalla. Nella maggior parte dei casi il dolore deriva da una mancanza di

movimento dell'articolazione legata all'arto colpito; il movimento "passivo" indotto da un fisioterapista è quindi essenziale per prevenire questa forma di dolore.

Altro disturbo legato sia alla sfera sensitiva che a quella motoria è l'incontinenza urinaria, problematica abbastanza comune dopo un ictus per cui il paziente può perdere la capacità di avvertire la necessità di urinare o la capacità di controllare i muscoli della vescica. Alcuni potrebbero non essere in grado di raggiungere una toilette in tempo. Allo stesso modo può verificarsi incontinenza fecale o stitichezza. Un'incontinenza permanente dopo un ictus è una situazione rara, ma anche una temporanea perdita di controllo può risultare emotivamente molto difficile da affrontare.

DISTURBI DEL LINGUAGGIO

Almeno un quarto di tutti i pazienti sopravvissuti ad ictus presentano problemi di linguaggio, che comprendono la capacità di parlare, scrivere e di comprendere la lingua scritta e parlata.

Un danno a uno dei centri di controllo linguistico del cervello può gravemente compromettere la comunicazione verbale; i centri responsabili si trovano nella parte sinistra del cervello per i destrimani e nel lato destro per i mancini. Compromissioni gravi di queste strutture possono causare la comparsa di afasia espressiva, un disturbo che causa difficoltà a esprimere pensieri con la parola e la scrittura. Si perde la capacità di parlare e di mettere insieme parole in frasi coerenti e grammaticalmente corrette.

Al contrario, danni a un centro linguistico situato in una parte posteriore del cervello, provocano l'afasia recettiva, che causa difficoltà a comprendere la lingua parlata o scritta e la formulazione di discorsi incoerenti e privi di significato (anche se grammaticalmente corretti).

La forma più severa di afasia, l'afasia globale, è causata da danni gravi ed estesi a diverse aree del cervello coinvolte nella funzione linguistica; i soggetti colpiti perdono quasi tutte le loro abilità linguistiche e non riescono a capire il linguaggio o utilizzarlo per comunicare il proprio pensiero.

DISTURBI DI PENSIERO E MEMORIA

L'ictus può causare danni a parti del cervello responsabili delle funzioni di:

- Memoria,
- Apprendimento,
- Consapevolezza.

I sopravvissuti possono veder drammaticamente ridotti i tempi di attenzione, o potrebbero sperimentare deficit nella memoria a breve termine. Si perde la capacità di elaborare strategie, comprendere significati, apprendere nuovi compiti o impegnarsi in altre attività mentali complesse.

Tre deficit abbastanza comuni derivanti da ictus sono:

- L'Anosognosia: in cui il paziente non è consapevole del suo stato di malattia e manifesta invece la ferma convinzione di possedere ancora le capacità che in realtà ha perso in seguito a lesione cerebrale;
- Negligenza: la perdita della capacità di rispondere a oggetti o stimoli sensoriali situati sul lato affetto da ictus.
- L'Aprassia: l'incapacità di compiere gesti coordinati e diretti a un determinato fine.

DISTURBI EMOTIVI

Molte persone che sopravvivono ad un ictus avvertono

- Paura;
- Ansia;
- Frustrazione;
- Rabbia;
- Tristezza e un senso di dolore per le loro perdite fisiche e mentali.

Questi sentimenti sono una risposta naturale al trauma psicologico dell'ictus. Alcuni disturbi emozionali e cambiamenti di personalità sono causati dagli effetti fisici dei danni cerebrali.

La **depressione clinica**, che è un senso di disperazione che interferisce con la capacità dell'individuo di reagire, sembra essere il disturbo emotivo più comunemente sperimentato dai sopravvissuti di ictus.

I segni e i sintomi della depressione clinica includono:

- Disturbi del sonno;
- Un cambiamento radicale nei modelli di alimentazione che possono portare ad improvvise e consistenti variazioni di peso corporeo;
- Letargia;
- Ritiro sociale;
- Irritabilità;
- Affaticamento;
- Pensieri suicidi.

La depressione post-ictus può essere trattata con farmaci antidepressivi e psicoterapia.

(6)

ALTRO

Molti pazienti riescono a recuperare anche soddisfacente vita sessuale a seguito di un ictus, tenuto conto anche del fatto che i rapporti sessuali non incidono sull'eventuale rischio di nuovi episodi.

In alcuni casi le disabilità residue possono essere aggirate attraverso la sperimentazione di diverse posizioni e modi nuovi per vivere l'intimità con il partner. Negli uomini in cui l'ictus abbia causato disturbi di disfunzione erettile è possibile affrontare il problema con farmaci e/o altri ausili.

In genere a seguito di ictus verrà consigliato di astenersi dalla guida per almeno un mese, dopodiché la possibilità di tornare a guidare dipende dalle disabilità residue e dal tipo di veicolo. In assenza di disturbi che lo rendano pericoloso (problemi di vista, di concentrazione, di movimento, di tempi di reazione, ...) è plausibile che si possa tornare a condurre veicoli. (7)

1.4 LA RIABILITAZIONE: ESITI, CRITERI DI DEFINIZIONE DELLA DISABILITÀ

In Italia, il contenimento della disabilità dopo un Ictus prevede il rispetto di specifici requisiti organizzativi e tecnici. I seguenti aspetti sono caratterizzanti l'assistenza a fini riabilitativi:

- Qualità dei servizi offerti, degli approcci valutativi e dei criteri di accesso alle strutture in grado di erogare appropriatamente assistenza a fini riabilitativi con modalità intensiva o estensiva;
- Corrispondenza fra i bisogni e l'offerta assistenziale identificata dal progetto riabilitativo individuale sulla base dei predittori di recupero e realizzato nelle fasi acuta, post-acuta e di lungo periodo;
- Rispetto dei parametri di ricovero in relazione alla stabilità clinica del paziente e alle potenzialità di recupero biologico e funzionale;
- Adeguatezza del team riabilitativo alle potenzialità di recupero, con attivazione elettiva degli operatori in relazione al setting e ai programmi riabilitativi;
- Realizzazione di accurato bilancio funzionale finalizzato a definire l'entità della compromissione, i margini di recupero e le esigenze riabilitative in rapporto alla struttura, al personale, alle risorse strumentali e alle caratteristiche dell'ambiente di residenza;
- Attivazione di programmi specifici di recupero, adeguati alla tipologia e alle severità della compromissione funzionale, alle caratteristiche individuali, alle risorse riabilitative disponibili e all'ambiente di vita del paziente;
- Applicazione di procedure strumentali e di trattamenti farmacologici di ausilio ai programmi riabilitativi e/o indirizzati sia alle comorbilità che alle complicanze ricorrenti;
- Gestione a lungo termine delle esigenze assistenziali mirate al recupero dell'autonomia, attraverso modifiche dell'ambiente di vita e delle attività abituali;

- Attivazione di registri regionali in grado di testimoniare i bisogni e le cure fornite dopo l'ictus al fine di censire le carenze e l'appropriatezza delle prestazioni assistenziali erogate. La gestione appropriata ed efficiente del percorso riabilitativo prevede attività dedicate a obiettivi specifici per ciascuna fase successiva all'ictus. (8)

Sono attività dedicate e obiettivi specifici:

1. Trattamento in fase acuta, mirato alla prevenzione delle complicanze e alla definizione degli obiettivi del recupero che si svolge durante la degenza per la fase acuta;
2. Fase di riabilitazione intensiva, condotta nei soggetti con adeguate prospettive di recupero, realizzata in regime di degenza, dopo la stabilizzazione del danno cerebrale e il controllo delle complicanze e delle comorbidità. In alternativa, quando l'approccio intensivo non è appropriato, oppure in successione al trattamento intensivo, è indicato un percorso di riabilitazione estensiva;
3. Fase di adattamento all'ambiente di vita e di mantenimento dell'autonomia integrata al percorso assistenziale previsto per il quadro clinico generale;
4. Fase di mantenimento delle prestazioni a lungo termine. (8)

In ambito organizzativo, il trattamento riabilitativo intensivo è dedicato ad attività destinate al recupero di disabilità modificabili (del cammino, della destrezza motoria, della comunicazione, di addestramento alle attività della vita quotidiana, di formazione del caregiver, ecc.); esso può altresì essere identificato come estensivo, quando è diretto alla prevenzione di aggravamenti in soggetti stabilizzati oppure a pazienti con basse potenzialità di recupero ed è praticato in setting assistenziali diversificati (servizi ambulatoriali o lungodegenza riabilitativa o domicilio del paziente).

Una gestione efficiente delle attività riabilitative dopo l'ictus prevede l'utilizzo di una rete di servizi integrati dedicati alla riabilitazione, sia ospedalieri che territoriali, in grado di garantire un percorso adeguato alle caratteristiche della situazione clinica e delle potenzialità del paziente. L'organizzazione delle diverse fasi dell'assistenza e dell'utilizzo ottimale delle strutture è favorita dall'adozione di un Registro che

consenta di valutare l'appropriatezza dell'uso delle risorse e di migliorare l'efficienza della rete riabilitativa e assistenziale disponibile sul territorio. (8)

L'assistenza a fini riabilitativi per i soggetti nei quali è fondata la previsione di recupero entro i tempi consentiti, prevede la formulazione di un progetto riabilitativo individuale (PRI), di competenza fisiatrica in condivisione con altri professionisti o specialisti coinvolti nel percorso riabilitativo (neurologi, pneumologi, nutrizionisti, cardiologi, fisioterapisti, infermieri, logopedisti, terapisti occupazionali, neuropsicologi, ecc.).

Il trasferimento da una struttura per acuti prevede la verifica dei parametri di stabilità clinica. Essi sono basati sulle seguenti caratteristiche:

- I. Mancata esigenza di ossigenoterapia continuativa;
- II. Pressione arteriosa adeguatamente controllata;
- III. Stabilità cardiovascolare caso di aritmia o IMA, senza segni di scompenso;
- IV. Adeguata profilassi tromboembolica;
- V. Gestione delle infezioni attraverso adeguato trattamento antibiotico.

Al fine di garantire il monitoraggio degli obiettivi di progetto e dei risultati ottenuti devono essere utilizzati indicatori di efficacia del **Progetto Riabilitativo Individuale** e di verifica dei risultati raggiunti. Il bilancio funzionale indispensabile alla definizione dei bisogni e dell'evoluzione dopo approccio riabilitativo prevede l'utilizzo di scale validate come il Barthel Index, la FIM, l'ICF in grado di garantire una verifica condivisibile e un modello concettuale di riferimento. Secondo il modello biopsicosociale ICF-O.M.S. (International Classification of Functioning, Disability and Health – Organizzazione Mondiale della Sanità) le condizioni di salute, i fattori ambientali e i fattori personali interagiscono con l'integrità e/o le menomazioni del corpo, le attività del soggetto e le relative limitazioni (binomio continuo uomo-ambiente). Tale concetto rende sinergici gli obiettivi della fase riabilitativa dell'assistenza dopo l'evento acuto, in termini di limitazione delle comorbidità, prevenzione delle recidive, il recupero dell'autonomia, la definizione della prognosi, la definizione dei bisogni e l'organizzazione dell'assistenza.

In termini operativi, l'approccio riabilitativo dopo un ictus, ischemico o emorragico, prevede una serie di azioni, mirate alla valutazione e al trattamento, favorite da un progetto globale di cura e specifici programmi d'intervento. Tale progetto tiene conto delle caratteristiche del danno cerebrale dovuto all'evento vascolare, delle condizioni fisiche e cognitive preesistenti, delle variabili individuali, dell'evoluzione clinico-funzionale e delle strutture riabilitative disponibili. Quest'ultima condizione prevede l'identificazione del setting più appropriato, in considerazione del fatto che solo una percentuale del 20-35% di pazienti colpiti da ictus presenta i requisiti indispensabili all'ingresso immediato in una struttura di riabilitazione intensiva, mentre i restanti possono essere in prima istanza destinati a strutture di lungo-degenza post-acuzie, riabilitazione ambulatoriali o al domicilio o a strutture assistenziali residenziali. (8)

L'adozione di uno schema operativo basato sulle attività di bilancio, pianificazione dell'intervento, verifica dei risultati e adattamento dei programmi di trattamento consente di adeguare l'impegno riabilitativo all'evoluzione del recupero funzionale del paziente colpito da ictus.

La prognosi funzionale dopo l'ictus è condizionata sia da fattori individuali (età, pregressi danni cerebrali, grado di autonomia preesistente, comorbilità, situazione familiare e socioeconomica) che esterni (organizzazione sanitaria, competenze professionali disponibili nella fase di progettazione e realizzazione dei programmi riabilitativi, caratteristiche della residenza). L'entità e l'efficacia dell'impegno riabilitativo sono limitati dalle complicanze della fase subacuta (polmoniti, trombosi venosi profonda, embolia polmonare, contratture, ulcere da decubito, disfagia, ipotensione ortostatica, depressione post ictus o altre compromissioni psichiche), dalla inadeguatezza del setting nel quale si realizzano le fasi più complesse del recupero funzionale (carenza di programmi specifici di recupero, scarsa motivazione, degenza ospedaliera prolungata) e dalle ridotte potenzialità biologiche e cognitive del paziente (precedente danno vascolare, demenza, malattie internistiche concomitanti, ambiente scarsamente stimolante, terapia farmacologica incisiva delle risorse fisiche e psichiche).

L'impegno assistenziale a lungo termine a fronte di consistenti limitazioni indotte dall'evento vascolare acuto è in genere mirato a contenere il declino funzionale, a garantire un'adeguata efficienza cardiorespiratoria, ad ottimizzare la condizione cognitiva e psichica e la partecipazione sociale ed infine a prevenire le complicanze a lungo termine.

Indubbiamente i vantaggi ottenuti nella fase post-acuta, utilizzando strategie compensatorie o adattative, terapia occupazionale, adattamento ambientale, dovrebbero essere mantenute attraverso l'impegno continuativo e le facilitazioni offerte da valutazioni e trattamenti periodici. Questi ultimi possono utilizzare strategie diverse rispetto a quelle adottate nella fase subacuta, al fine di ottenere vantaggi ulteriori nel recupero funzionale. Negli ultimi anni numerosi approcci riabilitativi sono stati valutati in soggetti con deficit funzionale persistente post-ictus, in soggetti selezionati sulla base delle caratteristiche più favorevoli ad una buona riuscita del trattamento. Spesso la disponibilità di gran parte delle metodiche innovative descritte in letteratura (Constraint Induced Movement Therapy-CIMT, Body weight-supported Treadmill Training-BWSTT, Robotic Device-RD, Virtual Reality-VR, Action Observation-AO, Non Invasive Brain Stimulation-NIBS) non è presente nel setting assistenziale di residenza del paziente, ma eventuali trasferimenti presso altre strutture riabilitative appaiono giustificati solo quando siano documentabili robuste previsioni di successo del nuovo trattamento, in termini di guadagno consistente e duraturo dell'autonomia. È infine degno di nota l'aumento del rischio di fratture dopo un ictus moderato-grave e la necessità di valutazione del rischio di caduta e dello stato di mineralizzazione ossea.

DALLA DIMISSIONE ALLA PRESA IN CARICO; CONTINUITA' DEL PERCORSO

Dopo la fase riabilitativa è necessaria la formulazione di un piano di intervento che possa garantire la continuità assistenziale del paziente non autosufficiente nel suo contesto di vita, attraverso un lavoro di integrazione tra istituzione ospedaliera e servizi territoriali (dimissione assistita programmata). La dimissione assistita programmata prevede l'indicazione della terapia farmacologica e dei bisogni assistenziali di tipo riabilitativo-protetico. Il MMG svolge a questo punto un ruolo importante nel percorso riabilitativo e di reinserimento a domicilio del paziente colpito da ictus. Il MMG avrà il compito di vigilare sull'attuazione dello schema terapeutico prescritto e governare sul percorso riabilitativo e sulla corretta adesione al follow-up. Il percorso riabilitativo potrà anche essere realizzato a domicilio tramite l'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata. I livelli di assistenza domiciliare vengono stabiliti in relazione al bisogno di salute dell'assistito e dal livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale:

1. **Cure domiciliari prestazionali** che non richiedono la presa in carico del paziente, attivate dal MMG;
2. **Cure domiciliari integrate** (ADI) di primo e secondo livello che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, assistenza farmaceutica a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati, articolati. Esse richiedono "la presa in carico" della persona e la definizione di un Progetto di Assistenza Individuale (PAI) in cui il MMG rappresenta il casemanager;
3. Cure domiciliari **integrate ad elevata intensità** che sono costituite da prestazioni professionali a favore di persone che richiedono continuità assistenziali sette giorni su sette. Anche questo approccio necessita della presa in carico della persona da parte del MMG.

L'ammissione di pazienti post-ictus alle cure riabilitative domiciliari può avvenire in presenza dei seguenti criteri:

- a) Presenza di collaborazione del paziente quindi assenza di grave deterioramento intellettuale;
- b) Assenza di patologie rilevanti scompensate;
- c) Assenza di controindicazioni al trattamento riabilitativo quali dolore importante, grave osteoporosi con rischio di fratture patologiche, difetti di coagulazione.

I pazienti avviati alle cure riabilitative domiciliari possono usufruire di un ciclo intensivo nel post-acuto seguito da cicli a frequenza variabile affidati al fisioterapista ed ai familiari opportunamente addestrati. Questa tipologia di cure domiciliari - in funzione della differente complessità / intensità - è caratterizzata dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; Sono ricompresi in questa tipologia assistenziale interventi professionali rivolti ai malati e alle loro famiglie previsti dal PAI. L'attivazione dell'assistenza richiesta dal medico responsabile delle cure del paziente prevede il coinvolgimento del MMG che rappresenta il care manager e nella definizione degli obiettivi e dei processi assistenziali attraverso la valutazione multidimensionale. Si rivolge a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (I^o livello) o 6 giorni (II^o livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo di centralità del MMG che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni medico infermieristiche, riabilitative mediche e medico specialistiche secondo l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, come la possibilità di fornire, a domicilio del paziente, quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al massimo livello di benessere, salute e funzione. L'attivazione

dell'ADI rappresenta il percorso virtuoso preferenziale anche in considerazione che attualmente quasi il 90% (sia pure con le consuete differenze legate alle diverse realtà regionali) dei pazienti post-ictus (anche se più spesso dopo un iniziale intervento riabilitativo ospedaliero) viene semplicemente dimesso al domicilio. Tale tipo di assistenza deve essere potenziata in quanto rappresenta una scelta sicuramente meno dispendiosa rispetto a quella presso ambulatori e/o strutture riabilitative. Essa permette di far praticare la riabilitazione nell' ambiente domestico in considerazione de bisogno affettivo relazionale e di sicurezza del paziente. Per questo è necessario il riconoscimento della figura del caregiver, familiare e non, ovvero colui che si prende cura di una persona cara malata, disabile, non autosufficiente e la sensibilità istituzionale verso tale problema è testimoniata dall'esame in corso delle proposte legislative finalizzate a definire le modalità organizzative di supporto alla funzione del caregiver. E' opportuno, inoltre, che venga adottata una guida per le famiglie e/o il caregiver del soggetto con disabilità post-ictus proposta dalle Associazioni di pazienti (ALICe, ITALIA Onlus) e corredata da illustrazioni dimostrative le situazioni da affrontare di volta in volta (posizione a letto, acquisizione della posizione eretta, mobilità e deambulazione assistita, igiene personale, prevenzione delle piaghe da decubito, alimentazione, controllo degli sfinteri, comunicazione ed uso di protesi, ortesi, ausili). (8)

1.5 PERCORSO RIABILITATIVO INDIVIDUALE / PROGETTO RIABILITATIVO UNICO

Basato sul modello bio-psico-sociale di salute, è il punto di partenza per la stesura di un piano riabilitativo incentrato sulla persona, che tenga conto delle sue capacità residue, del grado di modificabilità della condizione alla presa in carico e dell'ambiente circostante (famiglia, disponibilità economiche, servizi territoriali) e naturalmente anche della gravità dell'ictus.

L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, come standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità) è un modello

unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento che ne è la base, che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia nella loro interazione con l'ambiente sociale e con le istituzioni e che conseguentemente orienta tutte le attività rispetto a tale priorità verificandone i risultati.

Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento specifico, sintetico ed organico per tutto ciò, unico per ciascuna persona, definito dal medico specialista in riabilitazione in condivisione con gli altri professionisti coinvolti. Il PRI, applicando i parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF), definisce la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari; viene condiviso con il paziente, quando possibile, con la famiglia ed i caregiver; definisce le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti. (8)

Si definisce progetto riabilitativo individuale l'insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa, per un determinato paziente, che tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue e recuperabili; definisce quali siano gli esiti desiderati; definisce nelle linee generali i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti; costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa. (9)

1.6 FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

I componenti dell'equipe multidisciplinare sono:

- Il **medico** specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione che coordina il team riabilitativo ed è responsabile della gestione medica del paziente.
- **L'infermiere** che si dedica alla gestione delle funzioni vitali di base e deve avere particolari competenze come stimolazione all'uso delle capacità residue, controllo e uso corretto di ortesi ed ausili da parte del paziente e educazione al caregiver, prevenire i danni secondari all'utilizzo delle posture scorrette, nel trattamento della continenza e nella cura dell'integrità cutanea (nursing riabilitativo)
- **L'OSS** (operatore sociosanitario) che supporta i pazienti nel soddisfare i bisogni primari, favorendo il loro benessere e la loro autonomia.
- il **fisioterapista** che è l'esperto della valutazione e nel trattamento di menomazioni che interessano l'apparato neuromuscolare e scheletrico.
- Il **terapista occupazionale** che provvede al recupero delle abilità necessarie allo svolgimento delle attività di vita quotidiana (ADL, Activities of Daily Living) quali vestirsi, mangiare, lavarsi. Il terapista occupazionale sta, inoltre ricoprendo un ruolo sempre più importante nell'attuazione di programmi riabilitativi volti alla rieducazione del gesto lavorativo da parte dell'infortunato.
- Il **tecnico ortopedico**: che svolge consulenza specialistica e fornisce il dispositivo tecnico più idoneo, con interventi personalizzati in relazione alle specifiche esigenze del paziente e contribuisce all'addestramento del paziente e dei suoi familiari all'utilizzo di ausili particolari.
- Lo **psicologo** che offre supporto a chi è vittima di un incidente sul lavoro e può presentare una sintomatologia post-traumatica, accompagnata da depressione, ansia e irritabilità, disturbi cognitivi che possono presentarsi con difficoltà di attenzione e di concentrazione, soprattutto di fronte a stimoli che possono ricordare gli incidenti.
- **L'assistente sociale** (della sede INAIL di appartenenza) che si occupa del reinserimento nel contesto comunitario, sociale e lavorativo. (8)

1.7 IL PROBLEMA DI RUOLO DELL'INFERMIERE

L'infermiere trascorre con il paziente una quantità di tempo di gran lunga superiore a quella di tutti le altre figure professionali, eppure il suo ruolo all'interno dell'equipe (per quanto riguarda la riabilitazione), risulta essere poco chiaro a pazienti, familiari, membri del team e anche agli infermieri stessi. (10) Al momento le attività legate al caring di base (monitoraggio, valutazione e medicazioni) hanno la priorità. Tuttavia, sebbene si tratti di attività importanti e necessarie, non sono sufficienti all'interno di queste realtà assistenziali, dove il principio della **riabilitazione deve essere il pilastro portante del progetto di cura** che si intende erogare.

La causa di tutto questo potrebbe essere la **collaborazione interdisciplinare** con gli altri professionisti sanitari, descritta come complicata e caratterizzata da relazioni di tipo gerarchico. In particolare, il coinvolgimento dell'infermiere nel decision-making durante i meeting dell'equipe multidisciplinare è limitato. La situazione tipo vede la figura dell'infermiere "anziano" come portavoce del personale infermieristico, ma anche questa volta il contributo che riesce a dare alla decisione finale risulta scarso. Questo tipo di relazione contribuisce a far pensare agli infermieri che la riabilitazione e le attività associate ad essa **non facciano parte del caring e dell'assistenza infermieristica**. (10) Uno dei motivi per cui il personale infermieristico dà priorità attività di base è la **manca di tempo** che è a malapena sufficiente a fornire l'assistenza standard, calcolare il rischio, prevenire i danni e mantenere la sicurezza del paziente. (10)

MATERIALI E METODI

2.1 Problema: Il ruolo dell'infermiere in ambito riabilitativo post-stroke rimane incompreso da pazienti, familiari, professionisti sanitari e dagli infermieri stessi. Nei reparti che si occupano delle fasi acuta e subacuta post-ictus, in cui ho avuto modo di svolgere due esperienze di tirocinio, il ruolo dell'infermiere non differisce da quello di altri contesti di acuzie, prediligendo interventi di carattere clinico atti al mantenimento funzionale e perdendo così l'orientamento verso le attività di riabilitazione.

2.2 Quesito: Esiste la possibilità per l'infermiere, attraverso interventi di carattere prettamente infermieristico, di delineare la propria identità professionale e terapeutica in questo contesto, migliorando l'outcome dei pazienti?

2.3 Formulazione P.I.O.	
Tabella 1.1	
P Problema/Popolazione	Infermieri nelle U.O. per acuzie/subacuzie post-ictus.
I Interventi	Sensibilizzazione al modello bio-psicosociale di salute e alle necessità relazionali del paziente.
O Outcome	Effetti sulla presa in carico e sull'aderenza e la partecipazione dei pazienti ai regimi riabilitativi.

La ricerca di letteratura è stata eseguita da settembre 2022 a marzo 2023, attraverso la consultazione della banca dati “PubMed” della U.S. National Library of Medicine e del motore di ricerca “Google Scholar”. Le parole chiave utilizzate per la ricerca sono state: “stroke”, “nurse”/ “nursing”, “rehabilitation”, “neuroplasticity”, “team”, “collaboration”, “adherence”, “activity”, “motivation” e “relationship”. E’ stato utilizzato l’operatore booleano AND e i termini Mesh.

Gli articoli presi in considerazione risalgono agli ultimi 20 anni:

2.4 Metodi di ricerca: banche dati e parole chiave utilizzate				
Tabella 1.2				
Banca Dati	Parole Chiave	Articoli reperiti	Articoli visionati	Articoli utilizzati
PubMed	<i>“stroke” AND “rehabilitation” AND “nurse”</i>	>100	11	2
Google Scholar	<i>“stroke” AND “multidisciplinary team”</i>	>100	5	2
PubMed	<i>“stroke” AND “brain plasticity”</i>	>100	4	1
PubMed	<i>“stroke rehabilitation” AND “clinical pathway”</i>	>100	2	2
Google Scholar	<i>“stroke” AND “neuroplasticity”</i>	>100	2	1
PubMed	<i>“stroke” AND recovery” AND “perspective”</i>	>100	1	1
PubMed	<i>“stroke” AND “adherence”</i>	>100	7	2
PubMed	<i>“stroke” AND “rehabilitation” AND “adherence”</i>	>100	4	1
Google Scholar	<i>“stroke” AND “physical activity” AND “adherence”</i>	>100	6	1
Google Scholar	<i>“treatment” AND “ischaemic stroke”</i>	>100	3	1
Google Scholar	<i>“adherence”</i>	>100	2	1
Google Scholar	<i>“stroke” AND “inter-professional” AND “collaboration”</i>	>100	5	1
PubMed	<i>“stroke rehabilitation” AND “nursing” AND “role”</i>	>100	2	1
Google Scholar	<i>“motivation” AND “stroke rehabilitation”</i>	>100	2	1
Pubmed	<i>“nurse” AND “patient” AND “relationship”</i>	>100	2	1

3.1 IMPORTANZA DEL LAVORO IN EQUIPE MULTIDISCIPLINARE

Un MDT (o Multi-Disciplinary Team) è una squadra di professionisti di diverse discipline che condividono un'area comune nella pratica lavorativa, e l'evidenza che questo modello di presa in carico in contesto post-stroke garantisca prestazioni, e quindi outcome, migliori, è stata ampiamente dimostrata. (11)

Tra i benefici che questa organizzazione può portare vediamo: una maggiore centralità del paziente nel decision-making, una riduzione della frammentazione delle cure e un aumento del senso di soddisfazione del personale, oltre ad un uso più efficiente ed efficace delle risorse disponibili. (12)

Tuttavia, riunire i singoli professionisti non significa automaticamente che questi lavoreranno in modo cooperativo. Gli MDT che si occupano di ictus sono molto numerosi; quindi, il coordinamento e una collaborazione efficace sono importanti. I membri dell'equipe contribuiscono con diverse prospettive professionali, ma la **definizione degli obiettivi, la pianificazione dell'assistenza e il processo decisionale sono attività collaborative** (discutibili durante le riunioni/meeting).

Il singolo professionista deve conoscere il ruolo di tutti i componenti del team, nonché comprendere ed accettare il fatto che all'interno dell'MDT i confini dei vari ruoli siano meno netti, caratteristica che facilita lo scambio rapido di informazioni e promuove la tempestività degli interventi. (13)

3.2 LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA PRECOCE:

Tempestività dei Trattamenti

La riorganizzazione neuronale, ovvero la capacità cerebrale di far fronte ad un problema (in questo caso la morte di tessuto), e la fase di plasticità iniziano relativamente presto, già dai primi stadi di malattia, si protraggono per diverse settimane e agiscono **reclutando aree cerebrali** relativamente distanti dal sito di danno. Questa attività di riorganizzazione è suddivisibile in 3 diverse epoche: 1) la **riorganizzazione fisiologica** in risposta acuta al danno (modificazioni di flusso sanguigno, edema, metabolismo e risposta infiammatoria), nelle ore che lo seguono; 2) il **periodo di riparazione** (recupero spontaneo e picco degli eventi di riparazione endogena. A partire dai primi giorni e fino a diverse settimane; 3) Il **plateau**: fase che inizia a distanza di settimane/mesi dall'ictus e si caratterizza per una diminuzione con successivo andamento piatto delle attività di recupero spontaneo, che si traduce in una fase cronica stabile ma ancora modificabile. (14)

Per garantire la continuità delle cure fin dall'inizio dopo un ictus, l'intervento precoce è fondamentale per una gestione ottimale della malattia e per ottenere risultati clinici migliori. Numerose ricerche collegano l'intervento precoce a vantaggi misurabili per la salute, come il miglioramento dei tassi di sopravvivenza, la riduzione della disabilità e delle complicanze, una migliore qualità della vita e una riduzione dei costi di trattamento. (11)

Occorre agire subito, nelle fasi precoci del recupero di malattia, quando la plasticità cerebrale è in fase di crescita, al fine di raggiungere il massimo grado potenziale di recupero possibile; bisogna mettere al lavoro il cervello in maniera periodica e ripetitiva, perché è attraverso l'allenamento che un'abilità, che può essere scrivere, o semplicemente riuscire a raggiungere gli occhiali sul comodino, diventa semplice, naturale ed automatica.

3.3 PERCORSO CLINICO DELL'ICTUS

L'individuo colpito da Ictus può presentarsi con uno o più deficit funzionali, caratterizzati da alta variabilità del grado stesso di disabilità e delle capacità residue da persona a persona. Questi deficit variano poi nel tempo grazie al recupero spontaneo (riorganizzazione e plasticità neuronale), (14), e agli effetti terapeutici. Per questo motivo è necessaria una forte personalizzazione dei trattamenti orientati alla riabilitazione. La conoscenza globale della situazione in cui il paziente sopravvissuto a stroke si trova al momento della presa in carico è fondamentale per poter stabilire punti deboli, punti di forza e obiettivi della riabilitazione. Le scelte terapeutiche nei vari domini professionali/assistenziali vanno prese ponendo l'assistito al centro.

La riabilitazione che segue un ictus ha inizio nella fase acuta di malattia e, in molti casi, diventa un percorso che accompagna la persona per il resto della sua vita. I contesti che se ne occupano sono svariati, a partire dai reparti di cure intensive come le Stroke Unit, le U.O di Neurologia, di Medicina Riabilitativa e Riabilitazione Intensiva, passando per le Cliniche di Riabilitazione esterne e fino al setting domiciliare. (15)

FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Se da un lato una classificazione distinta delle fasi post-ictus facilita il confronto dei risultati riportati da diversi studi, dall'altro comporta il rischio particolare di considerare il recupero funzionale come una sequenza ben definita di fasi piuttosto che un processo continuo e non lineare. Pertanto, invece di utilizzare etichette come "subacuto" o "cronico", spesso utilizzate implicitamente per indicare un particolare potenziale di miglioramento, fornire numeri assoluti sul tempo trascorso dall'insorgenza dell'ictus, ad esempio settimane, oltre a ulteriori informazioni sul livello di compromissione e sulla localizzazione dell'ictus, sembra essere più adatto a riconoscere la natura complessa e non lineare del recupero post-ictus. (16)

Ad ogni modo, per una più semplice comprensione, tratteremo dell'andamento clinico-terapeutico utilizzando le classiche 3 fasi dell'ictus, di comune riscontro in letteratura.

Il percorso assistenziale dell'ictus è suddivisibile in tre fasi:

1. FASE ACUTA (primi 7-14 giorni);
2. FASE SUBACUTA (primi 6 mesi);
3. FASE CRONICA. (15)

FASE ACUTA

La FASE ACUTA inizia con l'esordio dei sintomi, comprende il passaggio per il Pronto Soccorso, il trattamento di riperfusione mediante trombolisi farmacologica o/e trombectomia meccanica e tutto il periodo post-intervento in cui il paziente si troverà in Unità Intensiva Neurologica o Stroke Unit.

L'obiettivo dell'assistenza in questa fase è **contenere l'instabilità clinica**. Il team si concentra quindi sull'identificare e trattare i fattori di danno conseguenti alla malattia e all'immobilità che ne deriva. (17)

In seguito agli interventi di riperfusione (ictus ischemico) o alle procedure chirurgiche (ictus emorragico), il paziente viene accolto in Stroke Unit dove verrà sottoposto ad uno stretto monitoraggio delle funzioni e parametri vitali:

- Gestione delle vie aeree/Supporto ventilatorio
- Gestione della Pressione Arteriosa/Supporto cardiocircolatorio
- Gestione dell'Edema Cerebrale
- Gestione della Pressione Intracranica
- Sodium management/Hyperosmolar therapy
- Terapia Anti-edema
- Prevenzione di recidive precoci/progressione del danno ischemico
- Altre terapie di supporto
 - Gestione di ipo/ipertermia
 - Gestione della glicemia (18)

Questo è anche il momento in cui si formula una prima prognosi funzionale sulla base dei dati lesionali e biologici dell'assistito. (17)

La gravità e la progressione dell'ictus vengono spesso valutate utilizzando misure standardizzate, come la National Institutes of Health (NIH) Stroke Scale; il punteggio di questa scala correla con il grado di compromissione funzionale e con la prognosi. Durante i primi giorni la progressione e l'esito possono essere difficili da predire. L'età avanzata, l'alterazione dello stato di coscienza, l'afasia e i segni di compromissione del tronco encefalico suggeriscono una prognosi infausta. Un miglioramento precoce e la giovane età suggeriscono, invece, una prognosi favorevole. (19)

La valutazione in sede di acuzie comprende anche:

- Disturbi dello stato di coscienza;
- Deficit motori;
- Disturbi delle funzioni corticali superiori;
- Disturbi della deglutizione;
- Incontinenza urinaria;
- Complicanze bronco-polmonari;
- Ritmo sonno-veglia;
- Stato di nutrizione;
- Stato della cute;
- Deficit nella comunicazione.

Parametri e condizioni che possiamo accertare attraverso le scale di valutazione: GCS, NIHSS, ICF, Rankin Scale, FIM (Functional Independence Measure), Barthel Index, BSA (Bedside Swallow Assessment), Conley Scale, Braden Scale, MUST, Bristol Scale, PSQI (Pittsburg Sleep Quality Index), SVFB (Scala Valutazione Funzioni Base).

Nella Stroke Unit o in un altro reparto per acuti avviene il primo contatto con la riabilitazione attraverso una visita fisiatrica con successivo intervento del fisioterapista o del logopedista laddove necessario (in questa fase, in genere, per problemi legati alla deglutizione di solidi e liquidi). (20)

FASE SUBACUTA

Una volta raggiunta la stabilità del quadro clinico del paziente, entriamo nella fase subacuta dello stroke. Come detto sopra, la durata delle fasi è variabile da paziente a paziente, in quanto un individuo può raggiungere una stabilità clinica in meno tempo di un altro, ed allo stesso modo, dalla fase subacuta alla fase di plateau il tempo che intercorre può essere significativamente differente a seconda dell'individuo. Ad ogni modo la letteratura generalmente racchiude questa fase nell'arco di tempo che va dalla 3° settimana e fino al 6° mese dall'evento.

È in questo periodo che avviene la maggior parte dei miglioramenti del paziente, poiché per i primi 3 mesi dall'inizio di questa fase, la plasticità e la riorganizzazione neuronale sono in continua crescita (14), il che la rende un'ottima finestra terapeutica in cui intervenire con trattamenti di genere riabilitativo. In questa fase, che solitamente vede il suo decorso in U.O. di Neurologia, di Riabilitazione Intensiva o di Lungodegenza Post Acuzie, la presa in carico del paziente subisce uno slittamento fondamentale, passando da un focus clinico ad un orientamento funzionale, centrato sulla riconquista delle abilità che rendano l'assistito quanto più autosufficiente nelle attività di vita quotidiana (ADL).

Per dare inizio alle attività di riabilitazione occorre una valutazione iniziale dei deficit e delle abilità residue che oltre a fornirci un inquadramento neurologico standard, ottenibile attraverso la NIH Stroke Scale o la scala Rankin, correli queste capacità/potenzialità di recupero ai fattori ambientali propri del paziente.

A questo proposito ci viene in aiuto l'*International Classification of Function, Disability and Health* (ICF), un prezioso strumento di classificazione della disabilità sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO), che codifica una vasta gamma di informazioni relative alla salute, guardando a quest'ultima da un punto di vista bio-psicosociale e contestualizzando i vari deficit attraverso l'associazione dei fattori ambientali. Secondo l'ICF, infatti, la disabilità è data dall'interazione tra le condizioni di salute e i fattori ambientali, che possono essere vantaggiosi o svantaggiosi. (15)

L'assistenza ai fini riabilitativi prevede la formulazione di un **Progetto Riabilitativo Individuale** (PRI), di competenza fisiatrica in condivisione con altri professionisti o specialisti coinvolti nel percorso riabilitativo (neurologi, pneumologi, nutrizionisti, cardiologi, fisioterapisti, infermieri, logopedisti, terapisti occupazionali, neuropsicologi, ecc.). Al fine di garantire il monitoraggio degli obiettivi di progetto e dei risultati ottenuti devono essere utilizzati indicatori di efficacia del Progetto Riabilitativo Individuale e di verifica dei risultati raggiunti. Il bilancio funzionale indispensabile alla definizione dei bisogni e dell'evoluzione dopo approccio riabilitativo prevede l'utilizzo di scale validate come il Barthel Index, la FIM (Functional Independence Measure), l'ICF in grado di garantire una verifica condivisibile e un modello concettuale di riferimento. Secondo il modello biopsicosociale ICF-O.M.S. (International Classification of Functioning, Disability and Health – Organizzazione Mondiale della Sanità) le condizioni di salute, i fattori ambientali e i fattori personali interagiscono con l'integrità e/o le menomazioni del corpo, le attività del soggetto e le relative limitazioni (binomio continuo uomo-ambiente). Tale concetto rende sinergici gli obiettivi della fase riabilitativa dell'assistenza dopo l'evento acuto, in termini di limitazione delle comorbidità, prevenzione delle recidive, il recupero dell'autonomia, la definizione della prognosi, la definizione dei bisogni e l'organizzazione dell'assistenza.

Le attività riabilitative della fase subacuta variano di numero, intensità, tipologia e complessità da persona a persona, ma sono per tutti orientate verso il raggiungimento del più alto livello di salute (intesa come benessere bio-psicosociale) possibile, partendo da quelli che sono i punti più importanti secondo il modello ICF, ovvero la **Mobilità** (d4) e le attività di autocura della persona, o **Self-Care** (d5), (15), e fino ad arrivare alle componenti più personali e sociali, legate alla sfera psicologica dell'assistito. Tra le attività di riabilitazione in questa fase vediamo:

- Riabilitazione respiratoria (svezzamento dal ventilatore ove possibile)
- Screening per Disfagia + riabilitazione (rimozione del sondino naso-gastrico ove possibile)
- Riabilitazione all'uso dell'arto superiore affetto da paresi
- Riabilitazione posturale
- Training dell'Equilibrio e riduzione del rischio di caduta
- Riabilitazione alla Deambulazione

- Gestione della Spasticità muscolare
 - Riabilitazione dai disturbi della Comunicazione (Afasia, Disartria, Aprassia)
 - Trattamento di deficit neuro-visivi e di negligenza spaziale
 - Riabilitazione Neuropsicologica (disturbi cognitivi, emotivi, legati alla fatigue)
- (16)

Trascorsi all'incirca 3 mesi dall'evento acuto, la progressiva crescita delle attività di recupero spontaneo dettate dalla riorganizzazione e dalla plasticità neuronale subiscono un appiattimento nel tempo detto plateau, ma ciò non significa che le capacità adattative del cervello si siano arrestate e che le possibilità di miglioramento siano esaurite, semplicemente queste attività hanno raggiunto il picco della loro espressione, il che si tradurrà in miglioramenti meno frequenti nel tempo, ma pur sempre possibili. (14)

FASE CRONICA

La fase cronica dello stroke ha inizio una volta trascorsi circa 6 mesi dall'ictus e prosegue per tutto il resto della vita del paziente. Da un punto di vista cellulare, le operazioni di recupero spontaneo hanno raggiunto una certa stabilità. Ciò significa che si tratta di una fase di "mantenimento" più che di "miglioramento", in quanto i pazienti sopravvissuti a stroke completano la maggior parte del loro recupero funzionale durante i primi 3 mesi. (21)

Una volta entrati in questa fase, in base alle condizioni del paziente si sceglie il setting più adeguato in cui continuare la riabilitazione, che può voler dire rimanere in U.O. di Riabilitazione per poi, una volta raggiunta sufficiente autonomia, continuare ad effettuare la riabilitazione senza ricovero, ma in centri o studi di fisioterapia, o comodamente presso il proprio domicilio.

3.4 ADERENZA E PARTECIPAZIONE DEL PAZIENTE

Fattore fondamentale per la riuscita del processo di cura è l'aderenza del paziente, descritta dalla World Health Organisation (WHO) come il “livello di corrispondenza tra il comportamento del paziente - assunzione di farmaci, rigore nella dieta e/o l'apporto di cambiamenti dello stile di vita – e le raccomandazioni concordate con un professionista della salute”. (22)

FATTORI CHE INFLUENZANO L'ADERENZA

1. Intrapersonali

- Et ;
- Entit  del danno;
- Visione del paziente sull'efficacia della riabilitazione;
- Situazione Finanziaria;
- Supporto familiare.

2. Interpersonali

- Team Multidisciplinare incaricato della riabilitazione

3. Ambientali

- Fattori di carattere architettonico (barriere) o di trasporto (es. prendere l'autobus per recarsi al centro riabilitativo);
- Spazio adeguato ad eseguire le attivit . (23)

L'IMPORTANZA DELL'ADERENZA

Una volta fuori dalla fase acuta, tenere sotto controllo i fattori di rischio e l'aderenza del paziente al regime terapeutico   fondamentale per riuscire a prevenire ricadute e complicanze anche gravi della patologia. La mancata aderenza al regime terapeutico si associa a prognosi infausta in questo tipo di pazienti. (24) Al contrario, un livello di aderenza elevato si traduce in una minore incidenza di complicanze o eventi avversi, comparato con livelli di aderenza medio-bassi. (25) Si pu  dire che il grado di aderenza e la prognosi clinica del paziente siano direttamente proporzionali.

Nonostante la corretta assunzione della terapia possa ampiamente ridurre il rischio di complicanze, recidive e il verificarsi di eventi avversi (11), (27), l'aderenza e la persistenza alla terapia (definita come durata della continuità dell'assunzione nel tempo) nei pazienti colpiti da ictus risulta scarsa (rispettivamente: 64,1% e 72,2% in una meta-analisi su 375,408 individui). (24)

CONSEGUENZE DELL'ADERENZA AL REGIME DI RIABILITAZIONE

Le conseguenze dell'aderenza ai regimi riabilitativi sono classificate in tre categorie: legate al paziente, legate all'operatore sanitario e legate al sistema sanitario. (27)

- Le conseguenze legate al paziente includono il miglioramento dei risultati del trattamento, il miglioramento della QOL (Quality of Life), la riduzione della depressione e delle complicanze della malattia, la riduzione delle recidive della malattia, il miglioramento delle abilità, e l'aumento dell'accettazione della responsabilità per il miglioramento delle prestazioni fisiche e mentali.
- Le conseguenze relative agli operatori sanitari includono maggiore soddisfazione sul lavoro, il miglioramento dei servizi di riabilitazione forniti ai pazienti e della comunicazione tra i pazienti e il team di riabilitazione. (28)
- Le conseguenze relative al sistema sanitario sono la riduzione dei costi e il miglioramento dei servizi sanitari. (27)

Trattandosi un fattore determinante per gli esiti della patologia, è necessario tenerlo sotto stretto controllo e assicurarsi che il suo livello sia elevato a partire dalla fase acuta e per l'intera durata dei trattamenti finalizzati al recupero.

3.5 IL CONTRIBUTO DELLA PRATICA INFERMIERISTICA

L'infermiere è una figura fondamentale nell'assistenza dedicata ai pazienti reduci di ictus nelle unità intensive denominate Stroke Unit, dove si prende in carico il soggetto nella fase acuta di malattia e nei reparti di Neurologia/Neurochirurgia, dove si trovano pazienti già clinicamente stabili e non più in grave pericolo di vita, ma che necessitano ancora di cure e attenzioni particolari. Qui la figura professionale si occupa di uno stretto monitoraggio dei parametri vitali, necessario al mantenimento di una condizione ideale per la guarigione (intesa come raggiungimento della migliore condizione, o *outcome*, possibile). A livello pratico le mansioni dell'infermiere possono essere riassunte come segue:

→ MONITORAGGIO:

Rilevazione di parametri quali: Pressione Arteriosa, Frequenza Cardiaca, Temperatura Corporea, Diuresi, Bilancio Idro-Elettrolitico, Pressione Venosa Centrale, Pressione Intracranica, Glicemia, valutazione degli scambi gassosi attraverso l'Emogasanalisi, Esami Ematochimici, Frequenza Respiratoria, Saturazione SpO₂%, Qualità e caratteristiche del respiro (e interventi a supporto, es. broncoaspirazione), le caratteristiche della deglutizione, lo stato nutrizionale, il rischio di decubiti, il rischio di caduta, le esigenze del paziente in rapporto alle limitazioni dell'attività motoria, Peso Corporeo, BMI, Dolore, Vigilanza, Stato di Coscienza, l'efficienza cognitiva e comunicativa, Stato emotivo.

→ GESTIONE TERAPIA FARMACOLOGICA

→ POSIZIONAMENTO

Capo a 30° rispetto al resto del corpo, in asse con il tronco, tronco allineato e bacino perpendicolare al tronco stesso; Spalla abdotta e extra ruotata; Gomito in modesta flessione; Avambraccio in semi pronazione; Polso in modesta estensione; Articolazioni interfalangee in semi flessione; Pollice in opposizione; Anca in posizione intermedia tra adduzione-abduzione; Ginocchio in estensione; Articolazione tibio-tarsica a 90°. A ciò si aggiunge

un frequente cambio di posizione in base alle necessità e caratteristiche del paziente, e in accordo con l'equipe multidisciplinare. (29)

Vediamo quindi che il ruolo assistenziale e osservazionale è ampiamente espresso in questo contesto, il che non sorprende vista la quantità di tempo in cui infermiere e paziente sono a contatto durante la giornata.

3.6 L'INFERMIERE E LA RIABILITAZIONE

L'infermiere è descritto come membro importante dell'equipe di riabilitazione nonché decisivo per quanto riguarda l'outcome del paziente, ma le modalità e mansioni di questa figura sono difficilmente descrivibili. Il contributo riabilitativo degli infermieri viene definito vago e poco chiaro dai collaboratori, pazienti, familiari e dagli infermieri stessi. (10)

La mancanza di ruoli definiti in un'equipe può creare difficoltà di collaborazione interdisciplinare, in quanto alla base di una solida e fruttuosa collaborazione c'è la comprensione dell'identità e del contributo professionale di ciascun membro che la compone. (30) Inoltre, la mancanza di un ruolo chiaro complica anche la relazione con il paziente e i familiari. (31)

Gli infermieri, tra tutti i membri del Team Multidisciplinare, sono quelli che passano più tempo con il paziente; perciò, si trovano nella posizione ideale per effettuare attività e interventi riabilitativi, a condizione che abbiano sviluppato una conoscenza appropriata delle tecniche di riabilitazione e che queste tecniche siano riconosciute come attività proprie dell'assistenza infermieristica. (10)

In altre parole, l'infermiere è il candidato **ideale** per prendere in carico la situazione riabilitativa, poiché vista la quantità di tempo che passa con l'assistito, è il professionista che lo conosce meglio. La presenza costante durante la giornata conferisce al personale infermieristico il ruolo di **messaggero del feedback** (ovvero

colui che comunica le reazioni e i cambiamenti all'adozione di una nuova strategia o durante un percorso clinico già avviato), chiave nella comunicazione con l'equipe.

Kirkevold descrive il ruolo di un infermiere nella riabilitazione post stroke attraverso quattro funzioni principali:

- 1- Conservativa:** proteggere l'integrità fisica e cognitiva e prevenire complicanze secondarie;
- 2- Interpretativa:** aiutare il paziente e i familiari a comprendere la situazione, come cambierà la loro vita da quel momento in poi, cosa aspettarsi dalle terapie, ecc.;
- 3- Consolatoria:** interventi di carattere emotivo atti ad alleviare il dolore e ad instaurare speranza e fiducia per le prospettive di guarigione;
- 4- Integrativa:** dare un risvolto pratico alle attività di training riabilitativo effettuate (es. tradurre un esercizio fine a sé stesso che preserva l'integrità motoria in un'abilità utile nella vita di tutti i giorni). (32)

Nella fase acuta, gli infermieri ricoprono un ruolo fondamentale, che è quello di mantenere l'integrità corporea dell'assistito. Benché spesso queste attività vengano considerate esterne all'ambito della riabilitazione, la funzione **conservativa** contribuisce a preparare il paziente alle fasi pratiche, proprie della riabilitazione.

In questo periodo della malattia, l'infermiere deve anche prevedere al supporto familiare e/o dei caregiver. Le funzioni **integrative** e **consolatoria** sono principalmente dirette verso di loro in questa prima fase (prime ore/giorni dopo l'evento), per poi includere anche il paziente una volta che questi abbia iniziato a comprendere ciò che sta accadendo. (32)

L'INFERMIERE COME PRINCIPALE PROMOTORE DELL'ADERENZA

Come visto in precedenza, l'infermiere è tra tutti il professionista che trascorre più tempo con il paziente, il che lo colloca nella posizione ideale per costruire una relazione utile a fini terapeutico-assistenziali con quest'ultimo.

3.7 RELAZIONE INFERMIERE-PAZIENTE

Se l'obiettivo è l'aderenza terapeutica (comprensiva anche delle attività riabilitative), il percorso per il suo raggiungimento passa indubbiamente attraverso la **relazione infermiere-paziente**.

L'irruzione della malattia nella vita di una persona costituisce sempre una "rottura" perché impone modifiche nell'organizzazione concreta della vita, ed è in questo momento che si instaura una relazione infermiere-paziente che è sicuramente una "**relazione d'aiuto**", in quanto si realizza anche attraverso il contatto tra due persone: l'infermiere, che ha una funzione di sostegno rispetto all'altro, e il paziente che è in una condizione di bisogno. Il processo di Nursing non è perciò casuale, si tratta di una relazione che viene iniziata con un proposito ben preciso, per poi continuare e terminare in funzione dei bisogni del paziente.

“Funzione specifica dell'infermiere è assistere l'individuo, sano o malato, per aiutarlo a compiere tutti quegli atti tendenti al mantenimento della salute o della guarigione (o a prepararlo ad una morte serena); atti che compirebbe da solo se disponesse della forza, della volontà e delle cognizioni necessarie”. (V.Henderson).

Aspetto fondamentale della relazione d'aiuto è senz'altro l'empatia, quella capacità di entrare relazionarsi e percepire i sentimenti dell'altro e di comprenderne il significato, “provare ciò che egli prova”, immedesimarsi in lui, ma avendo chiaro che non si è l'altro. Questo permette l'instaurarsi di un rapporto professionale equilibrato con il malato, evitando sia il coinvolgimento emotivo dell'operatore sia l'isolamento affettivo del paziente.

Il miglioramento della relazione terapeutica, grazie ad un'efficace **comunicazione**, migliora l'attività lavorativa dell'operatore, rendendola più in sintonia con gli ideali professionali, migliora la compliance del malato al trattamento, riduce il disagio emotivo e incrementa l'efficacia della cura. Una relazione soddisfacente coinvolge sia l'ambito del “care” (prendersi cura) che quello del “cure” (curare la malattia). (33)

4.1 ANALISI CRITICA

Gli studi presi in considerazione provengono dai seguenti paesi: Stati Uniti d'America, Canada, Regno Unito, Giappone, Cina, Korea, Germania, Danimarca, Spagna, Iran, Malesia; e fanno riferimento a contesti principalmente ospedalieri dove si considerano le fasi acuta e subacuta, ma anche extraospedalieri (es. Centri di Riabilitazione), orientati alla cronicità. Trattandosi di paesi industrializzati, i modelli di sanità e le principali patologie trattate sono pressoché sovrapponibili e le uniche differenze riscontrabili sono di carattere culturale ed economico. Al di là di questi fattori, la responsabilità clinica, sociale e morale dell'infermiere non subisce variazioni.

4.2 DISCUSSIONE

La presenza temporale e trasversale nell'arco terapeutico dell'individuo vittima di ictus, dalla fase acuta alla fase cronica della riabilitazione, rende l'infermiere una figura di riferimento per l'assistito, e per i familiari e/o caregiver, durante il percorso terapeutico. Tornando alle funzioni descritte da Kirkevold riguardo al ruolo dell'infermiere nella riabilitazione post ictus (32), vediamo come oltre alle attività di assistenza finalizzata a preservare l'integrità corporea e cognitiva del paziente, spiccano gli interventi di carattere interpretativo, consolatorio, educativo ed integrativo, conferendo al personale infermieristico responsabilità che vanno oltre alla gestione clinica e che toccano la sfera umana, personale e sociale del paziente.

Essere vittima di ictus è un'esperienza che cambia la vita, soprattutto nei casi in cui le conseguenze sono maggiormente limitanti, mirando all'autonomia della persona e coinvolgendo in maniera ravvicinata familiari e caregivers. Emozioni tipiche del contesto sono: ansia, frustrazione, rabbia, calo dell'umore, depressione e profondo senso di sconforto che talvolta sfociano anche in pensieri suicidi. Le cause di tali emozioni/sentimenti non sorprendono: dipendenza da altri, incapacità di fare quello che si faceva prima, paura di avere recidive, situazione economica e familiare, limitazioni nel lavoro, difficoltà di espressione, fatigue, etc. (34)

Provando ad immedesimarci nella situazione che vive un sopravvissuto di ictus, ci si rende conto che la salute non viene intaccata solo da un punto di vista clinico-funzionale e capiamo come l'aderenza al regime terapeutico-riabilitativo sia un obiettivo complesso e difficile da raggiungere, poiché passa attraverso la motivazione personale e il benessere psichico oltre che fisico dell'individuo.

MOTIVAZIONE

La motivazione, intesa come forza che induce un individuo a mettere in atto uno o più comportamenti diretti ad uno scopo, può indurre al cambiamento comportamentale nell'individuo e in riabilitazione è vista come fattore predittivo degli outcome funzionali, influenzando l'attività fisica e la partecipazione del paziente. (35)

Secondo la teoria dell'autodeterminazione (SDT – Self Determination Theory), resa nota da Richard M. Ryan ed Edward L. Deci (36), la motivazione si può suddividere in Intrinseca ed Estrinseca.

La **motivazione intrinseca** è quella che porta ad agire o seguire un comportamento per il semplice piacere che esso genera nell'eseguirlo, e per supportarla l'individuo deve vedere soddisfatti i tre principali bisogni psicologici umani:

1. Autonomia → intesa come sensazione di avere potere decisionale
2. Competenza → intesa come esperienza di padronanza ed efficacia delle attività
3. Relazione → intesa come necessità di sentirsi connessi/senso di appartenenza con gli altri. (37)

Per supportare e soddisfare questi tre bisogni fondamentali occorre rispettivamente:

1. Mostrare propensione alla comprensione dei desideri, delle preferenze e prospettive della persona, comprendere il suo punto di vista, proporre attività supportate da motivazioni e spiegazioni e, laddove possibile garantire la possibilità di scelta sulle attività e sui comportamenti, evitando di costringere o esercitare pressioni per indirizzare verso una particolare scelta;
2. Offrire attività su misura per il paziente, né troppo semplici, né troppo complesse/impegnative, incoraggiando il suo senso di iniziativa e fornendo supporto alle attività (ad esempio raccomandazioni di salute basati sull'evidenza scientifica), per incoraggiare all'attività, organizzarla e garantire un feedback utile;
3. Offrire all'assistito un'ambiente accogliente, dove le varie figure professionali sono coinvolte e mostrano interesse verso ciò che riguarda la persona, dimostrando empatia in risposta ai suoi bisogni e ponendolo al centro durante tutte le fasi dell'assistenza. (37)

In un paziente reduce di ictus, affetto da una o più delle emozioni/sensazioni su dette, queste tre componenti risulteranno anch'esse "danneggiate" e con loro anche la motivazione intrinseca dell'assistito.

La **motivazione estrinseca** invece si riferisce al comportamento motivato dalla prospettiva di guadagnare una ricompensa o evitare una punizione, nel caso del paziente vittima di ictus potrebbe essere: riacquisire delle capacità perse per tornare ad essere una figura di sostegno per i figli, tornare al lavoro, riprendere le proprie passioni etc.

La letteratura suggerisce che in contesto subacuto e nelle prime fasi della cronicità, fattori che influenzano maggiormente la motivazione del paziente nella riabilitazione post ictus appartengono alla sfera estrinseca. Anche le lodi da parte dello staff o della propria famiglia in seguito ad un miglioramento possono essere viste come una forma di motivazione estrinseca, e si dimostrano d'effetto alla motivazione dei pazienti. (35)

Lo staff di un'Unità Operativa che si occupa di pazienti reduci di ictus deve aiutare il paziente a trovare o riconquistare la sua motivazione, e tra tutti i membri del team, l'infermiere ha la possibilità di farlo grazie alla quantità di tempo che trascorre vicino al paziente, che gli permette di instaurare una relazione terapeutica infermiere/paziente, in grado di diminuire il periodo di degenza intraospedaliera e di aumentare il grado di soddisfazione di entrambe le parti. (38)

4.3 CONCLUSIONI

Giunti a questo punto il ruolo dell'infermiere inizia ad acquistare una forma delineata non solo dall'esercizio delle funzioni base della professione, ma dall'unione delle competenze tecnico-scientifiche a quelle psicologiche, sociali e relazionali, che consentono al professionista di accompagnare l'assistito verso la guarigione in un processo continuo che dà valore a tutti gli aspetti che compongono la sua sfera biopsicosociale, e quindi l'intero concetto di salute.

L'infermiere passa così dal curare la malattia a *prendersi cura* della persona colpita, concetto più volte affrontato in corso di studi e che difficilmente oltrepassa i confini accademici, e che mette al centro di tutto la persona bisognosa di aiuto, la sua malattia, ma anche la sua dignità, le sue emozioni e la sua sofferenza, rimanendo in linea con le disposizioni dello strumento cardine della professione infermieristica, il Codice Deontologico. L'infermiere garantisce che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. (Art. 4) - (39)

L'infermiere è tenuto a valorizzare e accogliere il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni, e a facilitare l'espressione della sua sofferenza. Deve informare, coinvolgere ed educare l'assistito e le persone di riferimento per favorire l'adesione al percorso di cura. (Art. 17) – (39)

Per creare una relazione con il paziente e prenderci cura di lui in modo appropriato occorrono capacità comunicative adeguate. L'ictus molto spesso provoca dei danni ai centri del linguaggio, conducendo il soggetto all'incapacità di esprimersi correttamente e ponendo di fatto gli infermieri di fronte ad un ostacolo di non poco conto. A questo proposito è sempre il Codice Deontologico che ci viene in aiuto, ribadendo che laddove vi sia difficoltà nel comunicare da parte del paziente, siamo noi professionisti che abbiamo il dovere di ricercare la strategia più efficace per consentirne l'espressione e poter così comprendere i suoi bisogni e le sue necessità. (Art. 21) – (39)

Ecco che nel momento più difficile, in cui l'assistito è sopraffatto dall'impotenza e dalla vulnerabilità di fronte alla malattia e dai timori e quesiti esistenziali che ne derivano, l'infermiere ha l'opportunità di dimostrare e rivendicare l'identità della sua professione mettendone in pratica i principi cardine e facendosi portavoce dell'assistito, aiutando lui e i familiari o caregiver a comprendere la situazione e garantendo rispetto, dignità, ascolto, impegno ed empatia durante l'intero processo di cura.

BIBLIOGRAFIA

1. https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5682
2. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3092_allegato.pdf
3. <https://www.humanitas.it/malattie/ictus-cerebrale/>
4. <https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSc hedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardio-cerebrovascolari&menu=malattie>
5. <https://siia.it/per-il-pubblico/ictus/che-cose-ictus/#:~:text=Le%20conseguenze%20di%20un%20ictus,di%20linguaggio%20o%20di%20pensiero.>
6. <https://healthy.thewom.it/salute/ictus-conseguenze/>
7. <https://www.stroke.nih.gov/materials/rehabilitation.htm>
8. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3092_allegato.pdf
9. https://www.inail.it/cs/internet/docs/ucm_112296.pdf
10. Clarke D. J. (2014). Nursing practice in stroke rehabilitation: systematic review and meta-ethnography. *Journal of clinical nursing*, 23(9-10), 1201–1226. <https://doi.org/10.1111/jocn.12334>
11. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K et al (2006) Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/ American Stroke Association Council on Stroke: co-sponsored by the Council on Cardiovascular Radiology and Intervention: the American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Circulation* 113(10):e409–e449
12. Clarke, D. J. (2013). The role of multidisciplinary team care in stroke rehabilitation. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 17(4), 5-8.
13. Clarke, D. J., & Forster, A. (2015). Improving post-stroke recovery: the role of the multidisciplinary health care team. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 8, 433–442. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S68764>

14. Hara Y. (2015). Brain plasticity and rehabilitation in stroke patients. *Journal of Nippon Medical School = Nippon Ika Daigaku zasshi*, 82(1), 4–13.
<https://doi.org/10.1272/jnms.82.4>
15. Platz T, Owolabi M. Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Background, Scope, and Methods. 2021 Jan 15. In: Platz T, editor. *Clinical Pathways in Stroke Rehabilitation: Evidence-based Clinical Practice Recommendations* [Internet]. Cham (CH): Springer; 2021. PMID: 36315694.
16. Grefkes, C., & Fink, G. R. (2020). Recovery from stroke: current concepts and future perspectives. *Neurological research and practice*, 2, 17.
<https://doi.org/10.1186/s42466-020-00060-6>
17. https://www.epicentro.iss.it/igea/raccolta/Allegati/veneto/Ve_ictus_TV.pdf
18. Bevers, M. B., & Kimberly, W. T. (2017). Critical Care Management of Acute Ischemic Stroke. *Current treatment options in cardiovascular medicine*, 19(6), 41. <https://doi.org/10.1007/s11936-017-0542-6>
19. <https://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/ictus/ictus-ischemico>
20. <https://www.aulss4.veneto.it/pubblicazioni/notizie/curadellictusipercorsiriabilitatividellulss10#:~:text=Schematicamente%20la%20riabilitazione%20dell'ictus,la%20fase%20cronica%2C%20o%20degli>
21. Dimyan, M. A., & Cohen, L. G. (2011). Neuroplasticity in the context of motor rehabilitation after stroke. *Nature reviews. Neurology*, 7(2), 76–85.
<https://doi.org/10.1038/nrneurol.2010.200>
22. World Health Organization. (2003). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
23. Tabah, F. T. D., Sham, F., Zakaria, F. N., Hashim, N. K., & Dasiman, R. (2020). Factors influencing stroke patient adherence to physical activity: a systematic review. *Journal of Gerontology and Geriatrics*, 68, 174-179.
24. Zhang, J., Gong, Y., Zhao, Y., Jiang, N., Wang, J., & Yin, X. (2021). Post-stroke medication adherence and persistence rates: a meta-analysis of observational studies. *Journal of neurology*, 268(6), 2090–2098.
<https://doi.org/10.1007/s00415-019-09660-y>

25. Kim, J., Lee, H. S., Nam, C. M., & Heo, J. H. (2017). Effects of Statin Intensity and Adherence on the Long-Term Prognosis After Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, *48*(10), 2723–2730.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018140>
26. Rothwell, P. M., Algra, A., & Amarenco, P. (2011). Medical treatment in acute and long-term secondary prevention after transient ischaemic attack and ischaemic stroke. *Lancet (London, England)*, *377*(9778), 1681–1692.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60516-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60516-3)
27. Sabaté, E., & Sabaté, E. (Eds.). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
28. Pishkhani, M. K., Dalvandi, A., Ebadi, A., & Hosseini, M. A. (2020). Adherence to a Rehabilitation Regimen in Stroke Patients: A Concept Analysis. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, *25*(2), 139–145.
https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_170_18
29. <http://www.fisiokinesiterapia.biz/download/mobictus.pdf>
30. Johnson, Jessie. (2015). INTER-PROFESSIONAL TEAM COLLABORATION IN STROKE SURVIVOR CARE: A REVIEW OF THE LITERATURE. Perspectives (Gerontological Nursing Association (Canada)).
31. Loft, M. I., Martinsen, B., Esbensen, B. A., Mathiesen, L. L., Iversen, H. K., & Poulsen, I. (2017). Strengthening the role and functions of nursing staff in inpatient stroke rehabilitation: developing a complex intervention using the Behaviour Change Wheel. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, *12*(sup2), 1392218.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2017.1392218>
32. Kirkevold M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *ANS. Advances in nursing science*, *33*(1), E27–E40. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e3181cd837f>
33. <http://www.nursenews.eu/2019/01/19/infermierila-relazione-fa-parte-del-processo-di-curanon-va-trascurata/>
34. <https://www.stroke.org.uk/effects-of-stroke/emotional-changes#What%20kinds%20of%20problems%20can%20this%20cause>

35. Yoshida, T., Otaka, Y., Osu, R., Kumagai, M., Kitamura, S., & Yaeda, J. (2021). Motivation for Rehabilitation in Patients With Subacute Stroke: A Qualitative Study. *Frontiers in rehabilitation sciences*, 2, 664758. <https://doi.org/10.3389/fresc.2021.664758>
36. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
37. <https://www.urmc.rochester.edu/community-health/patient-care/self-determination-theory.aspx#:~:text=Self%2Ddetermination%20theory%20suggests%20that,i s%20willingly%20endorsing%20one's%20behavior>.
38. Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
39. https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf