



Università degli studi di Padova

Dipartimento di Tecnica e Gestione dei Sistemi Industriali

Corso di Laurea Triennale in
Gestionale

**CARE PATHWAYS FOR PATIENTS WITH BRAIN LESIONS PARTIALLY
OR COMPLETELY RECOVERABLE**

**I PERCORSI ASSISTENZIALI PER PAZIENTI CON CEREBROLESIONI
PARZIALMENTE O TOTALMENTE RECUPERABILI**

RELATORE:

Prof. Giorgio Romanin Jacur

LAUREANDO:

Stefano Zazzaron

575131

ANNO ACCADEMICO:

2014 - 2015

SINTESI DEI CONTENUTI

ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	iii
SOMMARIO	v
INTRODUZIONE	1
1. DEFINIZIONI	3
1.1 LO STROKE	3
1.3 LE STROKE UNIT	4
1.4 PRINCIPALI LINEE GUIDA SULLO STROKE.....	5
1.5 IL MODELLO HUB AND STROKE.....	7
1.6 SINTESI.....	7
2. LA FASE PREOSPEDALIERA: CHIAMATA AL 118 E RICOVERO ALLA DEA	11
2.1 PREFAZIONE.....	11
2.2 IL PERCORSO PREOSPEDALIERO	12
2.2.1 IL TRASPORTO OSPEDALIERO	14
3. LA FASE OSPEDALIERA: DALLA DEA ALLA SU	17
3.1 PREFAZIONE.....	17
3.2 L'ITER DIAGNOSTICO.....	20
3.3 SINTESI.....	21
3.4 LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON STROKE IN FASE DI OSPEDALIZZAZIONE.....	23
4 LA FASE POST-OSPEDALIERA: LA RIABILITAZIONE	25
4.1 PREFAZIONE.....	25
4.2 PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE TRE CATEGORIE DI ESITO AL TERMINE DELLA FASE OSPEDALIERA.....	21
4.3 LA RIABILITAZIONE ESTENSIVA	29
4.4 LA RIABILITAZIONE INTENSIVA	29
4.5 SINTESI.....	30

5 L'ASSISTENZA TERRITORIALE E LA DISMISSIONE NELLA FASE POST ACUTA.....	33
5.1 PREFAZIONE.....	33
5.2 PROCEDIMENTO	34
5.3 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA.....	35
5.3.1 LE CURE RIABILITATIVE DOMICILIARI	37
5.4 TIPOLOGIE SERVIZI DOMICILIARI	38
5.5 LE PROBLEMATICHE ALLE FUNZIONI COGNITIVE	39
5.6 TRATTAMENTO DEI PAZIENTI E PREVENZIONE RECIDIVE	40
5.7 INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL PAZIENTE	41
5.8 SINTESI.....	41
6 IL REINSERIMENTO SOCIALE DOPO LO STROKE E LE VARIE PROBLEMATICHE DA AFFRONTARE.....	45
6.1 PREFAZIONE.....	45
6.2 LE PROBLEMATICHE DEL PAZIENTE ANZIANO	46
6.3 LA DEPRESSIONE POST STROKE.....	47
6.4 LA RIPRESA DELL'ATTIVITA LAVORATIVA.....	48
CONCLUSIONI.....	51
BIBLIOGRAFIA	53

ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

ADI : Assistenza Domiciliare Integrata

MMG : Medico di Medicina Generale o Medico di Famiglia

TIA : Attacco Ischemico Transitorio

LG : Linea Guida

RSA : Residenza Sanitaria Assistita o Assistenziale

DEA : Dipartimento d’Emergenza e Accettazione (evoluzione ed aggiornamento del Pronto Soccorso)

NSIS : Nuovo Sistema Informativo Sanitario

SNLG : Sistema Nazionale Linee Guida

ISS : Istituto Superiore di Sanità

SU : Stroke Unit

UO : Unità Operative di Neurologia

CPPS : Cincinnati Prehospital Stroke Scale

PRI : Progetto Riabilitativo Individuale

CDI : Centri Diurni Integrati

LEA : Commissione nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei Livelli Essenziali d’Assistenza

SV : Stato Vegetativo

SMC : Stato di Minima Coscienza

ASL : Azienda Sanitaria Locale

SOMMARIO

In questa tesi sono stati analizzati i percorsi assistenziali per i pazienti con lesioni cerebrali parzialmente o totalmente recuperabili.

Da tale analisi ho costituito una linea guida per i componenti dell'ospedale che devono assistere il paziente cerebroleso, descrivendone il relativo iter procedurale che va dal ricovero ospedaliero fino al rientro a casa.

Tali analisi mi ha fatto prestare particolare attenzione alla fase del primo soccorso e ricovero, dove l'utilizzo delle Stroke Unit si sono rilevate essenziali per aumentare la sopravvivenza del paziente di stroke, e alla fase di dimissione del paziente, dove ho trovato di estremo interesse il reinserimento a domicilio e tutte le problematiche ad esso connesso da parte del paziente e della sua famiglia.

INTRODUZIONE

La mia trattazione è divisa in una prima parte dedicata a definire nozioni e procedimenti necessari per una corretta comprensione degli elementi successivamente descritti.

La seconda parte andrà ad analizzare le varie fasi che compongono l'iter procedurale creato per fornire una linea guida al personale medico che si deve abitualmente confrontare con pazienti cerebrolesi.

Successivamente ho suddiviso questa seconda parte in più sezioni :

- La Fase Preospedaliera : Chiamata al 118 e Ricovero alla DEA.
Questa fase permetterà l'identificazione del paziente con stroke, il ricovero e la stabilizzazione.
- La Fase Ospedaliera: Dalla DEA alla SU.
In questa fase avrò una valutazione clinica-diagnostica del paziente e l'adozione di un percorso procedurale, che va dalla DEA alla SU.
- La fase post-ospedaliera: La Riabilitazione.
Riguarda i servizi ospedalieri e territoriali per la riabilitazione.
- L'assistenza territoriale e la dimissione nella fase post acuta.
Si occupa della dimissione del paziente dopo la fase acuta e dell'assistenza riabilitativa che gli viene fornita dagli enti territoriali.
- Il reinserimento sociale dopo lo Stroke.
Riguarda i problemi sociali e psicologici che affronta il paziente una volta dimesso nel proprio domicilio.

1. DEFINIZIONI

1.1 LO STROKE

Lo stroke è il termine anglosassone per definire un evento vascolare cerebrale patologico, esso provoca una comparsa di sintomi riferibili a deficit locali o totali (coma) delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore, nel caso dell'ictus ischemico o emorragico, o inferiore alle 24 ore nel caso dell'attacco ischemico transitorio (TIA). Durante il ricovero e la terapia si dice che il paziente è nella fase acuta.

Successivamente la riabilitazione ed assistenza del paziente viene definita come fase post acuta. Si è osservato che la mortalità allo stroke continua ad aumentare dopo la fase acuta fino al 34%. Si tratta di un'emergenza medica e deve essere prontamente diagnosticato e trattato in ospedale per l'elevato rischio di disabilità e morte che esso comporta.

Per capire l'incidenza che ha tale patologia nella nostra società è utile sapere che lo stroke risulta essere la seconda causa di morte e la prima di invalidità del mondo occidentale. In Italia in particolare sono più di 200.000 i casi di stroke l'anno, con una mortalità del 25% entro trenta giorni e del 50% nei pazienti che non recuperano sufficiente autonomia entro dodici mesi, di questi appena la metà riesce a tornare nella propria abitazione mentre i restanti devono essere assistiti in una istituzione sanitaria. Inoltre i pazienti ricoverati per stroke risultano essere i più costosi da mantenere per il Sistema Sanitario Italiano, dopo quelli con sclerosi multipla.

Il costo per paziente è di circa 21.000€.

Nel futuro, a fronte di un inevitabile innalzamento dell'età media delle persone, si avrà un aumento dei casi di stroke, essendo essa una patologia correlata.

Analizzo ora i tipi di prevenzione allo stroke :

- Prevenzione primaria
Prevenzione dell'evento stroke in soggetti che non hanno mai subito un evento cerebrovascolare.

- Prevenzione secondaria
Tutte le misure terapeutiche che si prendono dopo uno stroke, per combatterne la ripetizione.
Essa comprende anche i provvedimenti consigliabili nelle ore immediatamente successive all'evento vascolare cerebrale, nonché i provvedimenti atti a prevenire o ridurre l'invalidità da stroke.

1.3 LE STROKE UNIT

Le Stroke Unit (SU), in Italia chiamate anche Unità Operative di Neurologia (UO), sono delle unità mediche specializzate nell'accogliere pazienti con stroke, che vengono seguiti da un team multidisciplinare formato da neurologi dedicati, infermieri specializzati e tecnici di riabilitazione.

Questa unità fornisce ai pazienti di stroke un'assistenza molto superiore rispetto a quella dei reparti non specialistici.

Infatti permette di ridurre i tempi di degenza in ospedale e di riabilitazione, fornendo in tal senso benefici economici agli ospedali.

Tuttavia, nel caso dell'Italia, non si dispone ancora di sufficienti unità di SU per soddisfare i casi di stroke che sopravvengono.

In questo momento esiste l'interesse di effettuare una "rivoluzione a costo zero" rimodulando sul paziente con stroke le risorse letti, il personale e le tecnologie attualmente disperse sotto diverse etichette quali Medicina, Medicina d'Urgenza, Geriatria, ecc.

Le SU in Italia vengono classificate in tre livelli operativi. Tutte le tre tipologie di SU devono essere gestite da neurologi e

devono disporre di personale esperto e formato per fornire degli efficaci percorsi di cura e continuità riabilitativa. Gli SU di primo livello vengono utilizzate per il ricovero e per la cura dei pazienti con stroke agendo sul territorio. Le prestazioni specialistiche caratterizzate dalla trombolisi sistemica o anche intra-arteriosa, insieme con tutte le procedure mediche e chirurgiche di riferimento sono previste solo per le unità di II e III livello. Le SU verranno usate su ospedali che dovranno sviluppare protocolli diagnostico-terapeutici in linea con i tempi ridotti e le risorse necessarie per il trattamento precoce dei pazienti in fase acuta.

1.4 PRINCIPALI LINEE GUIDA SULLO STROKE

Esistono molteplici linee guida nella scena internazionale sul trattamento dello stroke.

Per la mia trattazione ho fatto riferimento ad alcune di esse ed ora ne descriverò brevemente le principali.

I. AHA/ASA

Questa linea guida (LG) è stata prodotta dalla *American Heart Association (AHA)*, di cui l'*American Stroke Association (ASA)* ne rappresenta un settore.

Affronta globalmente la gestione diagnostico-terapeutica dello stroke acuto sviluppando un notevole numero di LG.

L'ultima versione è del marzo 2013.

II. ESO

Questa LG è pubblicata dalla *European Stroke Organisation*, è una società scientifica europea che ha lo scopo di diffondere a professionisti e alla popolazione maggiore consapevolezza e conoscenza riguardo ai problemi dati a chi subisce uno stroke.

Ogni anno organizzano un congresso internazionale sullo stroke.

L'ultima versione è del febbraio 2013.

III. NICE

Si tratta della LG del *National Institute for Health and Clinical Excellence*, è un'organizzazione indipendente, finanziata dal Sistema Sanitario Nazionale britannico, che ha il compito di fornire LG di prevenzione e trattamento nel Regno Unito.

L'ultima versione è dell'aprile 2012 e verrà aggiornata nel dicembre 2015.

IV. RCP

Il *Royal College of Physicians* britannico è un'istituzione pubblica impegnata in iniziative volte a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria in Gran Bretagna e nel mondo, fornisce anch'essa delle LG riguardanti lo stroke.

L'ultima versione è del settembre 2012.

V. SIGN

Lo *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* è un organismo scozzese di produzione di LG facente parte del servizio sanitario pubblico britannico.

L'ultima pubblicazione di LG riguardante lo stroke risale a giugno 2010.

VI. SPREAD

Lo *Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion* è un gruppo multidisciplinare italiano nato dalla collaborazione di società scientifiche e associazioni di pazienti che dal 1999 produce una LG riguardante tutte le dimensioni assistenziali del paziente.

Tale progetto è finanziato da Bayer Italia.

L'ultima versione, quella pubblicata nel marzo 2012, è la 7° versione.

1.5 IL MODELLO HUB AND SPOKE

Si tratta di un modello organizzativo delle modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB).

L'attività degli HUB è fortemente integrata con quella dei centri ospedalieri periferici (SPOKE).

Viene usato per coordinare le aree regionali, infatti tale modello parte dal presupposto che la complessità dello stroke richieda competenza e risorse rare e costose che non possono essere assicurate in modo diffuso ma che invece devono essere concentrate in Centri regionali di alta specializzazione, le SU, a cui vengono inviati gli ammalati dagli ospedali del territorio.

In particolare per i pazienti che hanno subito uno stroke ha l'obiettivo di ridurre la mortalità e la disabilità dopo l'evento acuto.

1.6 SINTESI

In questa fase mi disporrò a descrivere un percorso generale che procederà dalla fase preospedaliera, con il ricovero del paziente, fino alla fase di dimissione al domicilio, o in un ente dedicato.

Tale percorso avrà la funzione di guidare il personale medico durante la degenza del paziente con stroke.

Tale percorso verrà successivamente affrontato in maniera più approfondita e dettagliata :

- Fase acuta - Ricovero per acuti.
 - Evento stroke e ricovero.
 - Intervento clinico, assistenziale e riabilitativo in

degenza.

- Valutazione multidimensionale : clinica, infermieristica, sociale, funzionale.
- Segnalazione al distretto di residenza.

▪ Ingresso nel programma riabilitativo se il paziente ne ha necessità.

▪ Dopo l'ospedalizzazione il paziente si trova in una di queste condizioni :

- Persone in stato di assente o ridotta responsività, condizioni cliniche di stato vegetativo o stato di minima coscienza.
- Persone con grave disabilità.
- Persone con lieve o moderata disabilità.

▪ Fase post acuta – Riabilitazione intensiva e/o estensiva

Si divide in :

- Riabilitazione in regime di ricovero : Ordinario.
Extraospedaliero.
- Riabilitazione diurna : In Day Hospital.
In extraospedaliero.
- Riabilitazione in regime distrettuale: Domiciliare e ADI.
Ambulatoriale.

▪ Fase di stabilizzazione

- Se il paziente necessita di continuare l'assistenza riabilitativa :
Riabilitazione estensiva individuale Ambulatorio con RSA riabilitativa.

- Se il paziente non necessita di continuare l'assistenza riabilitativa :
Dismissione a domicilio con ADI od un'altra struttura residenziale, come CDI.
- Fase di dimissione del paziente nel territorio
- Fase di inserimento sociale del paziente dimesso

2. LA FASE PREOSPEDALIERA: CHIAMATA AL 118 E RICOVERO ALLA DEA

2.1 PREFERAZIONE

Nell'affrontare lo stroke la rapidità nell'identificare i sintomi e la velocità dell'arrivo dei soccorsi rivestono grandissima importanza.

Si è osservato che spesso i pazienti stessi non dispongono delle necessarie informazioni per riconoscere i sintomi di inizio stroke.

Si ritiene che, informando in maniera corretta ed esaustiva la popolazione, si possa notevolmente ridurre la permanenza del paziente nella fase preospedaliera.

Nasce a tal senso la necessità di creare un percorso che sia utilizzabile dalle figure professionali al fine di ridurre i tempi di intervento ed aumentarne il valore globale.

In particolare la riduzione dei tempi di diagnosi e trattamento può avvenire avvisando istantaneamente il 118, che avviserà a sua volta lo specialista del pronto soccorso ed il neurologo.

La linea guida utilizzata dovrà fornire delle indicazioni per la rapida e corretta destinazione dei pazienti con stroke in strutture ospedaliere fornite di SU.

Le SU provvederanno alla attivazione immediata o al massimo entro venti minuti della neurologia, del consulente neurologo e del neurochirurgo.

Se non sono presenti delle SU il paziente verrà inviato nel reparto di neurologia dell'ospedale più vicino.

Gli obiettivi della fase preospedaliera sono:

- La rapida identificazione del paziente con stroke, che saranno stratificati in pazienti che necessitano terapia

trombolitica e quelli che non la necessitano;

- Discriminazione iniziale di patologie in grado di mimare lo stroke;
- Stabilizzazione del paziente.

2.2 IL PERCORSO PREOSPEDALIERO

Il soggetto o le persone che riconoscono in esso i sintomi di uno stroke dovranno istantaneamente contattare il Sistema di Emergenza Sanitaria 118. Per la terapia a domicilio da parte delle persone a contatto con il malato non viene chiesto nient'altro oltre che garantire al suddetto la normale respirazione. Il personale medico del 118 è addestrato per riconoscere i casi del sospetto stroke mediante intervista telefonica. In particolare, al telefono, vengono usate la *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* e la *Glasgow Coma Scale* per identificare un possibile stroke. A seconda dell'esito di tale intervista e alla disponibilità dei trasporti viene fatto partire un determinato codice che corrisponderà ad un relativo iter procedurale:

- Codice Rosso:

è il codice relativo all'emergenza medica, il caso segue i protocolli in uso del Sistema Sanitario Regionale di riferimento.

Prevede l'invio di un'unità mobile di pronto soccorso (ambulanza).

Viene assegnato quando i parametri vitali del paziente sono alterati.

Inoltre viene usato al posto del Codice Stroke se non sono presenti SU nelle vicinanze, il paziente

verrà inviato all'ospedale più vicino dove si costituirà un team di esperti formato da medico e personale infermieristico e riabilitativo specificamente dedicati.

▪ Codice Stroke:

è il codice relativo all'emergenza da ictus o TIA. Prevede l'invio di un *Basic Life Support* (BLS), si tratta di un'ambulanza con equipaggio specializzato per il trattamento di stroke.

L'invio dell'eliambulanza (elicottero) avviene in caso di pazienti che necessitano un trattamento medico o chirurgico d'emergenza o per quelli che si trovano in una zona dove il trasporto per strada richiederebbe più di mezz'ora.

Il paziente viene inizialmente trasferito alla DEA dell'ospedale se sono soddisfatte le seguenti condizioni:

- Esordio dei sintomi minore di 4 ore;
- Età tra 18 e 80 anni;
- Vigilanza integra;
- sospetto clinico di emorragia cerebrale.

Il paziente viene successivamente, o subito nel caso fosse da più di quattro ore dallo stroke, trasferito alla SU. Se la SU non è presente nell'ospedale vicino il paziente viene inviato in una struttura sanitaria adeguata tramite il Trasporto Primario Differito.

La scelta della tipologia di SU avviene in base al criterio temporale:

- Minore di 4 ore a SU di II e III livello;
- Da 4 a 6 ore a SU di III livello;
- Maggiore di 6 ore a SU di I livello.

Nel caso di presenza di emorragia cerebrale il paziente deve essere urgentemente trasportato ad una SU di III livello.

2.2.1 IL TRASPORTO OSPEDALIERO

▪ Trasporto Primario

Trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia all'ospedale.

È fornito dall'unità mobile di pronto soccorso (ambulanza), dall'eliambulanza (elicottero) o dal BLS nel caso di stroke.

▪ Trasporto Primario Differito

Trasferimento da un ospedale ad un altro, in particolare :

- Trasferimento da strutture sanitarie inadeguate a strutture idonee (le SU nel caso da noi analizzato).
- Trasferimento in ospedali competenti per specialità.
- Necessità di eseguire ricerche diagnostiche o terapie particolari.
- Carezza di posti letto nei reparti specialistici.

Gli obiettivi di tale trasporto saranno :

- Mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione, anticipando durante il trasporto la terapia necessaria alla cura della specifica

patologia.

- Prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici improvvisi.

3. LA FASE OSPEDALIERA: DALLA DEA ALLA SU

3.1 PREFAZIONE

La gestione ospedaliera è una importante fase della valutazione clinica-diagnostica e dell'iter terapeutico. La valutazione clinica di un paziente con potenziale stroke si articola in un esame generale obiettivo, in una corretta valutazione della patologia e in una rapida indagine.

Lo scopo sarà quello di effettuare il trattamento più indicato per garantire una gestione corretta del paziente con stroke.

Tramite questo inquadramento clinico si dovrà definire l'ora d'esordio dei sintomi, confermare la presenza di uno stroke, misurare la gravità del quadro clinico ed infine valutare la naturale evoluzione della patologia.

Sarà di essenziale importanza per la salute del paziente che dall'ingresso del paziente nella DEA alla valutazione da parte del medico non trascorrano più di dieci minuti. Successivamente bisognerà ottenere gli esami dal laboratorio entro 45 minuti dall'arrivo del paziente nella DEA.

Verrà utilizzato un approccio multidisciplinare al fine di conseguire tali risultati e per coordinare le diverse figure professionali dal ricovero del paziente al pronto soccorso fino alla scelta del trattamento.

In particolare il ricovero ospedaliero ha lo scopo di :

- Effettuare un corretto inquadramento diagnostico.
- Fornire un'assistenza adeguata.
- Iniziare la terapia più indicata.
- Valutare la effettiva possibilità di recupero.

- Garantire la possibilità di usufruire di successivi interventi riabilitativi.

L'adozione del Codice Stroke, specificato in precedenza, per esempio il modello di transizione *Pronto Soccorso/DEA fino alla SU/Neurologia d'Urgenza* che risulta possibile per le dotazioni ospedaliere generali (SU di 3° livello), risulterà di grandissima importanza per creare un valido percorso ospedaliero in caso di stroke. Nelle nostre realtà ospedaliere ci sono costantemente importanti ritardi nell'esecuzione dei processi per cura di stroke dopo l'accesso all'ospedale, è quindi essenziale, in particolar modo nell'ambito della malattia cerebrovascolare ischemica ed emorragica, la formazione di una rete (*Modello Hub and Spoke*) che permetta dei rapidi trasferimenti (*Trasporto Primario Differito*) dalla DEA alle SU e dalle SU di 1° o 2° livello a quelle di 3° livello, nel caso la condizione clinica del paziente richiedesse l'intervento con procedure e tecniche altrimenti non disponibili.

Tale Struttura di Rete sarà di grande importanza per condividere le varie strutture e verificare la loro qualità e per, congiuntamente ai percorsi diagnostici-terapeutici più adatti, assicurare il più rapidamente possibile la massima utilità ed efficacia del percorso assistenziale. Un altro collegamento funzionale ed organico sarà da disporre tra le SU e le Strutture di Riabilitazione Intensiva o con altre modalità assistenziali territoriali. L'utilizzo delle procedure riabilitative per i pazienti di stroke dovrà essere molto rapido, perché ciò avvenga si dovrà disporre di un'elevata organizzazione.

- Criteria di ammissione alla Stroke Unit

Nella realtà italiana odierna, in relazione al numero limitato di letti, spesso non tutti i pazienti con stroke che giungono in molti ospedali vengono ricoverati nella SU.

Nelle situazioni di scarsità di posti si utilizza un criterio di selezione dove saranno candidati alla SU i pazienti maggiormente bisognosi di interventi riabilitativi.

Verranno accettati i pazienti affetti da stroke di gravità media o medio

elevata, con deficit neurologici suscettibili di riabilitazione, indipendentemente dall'età, dal sesso o dalle condizioni sociali.

I pazienti con stroke particolarmente lieve non dovrebbero essere ammessi, a meno che non necessitino di procedure diagnostiche ad alta complessità.

I pazienti con stroke grave dovrebbero invece essere ricoverati nei reparti di Medicina.

L'età, il sesso, le condizioni sociali o la provenienza geografica non devono costituire motivi di esclusione dalla SU.

Nel caso che il medico di accettazione disponga il ricovero in SU di pazienti che non rispondono al criterio menzionato per mancanza di posti letto nel reparto originariamente assegnato, nei giorni successivi, dovrà essere possibile trasferire il paziente in un altro reparto, inoltre bisognerà rendere disponibile il letto per i pazienti riabilitabili.

- Requisiti essenziali per le SU
 - Disponibilità nelle 24 ore di esecuzione;
 - Procedure e protocolli diagnostico-terapeutici condivisi;
 - Multidisciplinarietà e integrazione professionale (stretta collaborazione fra neurologi, internisti, cardiologi, fisiatra, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, ecc.);
 - Personale infermieristico specificamente addestrato;
 - Precoce presa in carico riabilitativa;

- Disponibilità della rete riabilitativa, al fine di garantire la continuità del processo assistenziale;
- Disponibilità nelle 24 ore della diagnostica di laboratorio (compreso i parametri della coagulazione);
- Monitoraggio della pressione, saturazione di ossigeno, glicemia e temperatura corporea.

3.2 L'ITER DIAGNOSTICO

- Distinzione fra emorragia e ischemia

Il primo passo dell'iter diagnostico riguarda la distinzione fra emorragia e ischemia. L'esame che ne consente l'immediata distinzione è la TAC.

- Identificazione del territorio vascolare

Il secondo passo dell'iter diagnostico è rappresentato dalla identificazione clinica del territorio vascolare (infatti solo raramente è necessario un supporto strumentale), ovvero dalla diagnosi di sede dell'ictus ischemico, in quanto questa influenza l'iter dell'approfondimento diagnostico, l'identificazione dei fattori patogenetici e prognostici e le decisioni terapeutiche soprattutto in senso chirurgico.

- Distinzione fra patologia dei piccoli vasi e patologia dei grandi vasi

Il terzo passo riguarda la distinzione fra patologia dei piccoli vasi e patologia dei grandi vasi.

3.3 SINTESI

Ora descriverò un percorso procedurale relativo alla fase preospedaliera e a quella ospedaliera, che avrà la funzione di guidare il personale medico durante la degenza del paziente con stroke.

- Chiamata al 118 da parte del malato o delle persone a lui vicine per la comparsa di sintomi di stroke.
- Intervista da parte del 118 per capire la presenza, la gravità e la tipologia di stroke.
- Una volta determinato il sospetto di uno stroke il 118 fa partire il Codice Stroke.
- Allertamento da parte del 118 alla DEA dell'arrivo di un paziente con sospetto stroke.
- Arrivo del BLS che preleva il paziente e lo trasporta alla DEA.
Primi soccorsi, monitoraggio delle condizioni del paziente e conferma o modifica del codice scelto.
- Conferma alla DEA da parte del BLS dell'arrivo del paziente con accertato stroke.
Avviso da parte della DEA al Medico d'urgenza.
- Se la presenza dello Stroke non viene confermata il personale del BLS dovrà procedere con le valutazioni del caso.
- Attesa del paziente alla DEA da parte del Medico d'Urgenza.
- Arrivato il paziente il Medico d'Urgenza deve chiamare

il Neurologo di Guardia, accettare il paziente ed eseguire ulteriori analisi sulla condizione del paziente per deciderne lo stato d'urgenza.

La decisione dello stato d'urgenza avviene per criterio temporale e coincide con la scelta del tipo di SU a cui inviare il paziente. In particolare:

- Emergenza :

Tempo dall'inizio dei sintomi minore di 4 ore.

Allertamento urgente del neurologo.

Trasporto del paziente a SU di II e III livello.

- Urgenza :

Tempo dall'inizio dei sintomi tra le 4 e le 6 ore.

Allertamento urgente del neurologo.

Trasporto del paziente a SU di III livello.

- Urgenza minore :

Tempo dall'inizio dei sintomi maggiore di 6 ore.

Allertamento non urgente del neurologo.

Trasporto del paziente a SU di I livello.

- Il Neurologo ha il compito di valutare il paziente e dare o negare la conferma diagnostica della presenza di stroke.
- Se non confermata il Medico d'Urgenza dovrà procedere con le valutazioni del caso.
- Se confermata il Neurologo dovrà scegliere il trattamento medico adatto.

- Il Neurologo dovrà successivamente decidere se iniziare ad applicare tale trattamento durante il ricovero del paziente alla DEA o aspettare il ricovero del suddetto alla SU.

3.4 LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE CON STROKE IN FASE DI OSPEDALIZZAZIONE

La riabilitazione del paziente con stroke inizia nel periodo di ospedalizzazione, durante la cosiddetta “ fase acuta “.

- Fase acuta
Dura dal momento del trauma fino alla risoluzione delle problematiche rianimatorie e neurochirurgiche. La durata varia da alcune ore ad alcune settimane. Gli interventi vengono effettuati in Rianimazione, Neurochirurgia, Unità per acuti, SU. Le finalità degli interventi riabilitativi sono il supporto agli interventi rianimatori e neurochirurgici nella prevenzione del danno secondario.

Dunque la prevenzione del danno secondario è lo scopo principale di questa forma di riabilitazione.

Il danno secondario può condizionare l'autonomia residua e la preparazione dell'inserimento alle procedure di riabilitazione post acuta.

Come la riabilitazione intensiva o estensiva.

In tale ambito grande importanza riveste il ruolo del Fisioterapista che lavorando contestualmente con la SU garantisce la presa a carico tempestiva del paziente, favorendo il precoce avvio della fase di recupero ed evitando l'assunzione di posture ed automatismi scorretti che possono indurre al danno secondario.

Ha anche la funzione di facilitare al paziente la preparazione del programma riabilitativo post acuto.

Il programma riabilitativo in fase di ospedalizzazione può essere così sintetizzato:

- Valutazione precoce dell'assistito.
- Definizione ed attivazione del percorso assistenziale a fini riabilitativi.
- Trasferimento alla struttura riabilitativa.

4 LA FASE POST-OSPEDALIERA: LA RIABILITAZIONE

4.1 PREFAZIONE

- Fase post acuta o riabilitativa
Si verifica dalla stabilizzazione delle funzioni vitali fino al raggiungimento del massimo livello di autonomia possibile in funzione delle menomazioni residue. Avviene un'alterazione alle funzioni del corpo ed una limitazione delle attività del paziente. La durata varia da alcune settimane a vari mesi. Gli interventi vengono effettuati nelle Unità di Riabilitazione Intensiva o Estensiva. Gli obiettivi sono il trattamento delle menomazioni, la minimizzazione della disabilità residua, l'informazione e l'addestramento alla gestione delle problematiche disabilitanti.

Questa fase riguarda i servizi ospedalieri e territoriali per la riabilitazione.

Il trasferimento nel reparto di riabilitazione avviene nei giorni immediatamente successivi alla fase acuta.

Si è osservato che la riabilitazione è una fase cruciale per il recupero delle funzioni psico-fisiche del paziente. In particolare si lavora per diminuire la disabilità, per migliorare la qualità della vita e per favorire il reinserimento sociale.

Si forma quindi un programma riabilitativo strutturato in diverse fasi che spaziano dal tempo trascorso dall'evento acuto, dalle condizioni cliniche del paziente e dalle disabilità riscontrate.

Tale trattamento inizia subito dopo lo stroke, prosegue nella fase di riabilitazione intensiva e in seguito è utilizzato come trattamento di mantenimento nella fase

territoriale.

Si dovrà pianificare un Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) al fine di valutare e trattare tutte le disabilità motorie e neuropsicologiche del paziente, per definire gli obiettivi a breve, medio e lungo termine ed infine per determinare i tempi necessari.

Il PRI è formato da un insieme di attività erogate mediante una rete di servizi ospedalieri ed extra ospedalieri.

Lo costituirà il Medico Responsabile del Progetto congiuntamente al Team Riabilitativo, tenendo conto delle:

- Condizioni cliniche del paziente;
- Condizioni fisiche, mentali ed emotive del paziente;
- Fattori sociali ed ambientali, come la presenza di un nucleo familiare d'appoggio e la qualità di vita del paziente prima dello stroke.

Il Team Riabilitativo è un team multidisciplinare coordinato da un medico esperto di riabilitazione post-stroke.

Risulterà quindi composto anche da figure professionali non mediche:

- infermieri;
- fisioterapisti;
- logopedisti;
- terapisti occupazionali;
- psicologi;
- assistenti sociali;
- tecnici ortopedici;
- operatori sociosanitari.

Le attività sanitarie riabilitative si distinguono in:

- attività di riabilitazione intensiva;
- attività di riabilitazione estensiva.

Si attuano nelle seguenti strutture:

- nelle strutture ospedaliere di lungodegenza riabilitativa (DH);
- nei centri ambulatoriali di riabilitazione;
- nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA);
- a domicilio del paziente.

Le finalità degli interventi riabilitativi sono il supporto agli interventi rianimatori e neurochirurgici nella prevenzione del danno secondario.

4.2 PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLE TRE CATEGORIE DI ESITO AL TERMINE DELLA FASE OSPEDALIERA

I pazienti che devono affrontare la riabilitazione una volta conclusa la fase d'ospedalizzazione si dividono in tre categorie :

1) Persone in stato di assente o ridotta responsività.

Condizioni cliniche di stato vegetativo (SV) o stato di minima coscienza (SMC).

In caso di permanenza della condizione di SV o SMC al termine del periodo di presa a carico del paziente da parte della struttura riabilitativa ospedaliera si avranno gravi menomazioni e limitazioni delle attività, qualora lo stato di coscienza venisse recuperato. Col tempo si potrà avere un

miglioramento od un peggioramento delle condizioni del paziente. Le caratteristiche del paziente sono :

- Grave menomazioni delle funzioni cognitive e dell'eloquio.
- Completa limitazione della attività, con necessità di assistenza continua nelle attività quotidiane.
- Permanente rischio di sviluppare danni e menomazioni secondarie.
- Difficoltà di accesso a strutture sanitarie per normodotati.

2) Persone con grave disabilità.

Sono persone che richiedono assistenza o supervisione continuativa per limitazioni delle attività conseguenti a menomazione motoria, cognitiva o comportamentale. Col tempo si potrà avere un miglioramento od un peggioramento delle condizioni del paziente. Le caratteristiche del paziente sono :

- Menomazioni gravi o medio gravi delle funzioni cognitive e dell'eloquio.
- Parziale o completa limitazione della attività.
- Permanente rischio di sviluppare danni e menomazioni secondarie.

3) Persone con lieve o moderata disabilità.

Sono persone che, pur con alcune limitazioni delle attività, dimostrano un livello di recupero tale da garantire una vita autonoma e richiedere una parziale od occasionale assistenza.

Le caratteristiche del paziente sono :

- Menomazioni moderate o lievi delle funzioni

mentali, cognitive e dell'eloquio.

Conservazione parziale o completa della consapevolezza che gli consentono un'autonomia nelle scelte del proprio progetto di vita.

- Variabile limitazione delle attività.
- Permanente rischio di sviluppare danni e menomazioni secondarie per le persone con gravi menomazioni motorie.

Analizziamo ora i vari tipi di riabilitazione nella fase post acuta.

4.3 LA RIABILITAZIONE ESTENSIVA

Gli interventi di Riabilitazione Estensiva sono rivolti ai pazienti gravi, affetti da instabilità clinica, che non possono sostenere la Riabilitazione Intensiva o che non possono essere inseriti a domicilio.

Questi pazienti saranno indirizzati in strutture con assistenza infermieristica dove verrà erogato un intervento riabilitativo di bassa intensità (un'ora al giorno almeno) da parte di un team multidisciplinare.

Gli obiettivi della Riabilitazione Estensiva sono la stabilizzazione clinica, l'autonomia e la gestibilità nell'ambito extraospedaliero.

4.4 LA RIABILITAZIONE INTENSIVA

Con riabilitazione intensiva si intendono gli interventi rivolti al trattamento di menomazioni molto gravi e disabilità complesse, che richiedono una permanenza

nell'ambiente riabilitativo dedicato ed un impegno medico specialistico.

Viene attuata nell'immediata fase post acuta.

Tale programma prevede un trattamento individuale di almeno tre ore al giorno fornito da un personale tecnico di riabilitazione.

Una volta raggiunti gli obiettivi prefissati e ottenuta la stabilità clinica si deve procedere con la dimissione dal reparto di riabilitazione intensiva.

4.5 SINTESI

Voglio ora sintetizzare un percorso procedurale della fase post-ospedaliera.

- Dopo l'ospedalizzazione il paziente si trova in una di queste condizioni :
 - Persone in stato di assente o ridotta responsività, condizioni cliniche di stato vegetativo o stato di minima coscienza.
 - Persone con grave disabilità.
 - Persone con lieve o moderata disabilità.

- Il Medico Responsabile del Progetto congiuntamente con il Team Riabilitativo dovrà effettuare le seguenti operazioni :
 - Inquadramento, valutazione del rischio e monitoraggio clinico del paziente.

 - Presa a carico del paziente da parte del Team Riabilitativo.

- Valutazione delle condizioni fisiche ed emotive, delle abilità residue, delle disabilità e delle menomazioni del paziente.
- Esecuzioni strumentali.
- Progettazione ed esecuzione del PRI attraverso uno o più programmi di riabilitazione.
- Dopo le relative analisi e valutazioni si avrà che:
 - Se il paziente è considerato autonomo/autosufficiente si procede con l'assistenza sanitaria per la sola prevenzione del danno secondario.
Il paziente necessita oppure non necessita di sostegno sociale e/o cure mediche generali.
 - Se il paziente è considerato non autonomo/autosufficiente si procede con la terapia post-dismissione, di Riabilitazione Intensiva e/o Estensiva e di sostegno sociale e/o cure mediche generali.
- Il trattamento riabilitativo viene identificato in tre diversi scenari:
 - Ricovero in Day Hospital (DH)
per i pazienti (con stato vegetativo o stato di minima coscienza) che necessitano di un approccio intensivo multidisciplinare dato dal Team Riabilitativo.
 - Ricovero Ambulatoriale
per i pazienti (con grave disabilità) che necessitano di un approccio multidisciplinare non intensivo dato dal Team Riabilitativo.

- Ricovero Domiciliare
addestramento del paziente (con lieve o moderata
disabilità) e del familiare che se ne prende cura (*caregiver*) su esercizi riabilitativi e terapia
occupazionale.

Si procederà successivamente, se possibile, con la dimissione a domicilio e la relativa assistenza territoriale.

5 L'ASSISTENZA TERRITORIALE E LA DISMISSIONE NELLA FASE POST- ACUTA

5.1 PREFERAZIONE

- Fase di dismissione

Procede dalla stabilizzazione della disabilità residua fino al raggiungimento e mantenimento del massimo livello di integrazione sociale possibile in funzione delle menomazioni e disabilità.

La durata varia da alcuni mesi ad alcuni anni.

Gli interventi vengono effettuati dai servizi di ADI, dai servizi semiresidenziali e dai servizi residenziali.

Le finalità sono l'ottimizzazione delle capacità e competenze residue del paziente in ambito familiare, sociale e lavorativo.

Dall'analisi delle LG è stato dimostrato che il recupero funzionale prosegue per oltre un anno dopo lo stroke, quindi per garantire al paziente il massimo grado di efficienza ed efficacia, bisognerà creare un *percorso assistenziale integrato e prolungato*.

Tale percorso dovrà fornire al paziente il più alto tasso di sopravvivenza accettabile, un elevato miglioramento funzionale ed il massimo recupero dell'autonomia e delle capacità residue.

Il percorso avrà quindi lo scopo di fornire al paziente la migliore qualità di vita possibile.

Si dovrà programmare la continuità delle cure dopo la dismissione ospedaliera.

La mancanza di continuità può determinare un peggioramento dello stato funzionale dopo la dismissione.

Per decidere il corretto percorso assistenziale territoriale da fornire al paziente con stroke bisogna elaborare

un'analisi che terrà conto di quattro "fattori".

Il primo fattore riguarderà la continuità delle cure che bisognerà fornire al paziente quando passerà dall'ospedale al domicilio.

Questo avverrà tramite degli specifici percorsi e strumenti.

Il secondo fattore da tenere in considerazione sarà la funzione che rivestirà il medico di medicina generale (MMG) di fronte al paziente, in particolar modo dalla fase successiva all'episodio acuto fino alla prevenzione e controllo dei fattori di rischio.

Il terzo fattore riguarderà l'inserimento sociale del paziente, considerando il vissuto della persona, la famiglia in cui vive e la comunità in cui è inserito.

Il quarto aspetto andrà a rappresentare il punto di vista del paziente stesso e della sua famiglia, su cui usualmente andrà a ricadere gran parte dell'assistenza del malato.

5.2 PROCEDIMENTO

Il ritorno a domicilio del paziente in fase post acuta è caratterizzato da varie necessità svolte da varie parti.

- I Servizi domiciliari

Si occuperanno della formazione di un percorso individuale

che garantisca il proseguimento della cura e dell'assistenza.

Si dovrà mettere in atto delle procedure in grado di offrire un proseguimento del percorso di cura, considerando l'assistenza all'interno di un sistema di servizi territoriali integrati.

In particolare bisognerà fare in modo che i

bisogni sanitari ed assistenziali del paziente siano soddisfatti dai servizi disponibili e si dovrà garantire il coordinamento e la pianificazione della dimissione.

Dopo questa fase mi aspetterò un miglioramento delle condizioni del paziente ed un più efficiente utilizzo delle risorse disponibili.

- Il Medico di Medicina Generale

Avrà la funzione di registrare i progressi ed i regressi che avvengono nel paziente e di monitorare l'evoluzione della patologia.

- Il paziente e la sua famiglia

Con la dovuta considerazione dello stato di adattamento dalla malattia raggiunto, dovranno occuparsi dell'inserimento nella vita sociale.

5.3 L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

L'assistenza domiciliare integrata (ADI) è il complesso integrato di interventi, procedure ed attività socio-sanitarie erogate a persone presso il proprio domicilio.

Viene attuato quando si ritiene necessaria un'assistenza alternativa al ricovero.

Si tratta di un percorso assistenziale integrato che va ad analizzare le specifiche globali del paziente, decidendo il livello d'intensità di intervento e formulando il Progetto d'Assistenza Individuale (PAI), costruito su verificabili obiettivi di tutela della salute.

Tale progetto richiede la presenza di un Responsabile di Progetto (*case manager*), di solito ricoperto dal MMG, anche detto " Medico di Famiglia ".

L'ADI assicura al domicilio del paziente l'assistenza professionale da parte del :

- MMG;
- Medico specialistico (Neurologo);
- Infermieri;
- Fisioterapisti
- Figure professionali assistenziali.

Si dividono in :

- Cure domiciliari prestazionali

Sono attivate dal MMG e non richiedono la “ presa a carico “ della persona, forniscono prestazioni professionali ai bisogni sanitari.

- Cure domiciliari integrate di I e II livello (ADI)

Sono attivate dal MMG e richiedono la “ presa a carico “ del paziente e la formulazione di un PAI. Il MMG si assumerà la responsabilità clinica dei processi e valorizzerà il ruolo della famiglia del paziente.

Assicurano una prestazione professionale a favore di pazienti con condizioni cliniche richiedenti continuità assistenziale e interventi articolati.

- Cure domiciliari integrate a elevata intensità, di III livello

Sono attivate dal MMG e richiedono la presa a carico del paziente e la formulazione di un PAI. Assicurano una prestazione professionale a favore di pazienti con complessità e instabilità

clinica di difficile controllo, richiedenti continuità assistenziale e interventi articolati ogni giorno.

5.3.1 LE CURE RIABILITATIVE DOMICILIARI

I pazienti vengono ammessi alle cure riabilitative domiciliari se soddisfano i seguenti requisiti :

- Assenza di grave deterioramento intellettivo da compromettere il recupero funzionale o presenza di decadimento con previsione di recupero.
- Collaborazione del paziente interessato.
- Assenza di patologie associate rilevanti, e se presenti che siano ben bilanciate.
- Assenza di dolore importante, fratture, difetti di coagulazione.

Il paziente può usufruire di due tipologie di cure :

- Un ciclo intensivo

Viene attuato in breve tempo e con una frequenza elevata.

Di solito è utilizzato per i pazienti che rientrano a domicilio direttamente dall'ospedale.

- Un ciclo, ripetibile e a frequenza variabile

Viene attuato in presenza di patologie stabilizzate, con pazienti assistiti da tempo a domicilio.

5.4 TIPOLOGIE SERVIZI DOMICILIARI

Sono caratterizzati da tre differenti tipologie:

- I servizi di ADI

Che si occupano dell'area sanitaria e dell'area dei servizi sociali di competenza degli enti locali. Tali servizi forniscono l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

- I servizi semiresidenziali

Sono i Centri Diurni Integrati (CDI).

Il CDI prevede, per l'anziano, la fruizione di un ricovero diurno, rappresentando un concreto aiuto alle famiglie che intendono mantenere a domicilio il proprio congiunto.

Il CDI è utile al fine di :

- Assicurare alle persone non autosufficienti o ad alto rischio un'assistenza volta al mantenimento dei servizi funzionali e momenti di sollievo per la famiglia.
- Garantire, all'interno di un progetto individualizzato, alle persone anziane non autosufficienti che hanno perso in parte l'autonomia, quella molteplicità di prestazioni erogate presso i Servizi semiresidenziali.

- I servizi residenziali

Si svolgono nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

Sono delle strutture non ospedaliere di impronta sanitaria che ospitano per un periodo variabile da

poche settimane al tempo indeterminato persone non autosufficienti, che non possono essere assistite in casa e che necessitano di specifiche cure mediche di più specialisti e di un'articolata assistenza sanitaria.

Sono rivolte ai pazienti in fase post acuta a differenza degli ospedali e delle case di cura che trattano pazienti in fase acuta.

5.5 LE PROBLEMATICHE ALLE FUNZIONI COGNITIVE

Dopo un episodio di stroke molti pazienti subiscono delle difficoltà di attenzione, di concentrazione e di memoria, questi ed altri deficit cognitivi.

Il responsabile medico del paziente dovrà eseguire un'analisi per identificare i vari deficit cognitivi sopra descritti.

Successivamente dovrà valutare accuratamente i soggetti positivi da quelli negativi utilizzando degli specifici strumenti.

Poi dovrà pianificare un programma terapeutico.

Questo programma effettuerà degli interventi che si concentreranno su attività funzionali rilevanti tenendo conto del grado di menomazione del paziente.

Lo scopo sarà ripristinare le funzioni mnemoniche e cognitive post stroke.

Gli interventi del programma terapeutico possono includere :

- Strumenti per accrescere la consapevolezza del deficit della memoria.
- Strategie di insegnamento e tecniche di elaborazione per favorire l'apprendimento.
- Strategie ambientali come degli stimoli di routine inseriti nell'ambiente.

5.6 TRATTAMENTO DEI PAZIENTI E PREVENZIONE RECIDIVE

Il MMG può avviare dei determinati trattamenti al rientro a domicilio dall'ospedale di un paziente post stroke :

- Monitoraggio e trattamento degli esiti della malattia.

Questa attività viene condotta dal Medico di Famiglia, dopo la dimissione ospedaliera e l'arrivo a domicilio del paziente.

Ha lo scopo di responsabilizzare l'assistito su :

- Seguire attentamente la terapia consigliata.
- Eseguire i controlli prescritti dal Medico di famiglia.
- Controllare periodicamente la pressione arteriosa.

- Counseling e prevenzione delle recidive.

Il Counseling è un'attività relazionale, svolta da personale specializzato, finalizzata ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità di persone in momentanea difficoltà, con lo scopo di sviluppare l'autonomia della persona. Vengono fornite delle indicazioni che portano sostanzialmente ad una modifica delle proprie abitudini e ad aiutare il paziente ad affrontare la vita di tutti i giorni.

- Assistenza domiciliare nel caso di esiti importanti e in presenza di patologie associate.

5.7 INFORMAZIONE ED EDUCAZIONE DEL PAZIENTE

L'informazione e l'educazione sulla malattia è una procedura che, se fatta con il linguaggio e strumenti adeguati, risulta utile in ogni fase della malattia.

La funzione è quella di migliorare la conoscenza della malattia da parte del paziente e dei familiari.

Bisognerà determinare il tipo di informazione da individuare e la modalità più corretta da utilizzare.

Tale procedura è da effettuare con delle sedute periodiche, alle quali devono partecipare il team assistenziale, i pazienti e i caregiver.

Se possibile l'intervento educativo-informativo durerà dall'inizio della fase acuta fino al reinserimento sociale.

Si cercherà di migliorare il benessere psichico del paziente e facilitarne il processo di riabilitazione.

5.8 SINTESI

- Dismissione del paziente da una delle seguenti strutture ospedaliere :
 - da una Struttura riabilitativa;
 - da una SU;
 - da altri Reparti.

- Dopo la dismissione il paziente necessita di due tipologie di prestazioni :
 - Sanitarie
Divise in riabilitative, infermieristiche e mediche.
Tali prestazioni sono assicurate dai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

- Socioassistenziali
Che possono essere garantite dalla famiglia, dal servizio d'assistenza domiciliare erogato dai comuni, dalle CDI o dalle RSA, nei casi non assistibili a domicilio.
- Trasferimento del paziente ai Servizi territoriali.
Scelta del tipo di Servizio territoriale :
 - I servizi di ADI
 - I servizi semiresidenziali (CDI)
 - I servizi residenziali (RSA)
- Se il paziente si avvale dei servizi di ADI avrà la formazione del PAI da parte dei Servizi assistenziali. I Servizi assistenziali sono coordinati da un team dedicato all'assistenza territoriale.
- Si valuterà il tipo di livello di assistenza domiciliare fornire:
 - Cure domiciliari prestazionali.
 - Cure domiciliari integrate.
 - Cure domiciliari intergrate ad elevata intensità.
- Si fornirà l'adeguata riabilitazione domiciliare al paziente:
 - Ciclo intensivo.
 - Ciclo ripetibile a frequenza variabile.
- La dimissione deve essere “ protetta ”.
Verificare che il paziente e i familiari siano a conoscenza della patologia e della sua conseguenza nella vita quotidiana, che siano informati su come trattare recidive e complicanze, che condividano il percorso di cure proposto.
Impostazione della “ lettera di dimissione “, per

trasferire le informazioni sul paziente agli enti territoriali.

- Integrazione fra il Medico dell'Ospedale ed il Medico di Famiglia (MMG) che avrà in cura il paziente dopo la dimissione.
- Il Medico di Famiglia si prenderà carico del paziente e avrà il compito di:
 - Attivare dei percorsi assistenziali per soddisfare direttamente i bisogni sociosanitari del paziente.
 - Supervisionare il percorso di cure secondo il *percorso assistenziale integrato*.
 - Responsabilizzare il paziente sull'aderenza ad uno stile di vita adeguato ed educarlo sull'applicazione delle terapie prescritte.
- Gli interventi che il Medico di Famiglia potrà avviare sono :
 - Monitoraggio e trattamento degli esiti della malattia.
 - Counseling e prevenzione delle recidive.
 - Assistenza domiciliare nel caso di esiti importanti e in presenza di patologie associate.
- Se il paziente in terapia domiciliare subisce una ri-acutizzazione della patologia, sarà necessaria una valutazione domiciliare da parte dello specialista neurologo della Struttura di riferimento, che decida se il paziente dovrà essere ricoverato in ospedale oppure potrà continuare la terapia a domicilio.
- Nel secondo caso il MMG dovrà attuare uno specifico percorso assistenziale per il paziente.

6 IL REINSERIMENTO SOCIALE DOPO LO STROKE E LE VARIE PROBLEMATICHE DA AFFRONTARE

6.1 PREFERAZIONE

Il paziente che ha subito uno stroke vede cambiare la sua vita drasticamente, ma tale cambiamento coinvolge anche le persone a lui vicine.

Questo porterà ad un cambiamento delle dinamiche familiari, specialmente se saranno i familiari ad occuparsi delle sue necessità, nel ruolo di caregiver.

Il Caregiver familiare è il termine anglosassone utilizzato per indicare il familiare che assiste un proprio congiunto malato e/o disabile.

Per la famiglia che si farà carico delle necessità del malato sarà previsto un notevole impegno emotivo ed assistenziale.

I familiari dovranno aiutare il paziente nelle azioni di tutti i giorni e in particolar modo avranno un ruolo predominante nella sua riabilitazione psicologica e sociale, andando ad integrare o nei casi migliori anche sostituire il supporto dei servizi psicosociali del territorio.

Un sostegno psicologico ai familiari invece può derivare da gruppi d'incontro organizzati da una collaborazione delle SU, dagli enti territoriali di ASL e dai comuni.

Un metodo utilizzato da varie realtà ospedaliere (Il reinserimento al domicilio dopo un ictus.

L'esperienza interdisciplinare dell'Ospedale San Carlo Borromeo) è quello del gruppo per inserimento.

L'importanza di un contesto familiare adeguato e preparato lo si è dedotto dal fatto che, pazienti con un paritario recupero motorio dovuto alla riabilitazione ottenuta fuori dal domicilio, hanno poi ottenuto risultati diversi l'uno dall'altro una volta a casa.

Alcuni riescono ad inserirsi nel nucleo familiare e a

incrementare la propria autosufficienza mentre altri tendono a peggiorare il proprio livello di capacità raggiunta.

Constatato che molto del recupero del paziente una volta dimesso dall'ospedale dipende dal contesto familiare, si può avviare un'attività di gruppo che coinvolga i pazienti ed i loro parenti allo scopo di portare un miglioramento alla loro qualità di vita.

6.2 LE PROBLEMATICHE DEL PAZIENTE ANZIANO

Lo Stroke rappresenta una frequente causa di morte e di disabilità nel paziente anziano.

In particolare si è osservato che la disabilità secondaria all'stroke spesso si sovrappone a quella dovuta alla comorbidità.

- La comorbidità indica dei disturbi presenti nei pazienti con postumi da stroke, possono essere la spasticità, la depressione, la malnutrizione, le patologie articolari o dolorose, le cadute, ecc. Tali disturbi devono essere opportunamente valutati e trattati perché potrebbero condizionare in maniera negativa il trattamento di riabilitazione.

Il soggetto anziano verrà periodicamente visitato, ogni sei mesi, dal team d'assistenza territoriale.

Verrà controllato il mantenimento delle attività e la partecipazione sociale del soggetto.

Bisognerà istituire uno specifico programma di riabilitazione, più flessibile e di maggior durata rispetto ai pazienti più giovani, che limiti il deterioramento dei progressi e dell'autonomia ottenuti con la riabilitazione intensiva o estensiva.

In tale programma verrà indicata l'istituzione di una rete di servizi generali e riabilitativi dedicata al paziente anziano, da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica e con il coordinamento del Responsabile del Progetto, di solito il MMG.

Il MMG avrà la funzione di valutare i bisogni assistenziali del paziente e di indirizzarlo al servizio più idoneo.

6.3 LA DEPRESSIONE POST STROKE

La depressione risulta essere molto frequente nei pazienti di stroke.

Di solito si manifesta tra i sei e i dodici mesi dall'evento acuto.

Bisogna però ricercarne la presenza sia nella fase post acuta come anche in quella acuta, allo scopo di diminuire l'infermità del paziente, il carico sul caregiver ed i costi della malattia.

Inoltre la presenza della depressione aumenta considerevolmente il rischio di decesso da parte del paziente, sia nel breve che nel lungo termine.

La depressione risulta però molto difficile da individuare e stimare per via delle diverse problematiche cliniche che coinvolgono un paziente che ha subito uno stroke.

Spesso disturbi neuropsicologici come l'afasia ed il deterioramento cognitivo provocano una difficoltà di comunicazione con il paziente e una conseguente difficoltà a diagnosticare la depressione.

Si è osservato che maggiori sono i fattori di rischio, precedenti clinici, elevata disabilità, problematiche familiari e sociali, la probabilità di sviluppare la depressione aumenta considerevolmente.

Le pazienti femmine sviluppano maggiormente la depressione rispetto a quelli maschili.

La diagnosi clinica della depressione post stroke è

definita da un iter procedurale multidimensionale, composto da una fase dedicata al colloquio col paziente e familiari, dalla presenza di personale non medico, da test specifici e dalla consultazione del Manuale Diagnostico Statistico della *American Psychiatric Association, IV Edizione*.

Bisognerà quindi, in presenza di depressione post stroke, iniziare un trattamento antidepressivo.

In particolare una terapia psicologica modulata in relazione a necessità e condizioni individuali può aiutare il paziente, familiari e caregiver sia per i disordini emozionali, sia per gli aspetti relazionali.

Qualunque trattamento dovrebbe considerare la tipologia e la complessità delle caratteristiche neuropsicologiche del paziente e gli aspetti rilevanti della sua storia personale.

6.4 LA RIPRESA DELL'ATTIVITA LAVORATIVA

Il reinserimento lavorativo rappresenta un aspetto cruciale nel percorso di reinserimento sociale di una persona durante la fase post stroke.

Tale percorso deve essere personalizzato e adatto a specifiche situazioni e necessità.

Il processo d'inserimento lavorativo andrebbe attivato fin subito dopo l'evento acuto per dar modo ai team riabilitativi che lavorano nella fase ospedaliera di tracciare relazioni con i servizi che si occupano di tale inserimento.

In particolare promuovendo specifiche azioni di promozioni e consulenza verso il mondo delle aziende.

Si consiglia di sviluppare una rete extra ospedaliera di strutture specificatamente dedicate ai pazienti che hanno subito uno stroke.

Tali strutture saranno, per esempio, centri per attività

occupazionali senza scopi lavorativi, strutture di preparazione ai tirocini lavorativi, ecc.

Analizzo i vari tipi di inserimento lavorativo :

- Inserimento occupazionale

Le attività svolte dal paziente non sono orientate alla produttività ma hanno una funzione terapeutica.

- Inserimento lavorativo protetto

Il paziente viene posto in un contesto di produttività, ma non competitivo e protetto, può essere retribuito o non retribuito.

- Inserimento competitivo nel mondo lavorativo

Il paziente recupera una totale o parziale autosufficienza economica, questo fattore risulta molto importante nel recupero e nell'integrazione sociale.

CONCLUSIONI

Con questa mia analisi mi sono prefissato l'obiettivo di fornire un contesto riassuntivo e descrittivo al percorso che deve affrontare un paziente che ha subito uno stroke e alle procedure che devono affrontare i componenti degli Enti Sanitari citati.

L'iter procedurale descritto è stato una scrematura dei vari percorsi già esistenti nelle varie strutture ospedaliere ed extra ospedaliere italiane.

Ho cercato di fornire la versione più efficiente possibile, offrendo una descrizione di tutte le fasi coinvolte, partendo dal ricovero del paziente e dalla terapia clinica fornita durante la fase acuta, proseguendo poi con l'assistenza sanitaria e la riabilitazione nella fase post acuta, concludendo con la dimissione a domicilio del paziente, nei casi possibili.

BIBLIOGRAFIA

- Cartabelotta A. , Serafini F. Giugno 2013.
Criteri di appropriatezza della riabilitazione post-stroke: dall'ospedale alle cure primarie.
- Linea guida. Consiglio Sanitario Regionale. *Diagnosi e cura dell'ictus.* 2013.
- Quaderni del Ministero della Salute. Marzo-aprile 2010.
Organizzazione dell'Assistenza all'Ictus: le Stroke Unit.
- Quaderni del Ministero della Salute. Marzo-aprile 2012.
Criteri di appropriatezza strutturale, tecnologica e clinica nella prevenzione, diagnosi e cura della patologia cerebrovascolare.
- Il reinserimento al domicilio dopo un ictus
L'esperienza interdisciplinare dell'Ospedale San Carlo Borromeo.
- Azienda Ospedaliera-Universitaria di Bologna.
Policlinico S. Orsola-Malpighi
Evidence Based Physiotherapy. La presa in carico fisioterapica del Paziente con Stroke in fase di ospedalizzazione.
- Evidence, open access journal published by the GIMBE Foundation. *Criteri di appropriatezza della riabilitazione post-stroke: dall'ospedale alle cure primarie.* Giugno 2013
- Sistema Nazionale per le Linee Guida – Istituto Superiore della Sanità.
Linee Guida sull'Ictus: Confronto analitico delle principali applicazioni. Novembre 2013.
- Azienda USL 9 di Grosseto. *Sanità d'Iniziativa. Percorso Assistenziale per la Gestione dei Pazienti con Ictus.*
PA.CCM.05 Rev.0 del 30.12.2009.
- Azienda Ospedaliera Niguarda Ca' Granda.
Linea Guida Diagnostico-Terapeutica e Assistenziale: Ictus Cerebrale.
- Dossier 224-2012.
Il percorso assistenziale integrato nei pazienti con grave cerebro lesione acquisita. Fase acuta e post-acuta. 2012.
Analisi comparativa dei modelli organizzativi regionali. 2012.

- Surace AM. Atti del corso: *La gestione dell'ictus in medicina generale: epidemiologia, diagnosi, prevenzione, terapia e riabilitazione, Corso di formazione specifica in Medicina Generale 2008-2010.*
- Servizio sanitario regionale Emilia Romagna. 2010. *Programmazione e organizzazione, assistenza ospedaliera.*
- Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).
- Unità Operativa di pronto soccorso ed accettazione. Azienda ospedaliera "Casa di sollievo della sofferenza San Giovanni Rotondo". *Stroke Care.* Sito Web.
- SPREAD 2012. *Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento.* 7a edizione.
- Azienda Sanitaria Alto Adige. *Protocollo intervento trasporto primario.* Sito web.
- Unità operativa di pronto soccorso, procedura n°27. Dottor Casagrande. *Trasporti Sanitari .* Sito web.