



# UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

## Scuola di Medicina

*Corso di Laurea in Infermieristica*  
*-sede di Lecce-*

*A.A. 2020-2021*

**INFERMIERISTICA NELLA DISABILITÀ**  
**III°anno, I° semestre**

**Docente**

**Dott. Roberto Lupo**

Da dove iniziare.....

TEMPO

INFERMIERE

PERSONA

ASSISTENZA

CAREGIVER

Emergenza  
/urgenza

INFERMIERISTICA NELLA DISABILITÀ FISICA  
ICTUS

DISFAGIA

RICERCA

FAMIGLIA

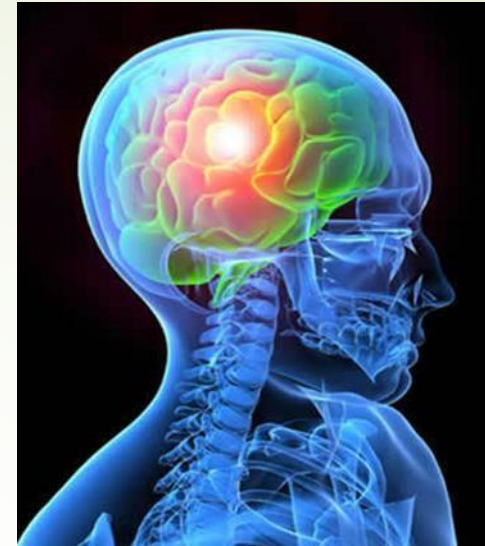
DISTURBI  
COGNITIVI  
MOTORI

STILE DI VITA

ETA'

## L'ictus rappresenta:

- la prima causa di disabilità;  
(Mendis et al., 2011)
- la seconda causa di demenza;  
(Feigin et al., 2016)
- la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10- 12% di tutti i decessi per anno.  
(Feigin et al. 2016)



# ICTUS

## DANNO CEREBRALE PERSISTENTE DOVUTO A CAUSE VASCOLARI

OMS

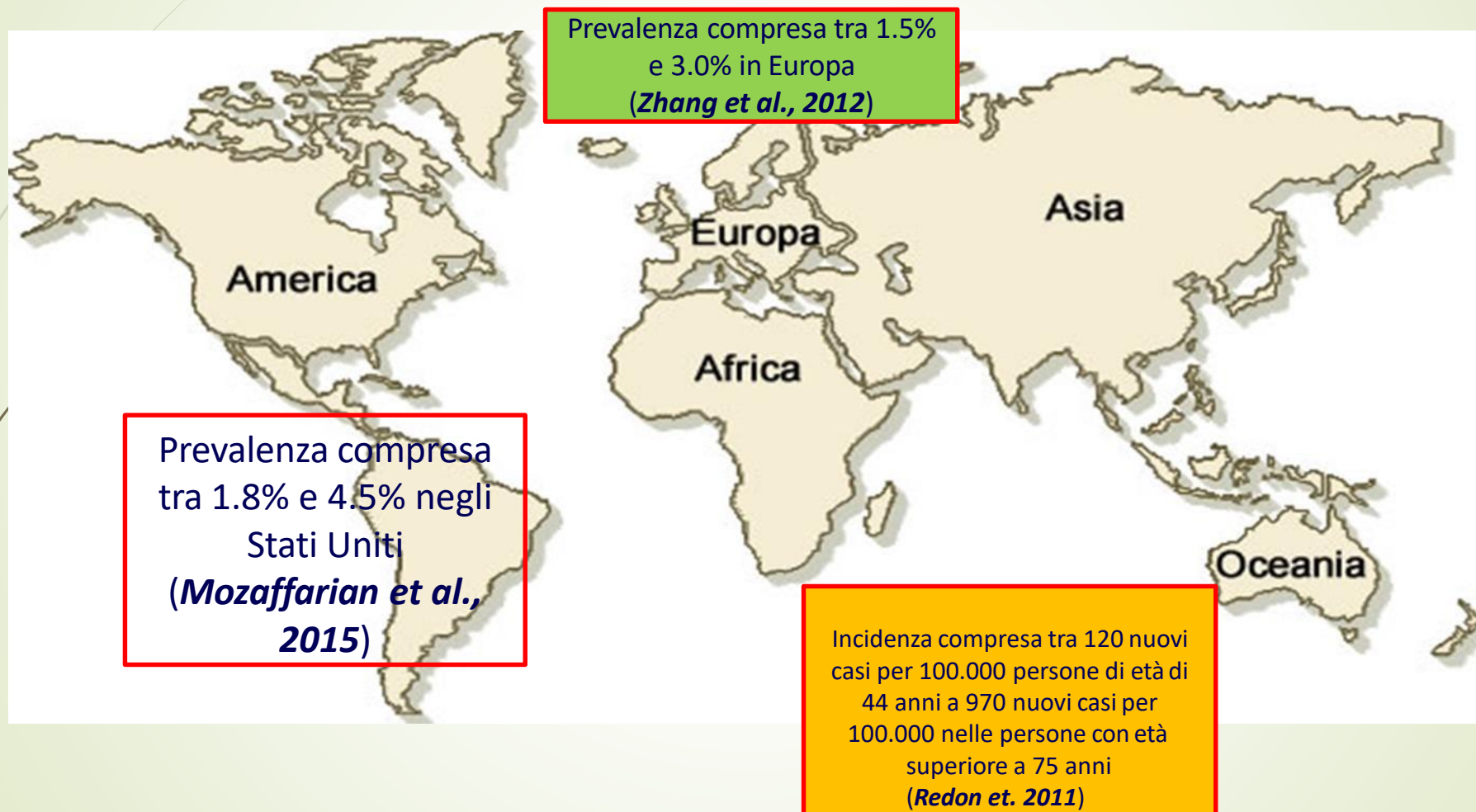
Improvvisa comparsa di segni e sintomi riferibili a deficit focale e/o globale delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore e ad esito infausto

Rappresenta la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Causa il 10-12% di tutti i decessi per anno e rappresenta la prima causa di invalidità.. Nel nostro Paese il numero di soggetti che hanno avuto un ictus e sono sopravvissuti, con esiti più o meno invalidanti, è pari a circa 913.000.

# Ictus cerebrale: dimensioni del problema

- 1° causa di disabilità
- L'ictus conta in Italia circa 200.000 casi ogni anno, di cui l'80% sono nuovi episodi e il 20% recidive, che riguardano soggetti precedentemente colpiti.
- Di questi il 20% muore, il 50% rimane disabile
- 3,5 miliardi di euro spesi ogni anno per l'assistenza

# *Ictus: Epidemiologia*





# ICTUS

**Ad 1 anno circa dall'evento acuto, un terzo dei soggetti sopravvissuti ad un ictus – indipendentemente dal fatto che sia ischemico o emorragico – presenta un grado di disabilità elevato, tanto da poterli definire totalmente dipendenti.**

**Il 10-20% delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese e un altro 10% entro il primo anno di vita. 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.**

**Coloro che sopravvivono con una disabilità importante spesso richiedono l'istituzionalizzazione in reparto di lungodegenza o in residenze sanitarie assistenziali**

**Ictus rappresenta un vero e proprio problema sociale**

Disabilità fisiche, psicologiche ed emotive  
(*Simeone, Savini et al., 2015*)



Interazione sociale (*Venna, Xu et al., 2014*)





## **I COSTI LEGATI ALLA MALATTIA: L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE**

L'ictus ha un peso economico significativo per la società: trattamenti di emergenza, valutazione preventiva e diagnostica, assistenza formale e informale.



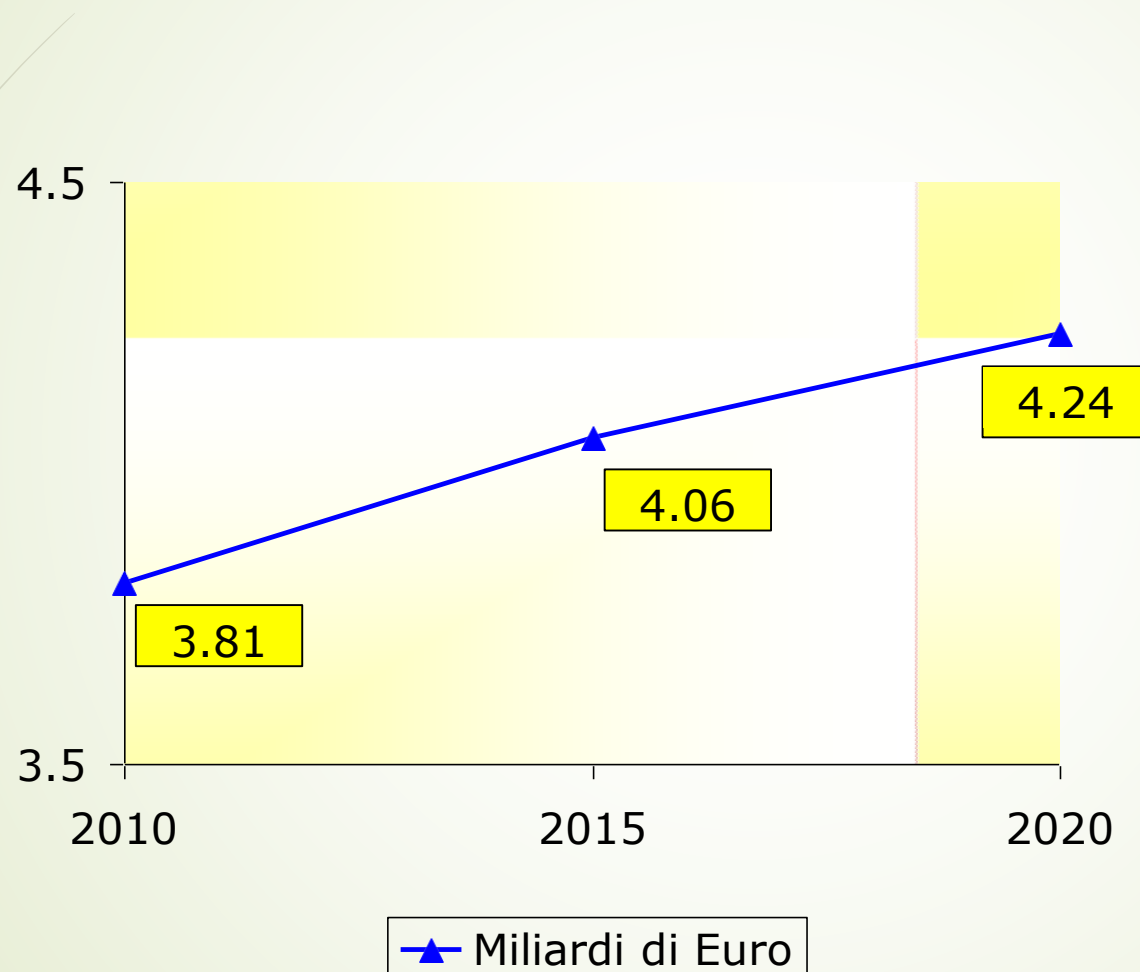
# I COSTI LEGATI ALLA MALATTIA: L'IMPATTO ECONOMICO E SOCIALE

il consumo maggiore delle risorse sanitarie è attribuito al ricovero ospedaliero e alla riabilitazione

- fase acuta misurabile nel 30-40%
- Servizi di riabilitazione 15-35%

In Italia solo il 14% del totale della spesa pubblica è dedicato alla salute pubblica, una media al di sotto della medie dei paese europei

Stima dei costi diretti dell'ictus cerebrale sostenuti ogni anno dal Servizio Sanitario Nazionale e proiezioni al 2020.



# ICTUS

ETA'



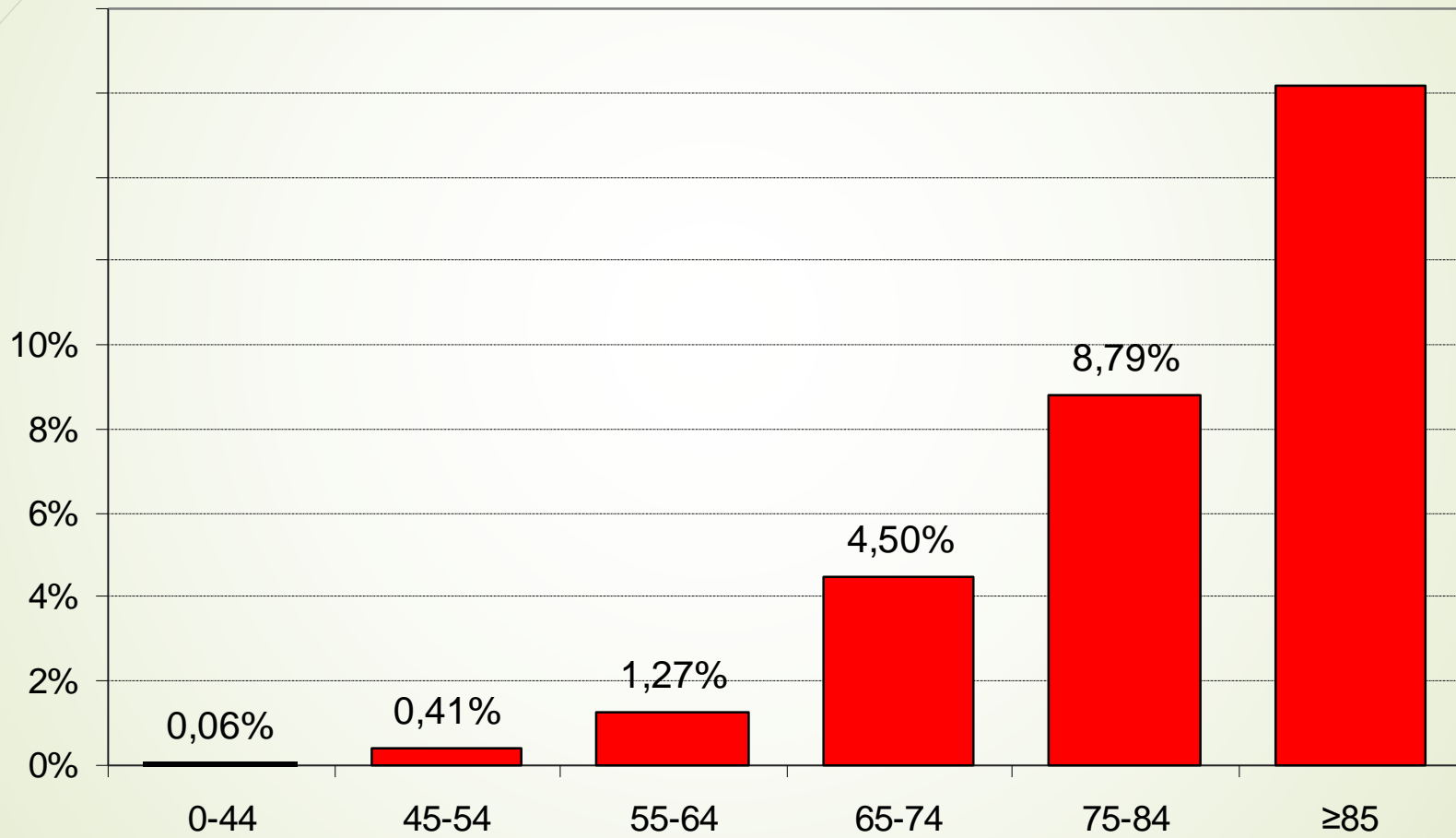
L'ictus è più frequente dopo i 55 anni, la sua prevalenza raddoppia successivamente ad ogni decade ; il 75% degli ictus si verifica nelle persone con più di 65 anni. La prevalenza di ictus nelle persone di età 65-84 anni è del 6,5% (negli uomini 7,4%, nelle donne 5,9%).

L'incidenza dell'ictus cerebrale aumenta con l'età. I soggetti neri, afroamericani ed asiatici hanno un rischio di ictus maggiore rispetto ai soggetti di razza bianca.

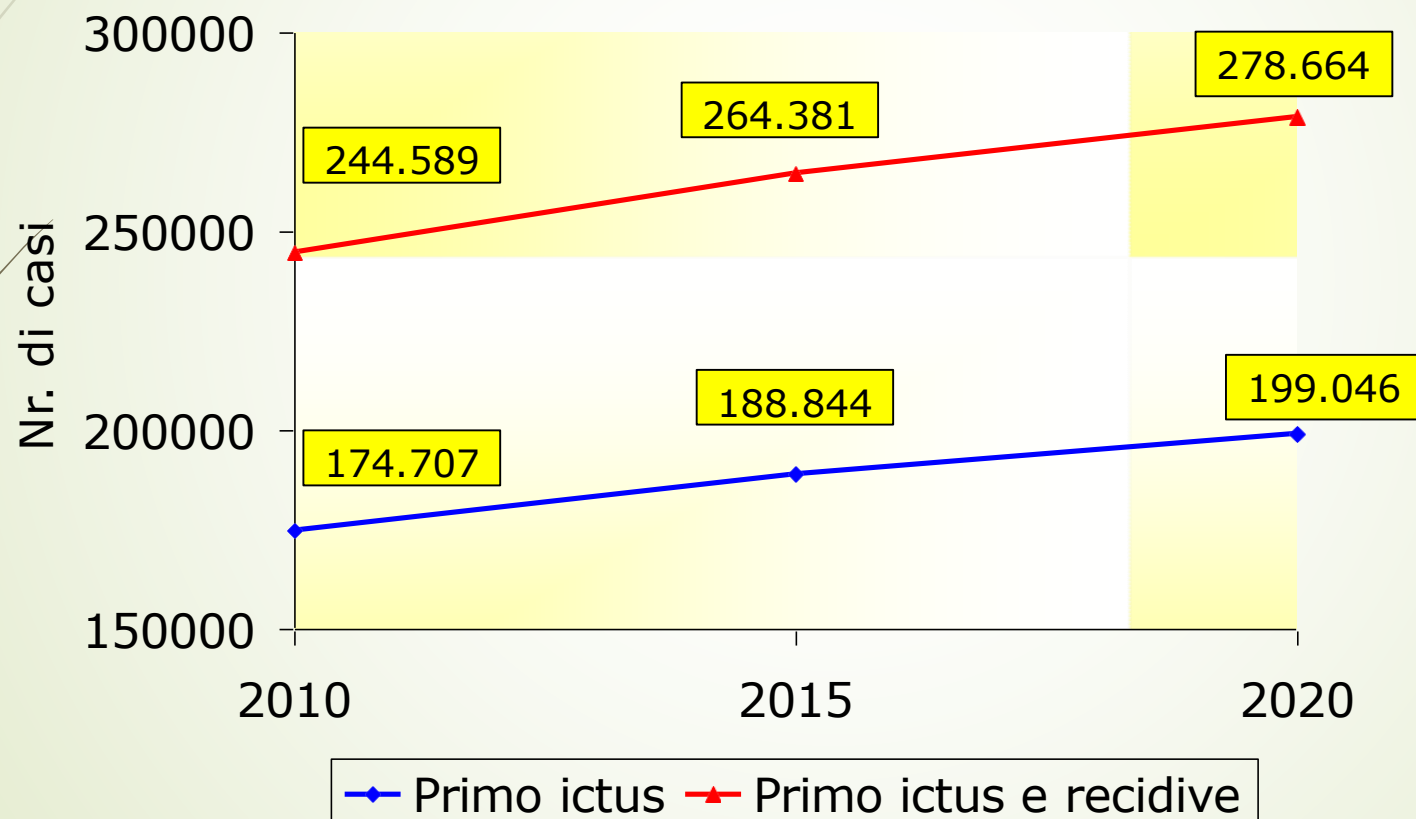
I tassi di incidenza grezzi a livello mondiale oscillano tra 144 e 373/100.000/anno.

L'incidenza dell'ictus globalmente considerato nell'età giovanile (età inferiore a 45 anni) è pari a circa 7/100.000/anno

## FASCE DI ETA' COLPITE DA ICTUS



## Stime attuali e proiezioni al 2020 dei casi incidenti di ictus attesi nella popolazione italiana





## ICTUS PATOLOGIA TEMPO- DIPENDENTE

OGNI 30 MINUTI , UN PAZIENTE COLPITO DA ICTUS CHE POTEVA ESSERE SALVATO, MUORE O RESTA DISABILE PER SEMPRE PERCHE' E' STATO TRATTATO NELL'OSPEDALE SBAGLIATO. IL NUMERO ANNUALE DI ICTUS STA AUMENTANDO A CAUSA DEL AUMENTO GLOBALE DELLA POPOLAZIONE E DELLA LONGEVITA'. E' PREVISTO UN AUMENTO DEL 34% DEL NUMERO TOTALE DI ICTUS IN EUROPA TRA IL 2015-2035 ESO  
**(European stroke organisation) Ufficio statistico UE**



## PRINCIPALI FATTORI DI RISCHIO

I **fattori di rischio** sono quei fattori associati alla salute precaria, alla disabilità, alla malattia o alla morte.



**Non modificabili**

**Modificabili**





## IL RISCHIO CEREBROVASCOLARE: IDENTIFICAZIONE, STRATIFICAZIONE E PREVENZIONE

### **FATTORI DI RISCHIO NON MODIFICABILI DOCUMENTATI**

- **ETA'**
- **FATTORI GENETICI**
- **FATTORI ETNICI**
- **STORIA DI GRAVIDANZA PATOLOGICA  
PER EVENTI OSTETRICI NEGATIVI**
- **(PREECLAMPSIA E DISORDINI IPERTENSIVI  
IN GRAVIDANZA, PERDITE FETALI, RIDOTTO  
PESO ALLA NASCITA, DIABETE  
GESTAZIONALI**
- **MENOPAUSA PRECOCE**

## **FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI DOCUMENTATI**

- **IPERTENSIONE ARTERIOSA**
- **FIBRILLAZIONE ATRIALE**
- **ALTRE CARDIOPATIE (IMA, CARDIOMIOPATIE, VALVULOPATIE, FORAME OVALE PERVIO, PLACCHE ARCOARTICO)**
- **IPERTROFIA VENTRICOLARE SINISTRA**
- **DIABETE MELLITO**
- **DISLIPIDEMIA**
- **OBESITA'**
- **IPEROMOCISTEINEMIA**
- **STENOSI CAROTIDEA**
- **FUMO DI SIGARETTA**
- **ECESSIVO USO DI ALCOOL**
- **RIDOTTA ATTIVITA' FISICA**
- **DIETA**
- **ANEMIA A CELLULE FALCIFORMI**

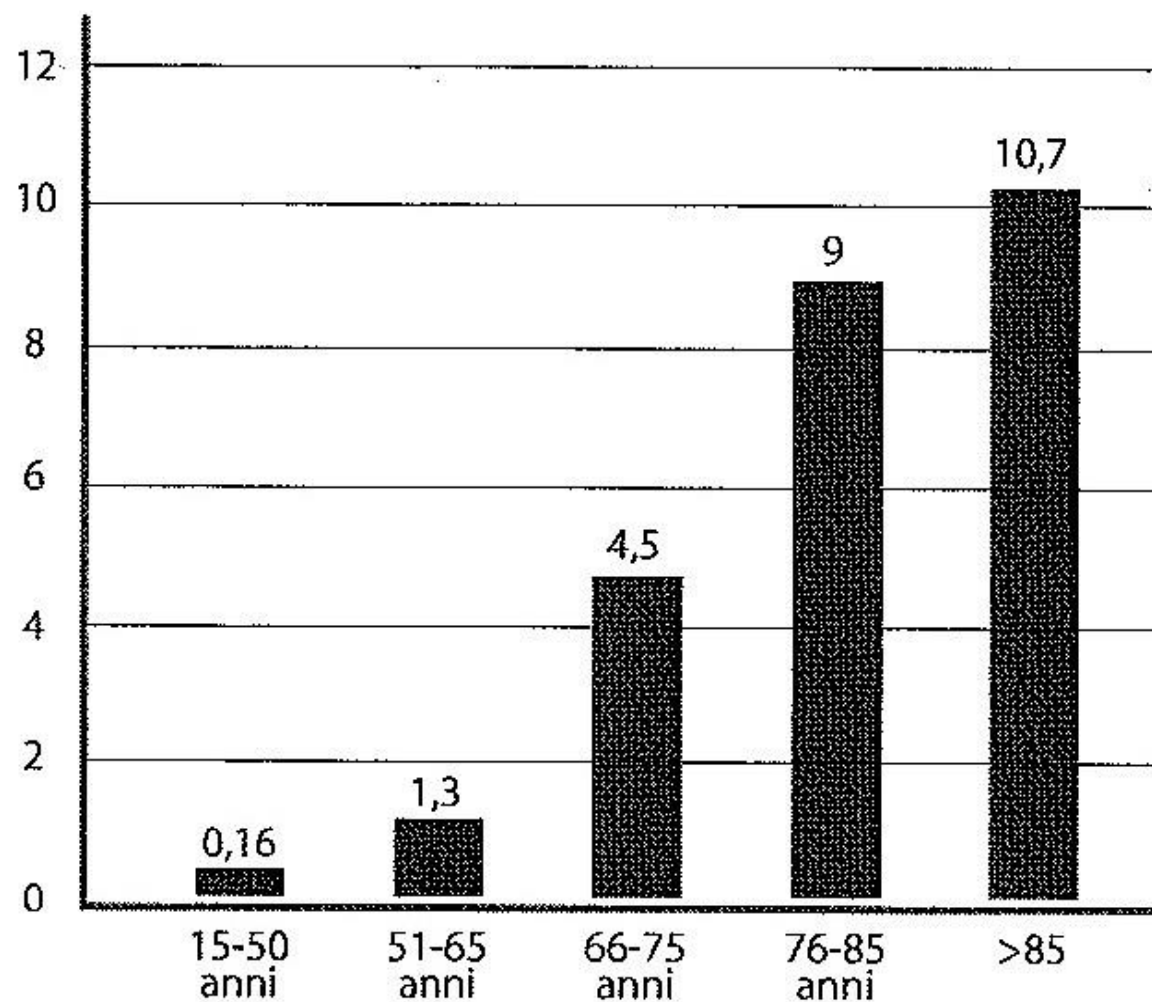
## **FATTORI DI RISCHIO MODIFICABILI NON ANCORA DOCUMENTATI**

- **EMICRANIA**
- **SINDROME METABOLICA**
- **SINDROME DELLE APNEE NOTTURNE**
- **INSONNIA**
- **USO DI CONTRACCETTIVI ORALI**
- **TERAPIA ORMONALE SOSTITUTIVA**
- **MALATTIE INFIAMMATORIE INTESTINALI**
- **USO DI DROGHE**
- **INQUINAMENTO ATMOSFERICO**
- **IPERURICEMIA**
- **DEPRESSIONE**
- **CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE POVERE**

**MODIFICABILI = PREVEDIBILI**



Prevalenza FA nella  
Popolazione Generale Italiana: 2.04%



Prevalenza della fibrillazione atriale nella popolazione italiana ripartita per fasce di età. Studio ISAF.



# ICTUS

**ISCHEMICO**

**EMORRAGICO**

**IL DANNO NEUROLOGICO DOVUTO ALL'ICTUS  
SI VERIFICA, ESSENZIALEMENTE, ATTRAVERSO  
DUE MECCANISMI**

**ISCHEMIA**

dovuto ad un occlusione vascolare o a severa ipoperfusione, che priva i neuroni dell'ossigeno e delle sostanze nutritive

**EMORRAGIA**

Provocata da rottura vascolare che causa una lesione cerebrale per trauma cellulare diretto, effetto massa, aumento della pressione intracranica e/o rilascio di metaboliti tossici

**Nell'80-85% dei casi gli ictus sono ischemici, nel 15-20% sono emorragici**

## ICTUS ISCHEMICO DAL PUNTO DI VISTA FISIPATOLOGICO

**TROMBOTICO (IN CIRCA DUE TERZI DEI CASI)**

Da malattia aterosclerotica  
Da vasculiti  
Da dissezione aortica  
Da policitemia  
Da stati di ipercoagulabilità

**EMBOLICO (CIRCA UN TERZO DEI CASI)**

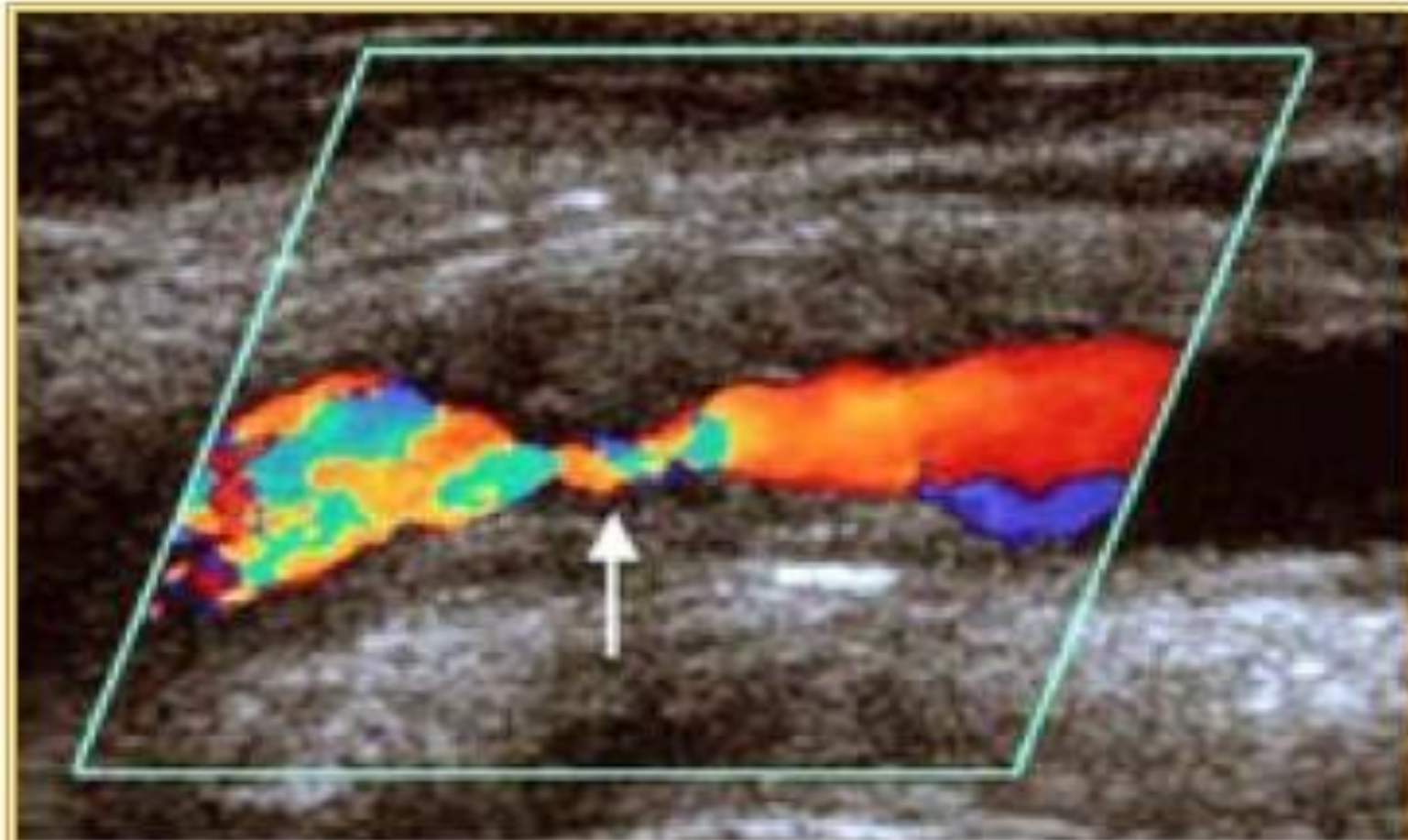
Emboli provenienti dal cuore e/o dai grandi vasi (aorta, arterie carotidi e vertebrali)  
Emboli artero-arteriosi  
Emboli gassosi, grassosi, settici

**IOPERFUSIONE RARAMENTE**

A causa di una ridotta pressione di perfusione conseguente a sindromi da bassa gittata (IMA, Shock)



**Pezzo intraoperatorio di placca con  
componente emorragica**



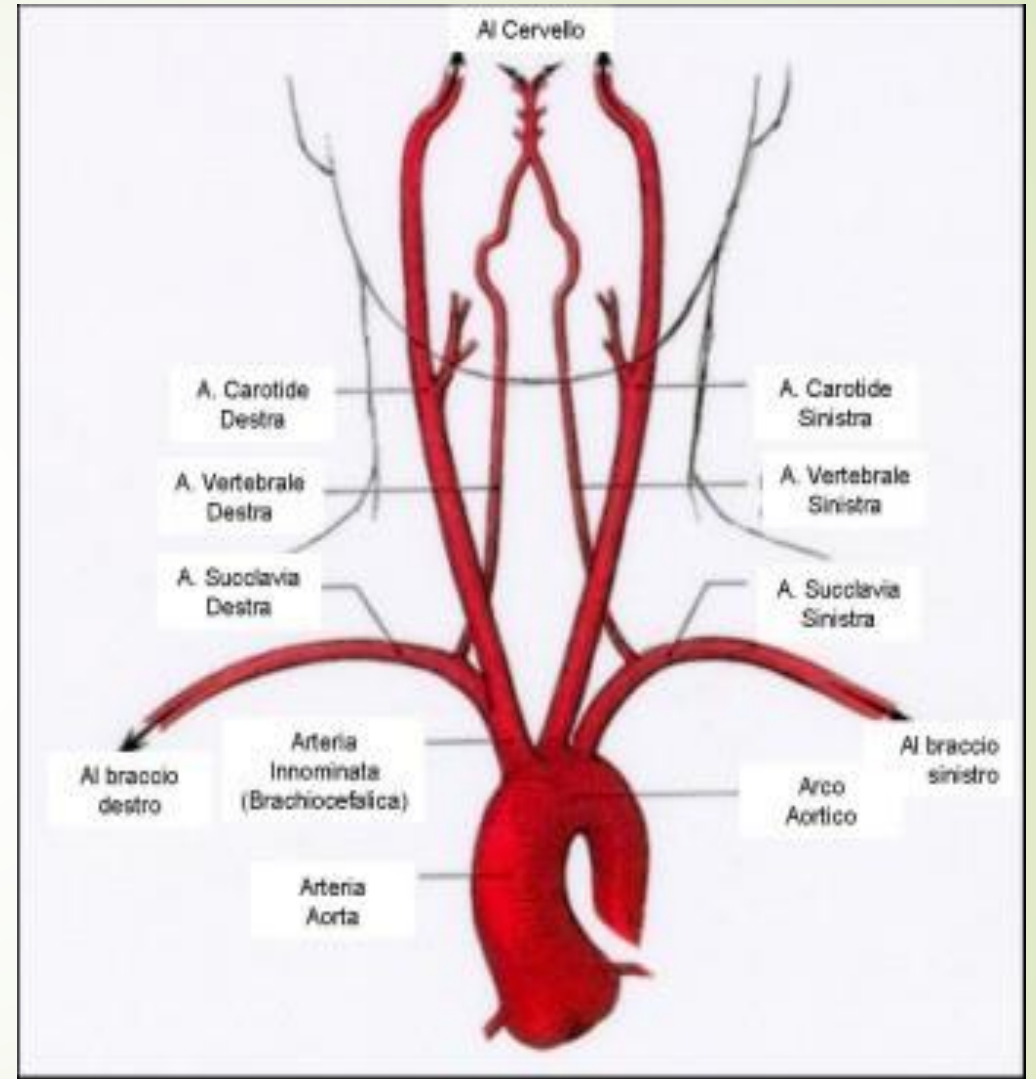
**Ecocolordoppler di placca carotidea**



La trombosi determina un ictus attraverso l'occlusione di grosse arterie cerebrali, soprattutto la carotide interna, la cerebrale media o la basilare, oppure l'occlusione di piccole arterie perforanti, di vene cerebrali

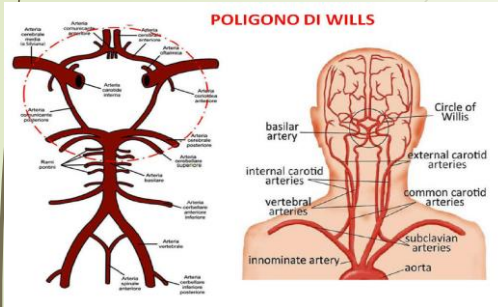
**Spesso sono preceduti da Attacchi ischemici transitori**

**L'embolia determina ictus quando le arterie cerebrali vengono occluse dal passaggio distale di trombi provenienti dal cuore, dall'arco aortico o dai grossi vasi cerebrali**



# ICTUS COINVOLGE IL CIRCOLO CEREBRALE ANTERIORE

## QUADRO CLINICO DI COINVOLGIMENTO DEL CIRCOLO CEREBRALE ANTERIORE



### SEGNI DI DISFUNZIONE EMISFERICA

#### AFASIA

perdita parziale o completa della capacità di esprimersi o comprendere parole scritte o verbali. È causata da un danno alle aree del cervello che controllano il linguaggio.

**APRASSIA** (dal greco a- prefisso di negazione, e praxía fare, quindi incapacità di fare) è un disturbo neuropsicologico del movimento volontario

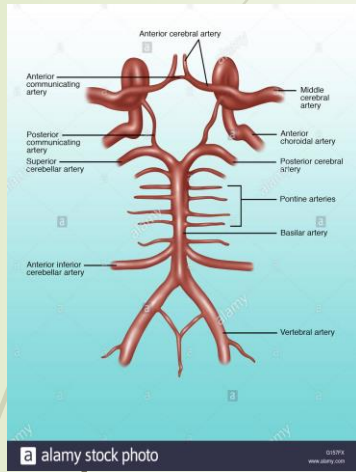
#### AGNOSIA

agnosia è l'incapacità di riconoscere un oggetto mediante una o più modalità sensoriali.



# ICTUS COINVOLGE IL CIRCOLO CEREBRALE POSTERIORE

## QUADRO CLINICO DI COINVOLGIMENTO DEL CIRCOLO CEREBRALE POSTERIORE



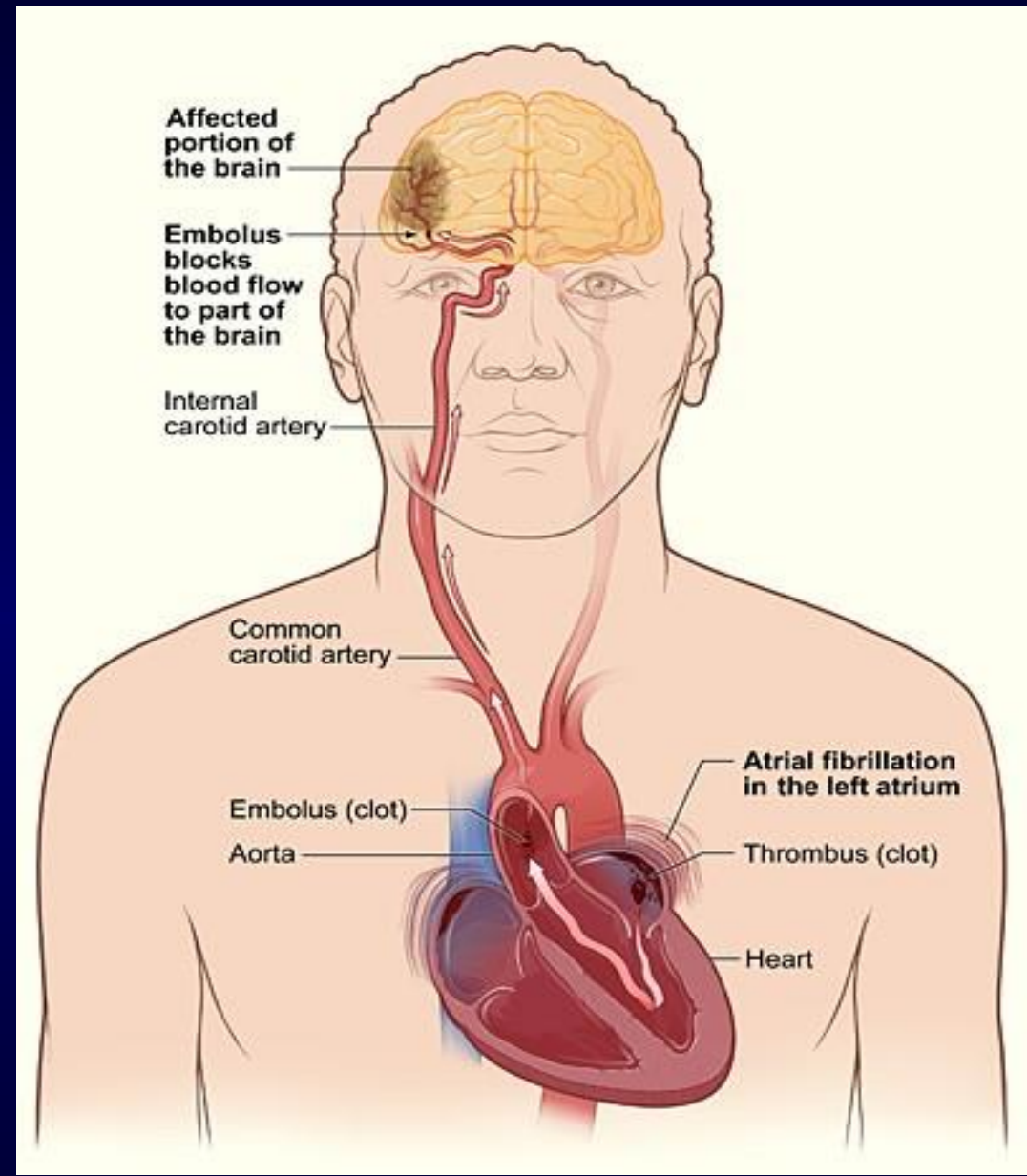
### SEGNI DI DISFUNZIONE TRONCO ENCEFALICO

- **COMA (CADUTE CON IMPROVVISE PERDITE DI COSCIENZA)**
- **VERTIGINE, NAUSEA, VOMITO, PARALISI DEI NERVI CRANICI**
- **ATASSIA E DEFICIT SENSITIVIMOTORI CROCIATI CHE COINVOLGONO IL VOLTO DA UN LATO DEL CORPO E GLI ARTI CONTROLATERALI**
- **EMIPARESI**




# AFFEZIONI CARDIOEMBOLICHE ASSOCIATE AD ELEVATO RISCHIO DI ICTUS

- **FA non isolata**
- Protesi valvolare meccanica
- Stenosi mitralica con FA
- Mixoma atriale
- Trombosi dell'atrio e/o dell'auricola sn
- Sindrome del nodo del seno
- IMA recente (<4 sett.)
- Trombo ventricolare sn
- Endocardite infettiva
- Cardiomiopatia dilatativa
- Acinesia di parete del ventricolo sn





## ICTUS EMORRAGICO



ICTUS emorragico rappresenta un terzo di tutti gli ictus e comporta una mortalità a 30 giorni del 30% circa. In più di due terzi è presente una invalidità significativa.

**ICTUS PUO' ESSERE SUDDIVISO DAL PUNTO DI VISTA FISIOPATOLOGICO IN DUE CATEGORIE PRINCIPALI**



### **Emorragia intracerebrale**

Il sanguinamento si verifica direttamente all'interno del parenchima cerebrale

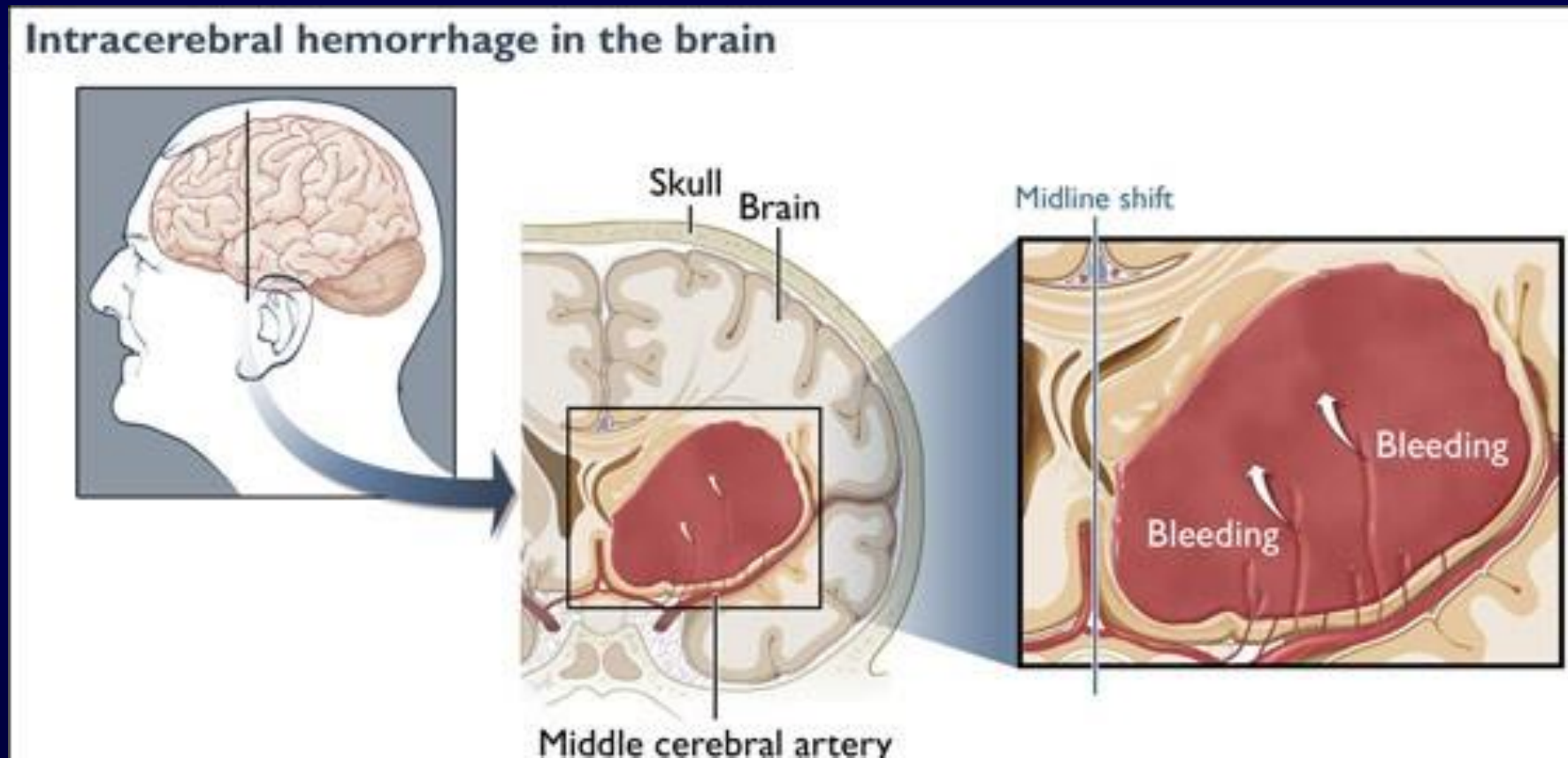


### **Emorragia subaracnoidea**

Ha frequenza media pari al 50% dei casi dell'emorragia intracerebrale. Il sanguinamento si ha da un vaso nello spazio subaracnoideo

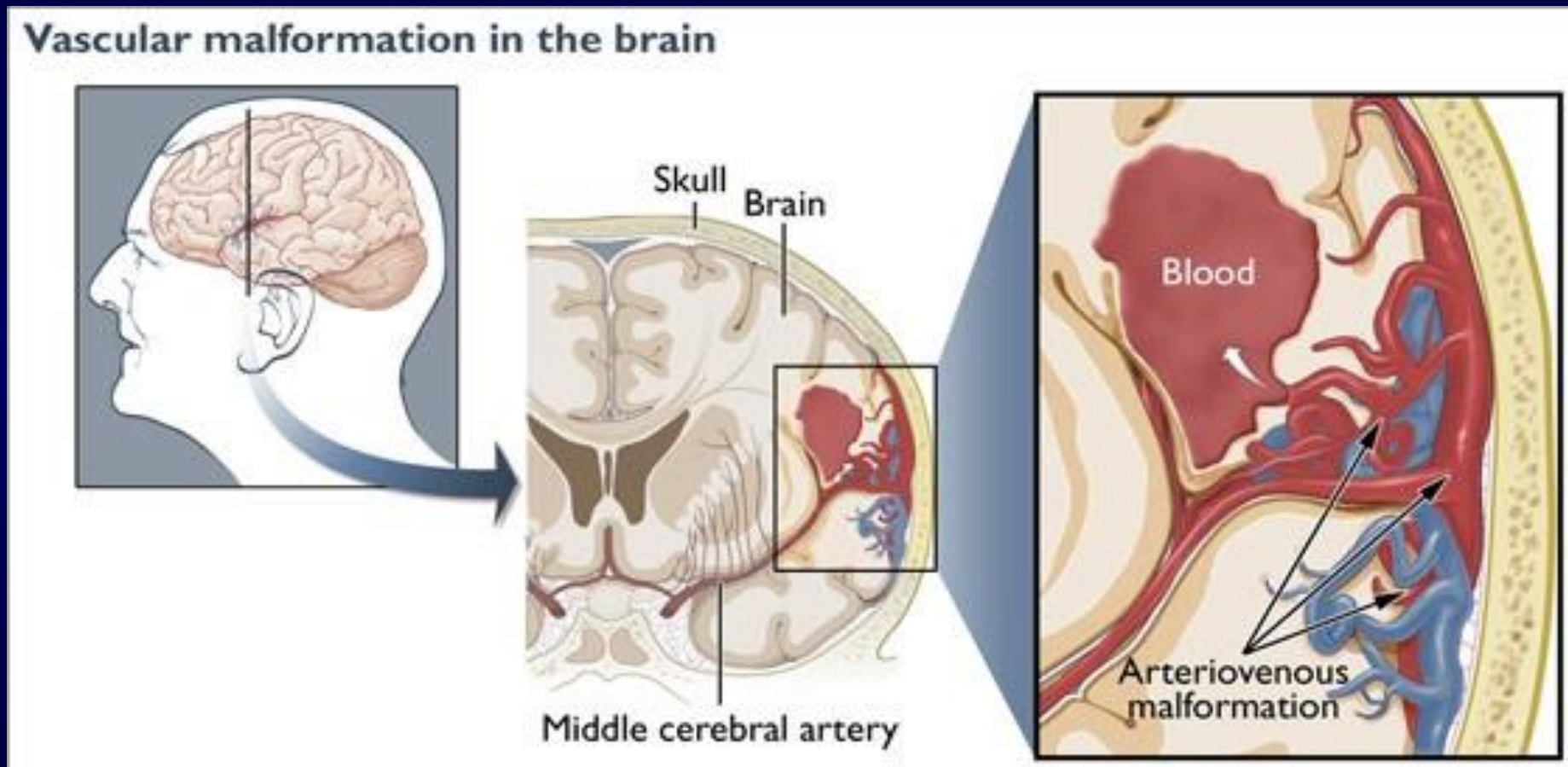


# Ictus emorragico: sede tipica





# Ictus emorragico: sede atipica



# ***Differenze Cliniche tra ictus ischemico e emorragico***

## **ICTUS ISCHEMICO**

- Deterioramento a gradini o progressivo
- Segni neurologici focali corrispondenti ad un solo territorio arterioso
- Segni indicativi di una lesione corticale o sottocorticale

## **ICTUS EMORRAGICO**

- Precoce e prolungata perdita di coscienza
- Cefalea, nausea e vomito
- Rigidità nucale
- Emorragia retiniche
- Segni focali che non corrispondono ad un territorio vascolare preciso

## CAUSE PIU' COMUNI DI EMORRAGIA INTRACEREBRALE NON TRAUMATICA

- ROTTURA DI ANEURISMI A SACCA DETERMINA UNA VERA E PROPRIA CATASTROFE CEREBRALE
- ROTTURA DI MICROANEURISMI NEI PAZIENTI CON IPERTENSIONE ARTERIOSA DI VECCHIA DATA
- ROTTURA PARIETALE DI ARTERIE CEREBRALI A BASSA RESISTENZA
- ROTTURA DI MALFORMAZIONE VASCOLARI (ANGIOMI)
- TUMORI CEREBRALI
- COAGULOPATIE
- ABUSO DI COCAINA



IPERTENSIONE E' LA CAUSA PIU' FREQUENTE


UN AUMENTO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA PUO' ESSERE ANCHE IN UN PAZIENTE NON IPERTESO, DEL TUTTO SUFFICIENTE A CAUSARE UNA EMORRAGIA INTRACEREBRALE



## PRINCIPALI DIAGNOSI DIFFERENZIALI

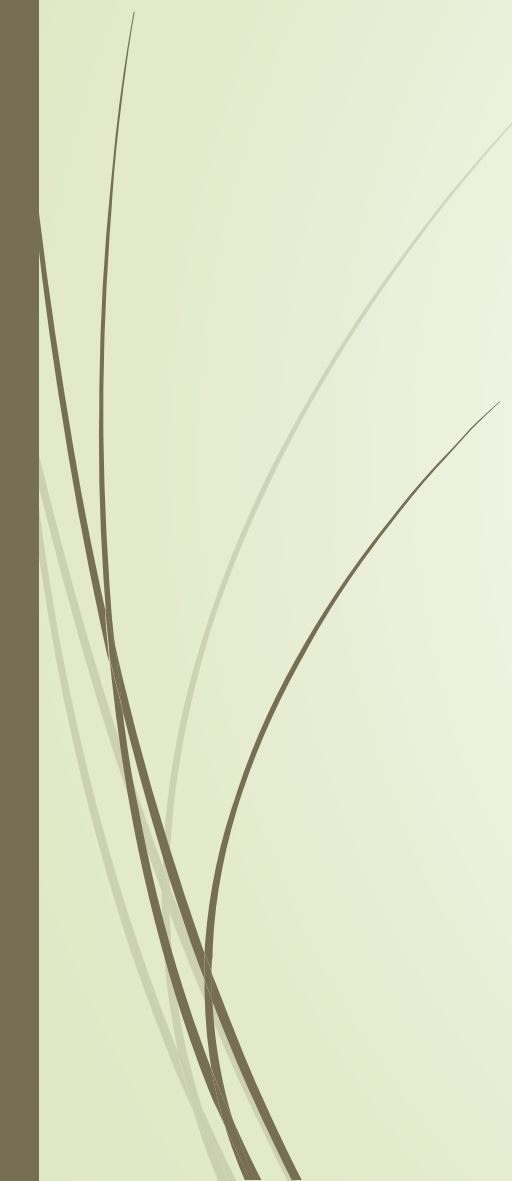
**Tabella 27.1** Principali diagnosi differenziali con l'ictus acuto

- Alterazioni midollari (mielopatia compressiva, fistola spinale arterovenosa)
- Alterazioni mitocondriali (encefalopatia mitocondriale encefalica con acidosi lattica ed episodi simil-stroke o MELAS)
- Alterazioni tossico-metaboliche (ipoglicemia, intossicazione da farmaci o droghe)
- Amnesia globale transitoria
- Convulsioni con paresi postictale e/o afasia
- Deficit funzionale (disturbo di conversione)
- Ematoma subdurale
- Emicrania con aura
- Encefalite virale (per es., da *Herpes simplex*)
- Encefalopatia di Wernicke (da deficit di tiamina)
- Encefalopatia ipertensiva
- Sclerosi multipla
- Sepsi
- Sincope
- Sindrome da encefalopatia posteriore reversibile
- Sindrome da vasocostrizione cerebrale reversibile
- Trauma cranico
- Trombosi venosa cerebrale
- Tumori o ascessi del SNC



# SCENARIO PRE-OSPEDALIERO

## - VALUTARE

- ∞ **ABC** (ostruzione vie aeree, ipossia, aspirazione di secrezioni)
  - ∞ **PARAMETRI VITALI** (respiro, polso, PA,TC)
  - ∞ **GCS & CINCINNATI**
- 



# SCENARIO PRE-OSPEDALIERO

- GCS strumento semplice per valutare stato di coscienza
- Esame obiettivo rapido e non deve ritardare arrivo in H
- Non ancora possibile, in questa fase, differenziare tra ictus ischemico ed emorragico: segni & sintomi (cefalea, coscienza alterata) sovrapponibili

GLASGOW COMA SCORE		
Apertura degli occhi	spontaneamente	4
	alla parola	3
	al dolore	2
	non apre gli occhi	1
Risposte verbali	orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde	5
	confusa	4
	parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate bene	3
	suoni incomprensibili, per esempio farfuglia	2
	nessuna	1
Risposte motorie	obbedisce ai comandi	6
	localizza il dolore, se non vi è risposta ai comandi si applica uno stimolo doloroso che viene mantenuto finché non si abbia il massimo della risposta: inizialmente si applica la pressione al letto ungueale con il risultato di estensione o flessione del gomito; se vi è una di queste risposte allora lo stimolo viene effettuato al collo o al tronco per ricercare la "localizzazione" che si intende effettuata quando gli arti si muovono per tentare di rimuovere lo stimolo doloroso.	5
	si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore.	4
	Anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione)	3
	Estensione allo stimolo doloroso, si ha quando la risposta è in adduzione delle braccia, rotazione interna e pronazione dell'avambraccio nel modello stereotipato della decerebrazione. (decerebrazione)	2
	nessuna	1
<b>RISULTATO</b>		
Grave, con GCS ≤ 8	Moderata, GCS 9-13	Minore, GCS ≥ 14.



# Cincinnati Prehospital Stroke Scale


<b>CINCINNATI PREHOSPITAL STROKE SCALE</b>		
<b>Mimica facciale</b> (invita il paziente a mostrare i denti o a sorridere )	<b>Normale</b>	I due lati del volto si muovono bene, allo stesso modo
	<b>Anormale</b>	I due lati del volto non si muovono allo stesso modo
<b>Spostamento delle braccia</b> (il paziente chiede gli occhi e distende le braccia per 10")	<b>Normale</b>	Le due braccia si muovono allo stesso modo
	<b>Anormale</b>	Un braccio non si muove o cade giù
<b>Linguaggio</b> (fai dire al paziente la frase : non si possono insegnare trucchi nuovi ad un cane vecchio)	<b>Normale</b>	La frase viene ripetuta correttamente
	<b>Anormale</b>	Il paziente inceppa sulle parole,usa parole inappropriate o non è in grado di parlare



# **APPROCCIO ASSIST.LE 1° LIVELLO**

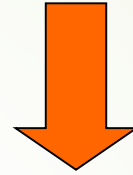
- ☺ **Individuazione casi con sintomi insorti da < 6 ore**
- ☺ **Eventuali traumatismi cranici o cervicali per diagnosi differenziale**
- ☺ **Collegamento del p.te al monitor, saturimetro, sfigmomanometro**
- ☺ **Rassicurare il p.te (anche se non può parlare o capire)**



- 
- 😊 Assicurare pervietà vie aeree
  - 😊 Procurare un accesso venoso
  - 😊 O<sub>2</sub> 2 l/min (se necessario)
  - 😊 Proteggere estremità paralizzate per evitare traumi durante trasporto



😊 Evitare somm. ne di ipotensivi se valori PA ↑



**No indicazioni in letteratura di vantaggi legati a riduzione valori elevati**

😊 **Evitare somm. ne di antiaggreganti ( può peggiorare quadro neurologico se c'è ictus emorragico)**



- ☹ EVITARE SOMM. NE DI SEDATIVI SE NON STRETTAMENTE NECESSARIO



**Non permette valutazione  
adeguata SdC: p. te soporoso  
per lesione o per farmaci??**

- ☹ Evitare di infondere eccessiva quantità di liquidi



**Rischio di ↑ troppo PA**

## APPROCCIO EXTRAOSPEDALIERO

➤ IL PAZIENTE CON ICTUS CEREBRI VA OSPEDALIZZATO

DURANTE IL TRASPORTO:

- MONITORAGGIO CONTINUO ELETTROCARDIOGRAFICO
- MONITORAGGIO NON INVASIVO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA
- MONITORAGGIO DELLA SATURIMETRIA
- VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA CON IL GCS

**IL PAZIENTE CON COMPROMISSIONE DELLO STATO DI COSCIENZA O CHE VOMITA VA TRASPORTATO IN DECUBITO LATERALE**

- ☺ All'arrivo del p.te in PS comunicare:
  - risultati della CPSS e GCS
  - tempo d'esordio dei sintomi
  - elementi utili per rapida valutazione del soggetto
- ☺ Trasporto del p.te c/o Centro abilitato per trombolisi ed interventi NCH → N.B. ...

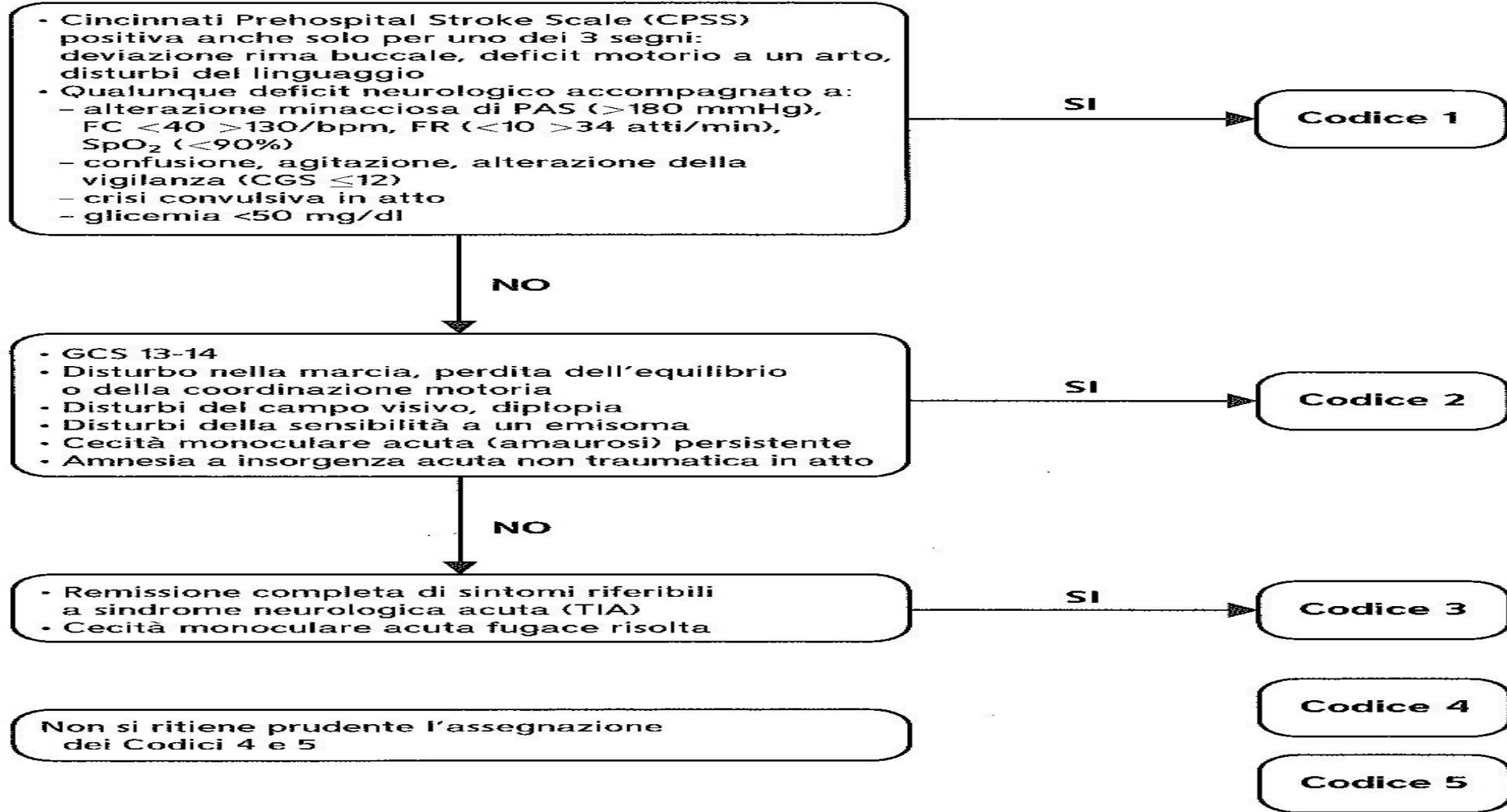


Il paziente può arrivare al **trriage del Pronto soccorso** in due modi:

- Con l'ambulanza del 118, che potrebbe aver già assegnato il codice giallo o rosso stroke
- Con mezzi propri, solo o accompagnato.

CODICE Numero e colore	DENOMINAZIONE	DEFINIZIONE	TEMPI MASSIMI DI ATTESA
1 CODICE ROSSO	Emergenza	Interruzione o compromissione di una o più funzioni vitali	Accesso immediato
2 CODICE ARANCIONE	Urgenza	Rischio delle funzioni vitali Rischio evolutivo o dolore severo	Accesso entro 15 minuti
3 CODICE AZZURRO	Urgenza differibile	Condizione stabile con sofferenza Prestazioni complesse	Accesso entro 60 minuti
4 CODICE VERDE	Urgenza minore	Condizione stabile. Prestazioni mono-specialistiche	Accesso entro 120 minuti
5 CODICE BIANCO	Non urgenza	Problema non urgente o di minima rilevanza clinica	Accesso entro 240 minuti

**DISTURBI NEUROLOGICI ACUTI**





# VALUTAZIONE SULLA PORTA

- Emiparesi
- Asimmetria della mimica facciale
- Ipostenia arti inferiori
- Confusione, disturbo del linguaggio
- Disturbo del campo visivo o cecità, diplopia
- Disturbo della marcia, perdita dell'equilibrio e coordinazione motoria

**ICTUS O SOSPETTO DISTURBO DI CIRCOLO?  
COME DEFINIRLO?**

## APPROCCIO IN PRONTO SOCCORSO

SI INIZIA CON L'ESAME E LA STABILIZZAZIONE DELLE SUE  
FUNZIONI VITALI  
DEVE ESSERE SOTTOPOSTO SUBITO A TAC

IL TRATTAMENTO DELL'IPERTENSIONE SEVERA  
IL TRATTAMENTO DELLE CONVULSIONI  
IL TRATTAMENTO DELL'EDEMA CEREBRALE  
IL TRATTAMENTO DELL'IPERPIRESSIA  
IL TRATTAMENTO DEGLI SQUILIBRI ELETTROLITICI

**L'INFERMIERE DI TRIAGE** deve immediatamente effettuare un esame neurologico del paziente ed eseguire (**Scala di Cincinnati E GCS**) e valutare

- **Paresi facciali:** si chiede al paziente di sorridere o mostrare i denti. Si valuta se i due **emivolti** sono simmetrici.
- **Deficit motorio degli arti superiori:** si chiede al paziente di tirare su entrambe le braccia e mantenerle davanti a sé per 10 secondi ad occhi chiusi. Si valuta se i due arti si muovono nello stesso modo o se uno o l'altro tende a scendere o cadere.
- **Anomalie del linguaggio:** si chiede al paziente di ripetere una frase. Si valuta se il linguaggio è fluido oppure se è afasico o l'eloquio è impastato o non comprensibile.



## Con quali sintomi si manifesta?

I segnali più frequenti sono:

- **Improvviso intorpidimento** o debolezza a livello del viso, del braccio o della gamba di una metà del corpo
- **Senso di confusione** improvvisa
- **Difficoltà a parlare** e a capire quanto viene detto dagli altri
- Improvvisa **difficoltà visiva** da un occhio
- **Difficoltà** nella **deambulazione**, spesso associata a vertigini e a difficoltà nella coordinazione
- Forte **mal di testa** fulmineo, senza causa nota o apparente
- **Nausea e vomito**

È sufficiente che uno di questi elementi sia positivo per assegnare al paziente il codice giallo o rosso stroke.

L'infermiere di triage dovrà anche **valutare il tempo intercorso dall'insorgenza** della sintomatologia ed infine **l'età del paziente**. La letteratura raccomanda il trattamento trombolitico ai pazienti tra i 18 e gli 80 anni.

L'infermiere allerta il medico di pronto soccorso, che prenderà immediatamente in carico il paziente.

Mentre il medico valuterà lo stato neurologico e i criteri di inclusione ed esclusione specifici per la trombolisi, l'infermiere deve:

- Valutare i parametri vitali (anche la glicemia)
- Reperire due accessi venosi (uno sarà dedicato esclusivamente al farmaco trombolitico) ed eseguire i prelievi ematici
- Eseguire un elettrocardiogramma
- Monitorare il paziente





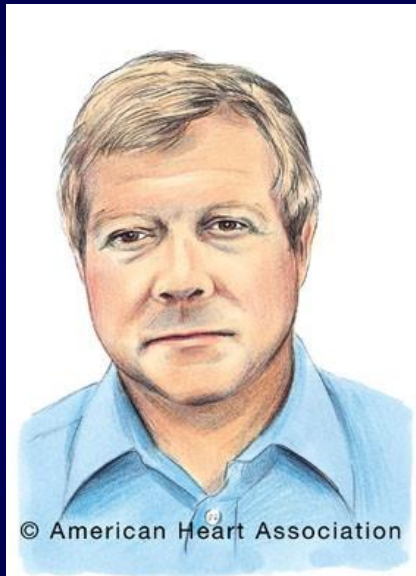


## **LE LINEE GUIDA ITALIANE RACCOMANDANO ALCUNE SCALE:**

- CPS (più per extraospedaliero, rileva presenza di paralisi facciale, deficit di forza, alterazioni della parola)**
- NIH Stroke Scale (fornisce una misura quantitativa, in 11 passaggi, del deficit neurologico da ictus, utile per lo screening e il monitoraggio in fase acuta)**
- HUNT and HESS Scale (si applica solo per ictus emorragico, classifica con punteggio 0-5 la gravità e probabile sopravvivenza (portatore di aneurisma, cefalea, rigidità nucale, confusione e emiparesi, coma profondo)**

# Scale di valutazione prericovero

## Cincinnati Prehospital Stroke Scale



**1** Paresi facciale

**2** Deficit motorio  
degli arti superiori

**3** Anomalie del linguaggio


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

**l'alterazione di uno solo dei tre segni è fortemente suggestiva per un ictus**

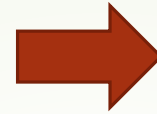
## COMPROMISSIONI

<b>LOBO FRONTALE ARTERIA CEREBRALE ANTERIORE</b>	<b>Afasia Paralisi/perdita sensibilità del piede e della gamba disturbi cognitivi affettivi</b>
<b>EMISFERO LATERALE ARTERIA CEREBRALE MEDIA</b>	<b>Afasia emiplegia controlaterale confusione mentale fino al coma incapacità di voltare gli occhi</b>
<b>LOBO OCCIPITALE ARTERIA CEREBRALE POSTERIORE</b>	<b>Difetti visivi come cecità per i colori,allucinazioni,ripetizione stesse parole e movimenti</b>
<b>TALAMO ARTERIA CEREBRALE POSTERIORE</b>	<b>Afasia,tremore intenzionale,lieve emiparesi e perdita sensorialità</b>
<b>PEDUNCOLO CEREBRALE ARTERIA CEREBRALE POSTERIORE</b>	<b>Paralisi del nervo oculomotore e emiplegia</b>
<b>CERVELETTO E TRONCO CEREBRALE ARTERIA BASILARE E CEREBRALE</b>	<b>Diplopia , vertigine, disfagia e disfonia</b>






La somministrazione dei farmaci fibrinolitici entro 4-5 ore dall'insorgenza dei sintomi nei pazienti colpiti da ictus ischemico che non presentino controindicazioni per questo tipo di trattamento è in grado di limitare l'estensione del danno neurologico e di migliorare la prognosi



Dall'arrivo del paziente, fase di triage alla trombolisi il limite secondo le evidenze è di 60 m

Limiti di tempo secondo le raccomandazioni del National Institute of Neurologic Disorders and Stroke per la valutazione dei pazienti con ictus candidabili alla terapia fibrinolitica

<b>Dall'ingresso al medico</b>	<b>10 m</b>
<b>Dall'ingresso al completamento Tc</b>	<b>25 m</b>
<b>Dall'ingresso al refertazione Tc</b>	<b>45 m</b>
<b>Dall'ingresso alla trombolisi</b>	<b>60 m</b>
<b>Consulenza neurologica</b>	<b>15 m</b>
<b>Consulenza neurochirurgica</b>	<b>2 ore</b>
<b>Ricovero per monitoraggio</b>	<b>3 ore</b>



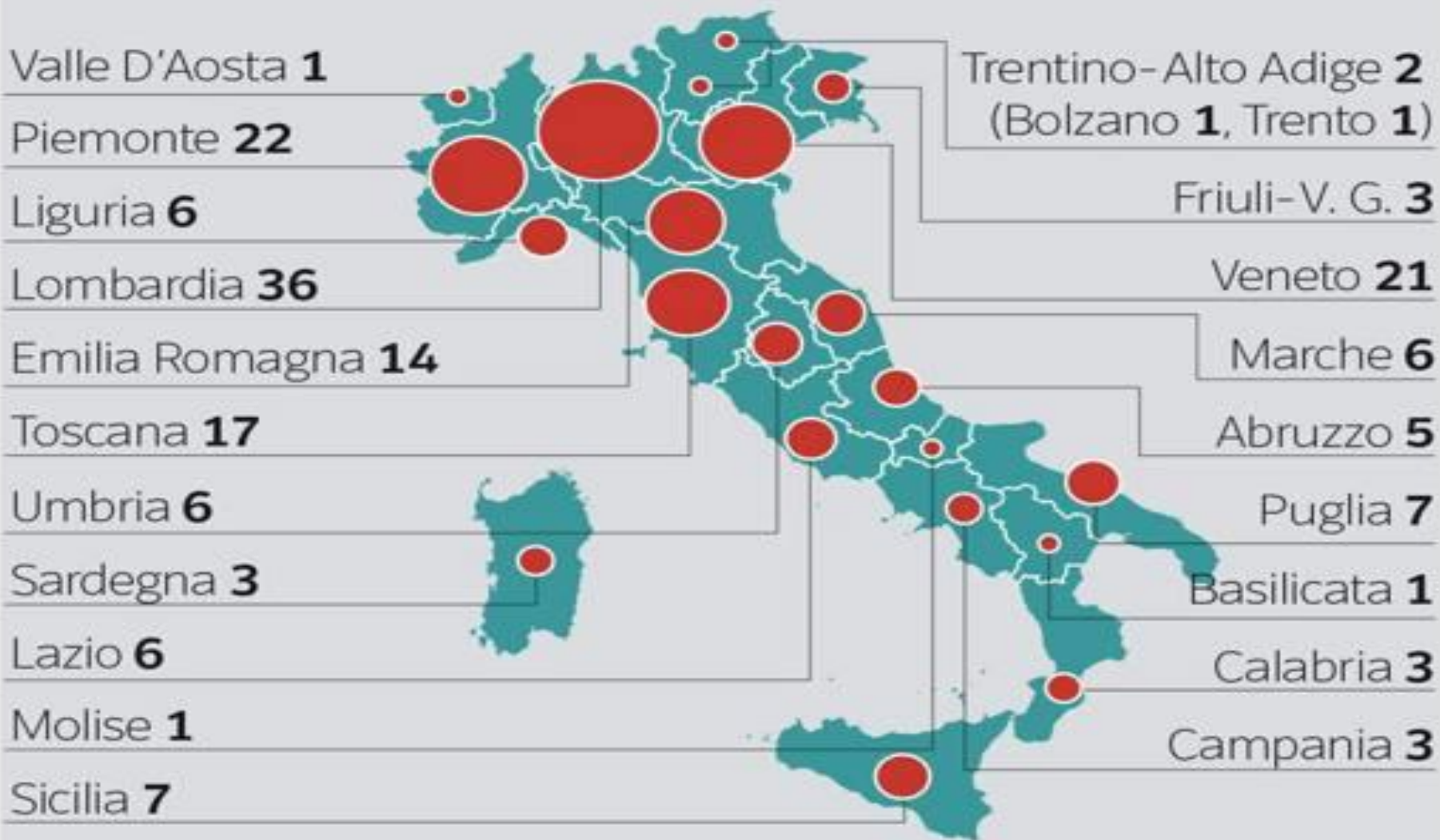
Ad oggi, a livello nazionale, circa il 60-70% dei pazienti con ictus ischemico acuto che dovrebbero essere trattati riceve trombolisi. Per migliorare questo dato sono state adottate varie strategie nelle diverse Regioni. Ad esempio nella Regione Lazio il Protocollo clinico assistenziale e l'organizzazione della rete ospedaliera per l'ictus cerebrale prevedono che **gli Ospedali dotati di team neuro vascolare, pur essendo privi di una Unità neuro vascolare vera e propria, effettuino la trombolisi intravenosa**. Questa strategia, debitamente supportata da un percorso formativo del personale dell'emergenza affiancato da una serie di provvedimenti normativi regionali, ha permesso di aumentare rapidamente nel corso degli ultimi due anni la "copertura" del territorio in termini di accesso al trattamento di rivascolarizzazione farmacologica cerebrale ed alla rete ictus..

**PERCORSO STROKE**





# La mappa delle Stroke Unit in Italia\*



\*Altre cinque unità non ancora registrate (aggiornato a novembre 2014)

CdS

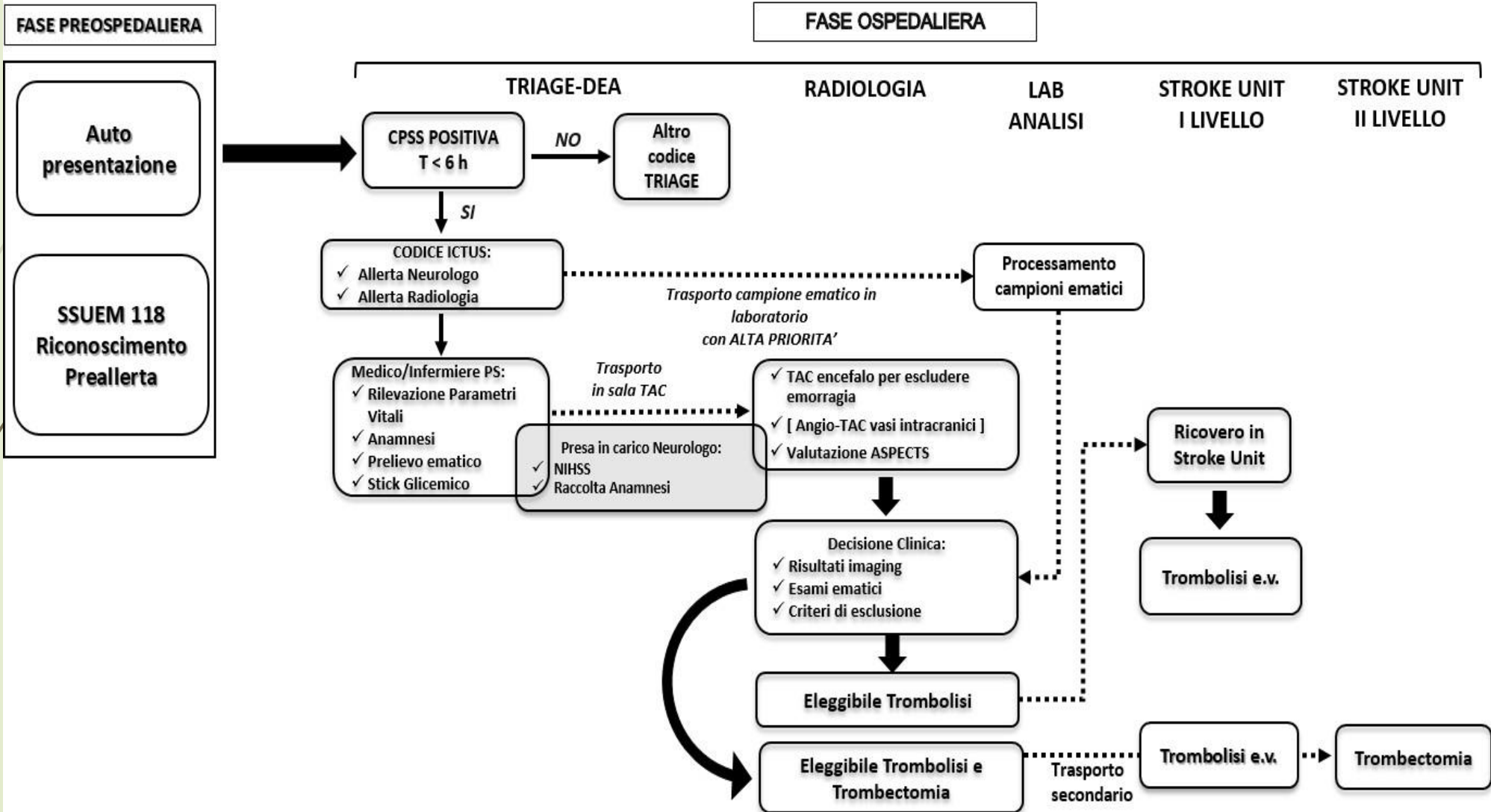


# ICTUS E OSPEDALIZZAZIONI

**Dal 2011 al 2016, le ospedalizzazioni per eventi cerebrovascolari sono diminuite mediamente in Italia del 15% sia negli uomini che nelle donne, tranne in alcune Regioni come la Valle D'Aosta (dato italiano più elevato per le donne 719,8x100.000) e il Molise (dato italiano più elevato per gli uomini, 1092,5x100.000), in cui è stato registrato un aumento.**

**Le Regioni con più basso tasso di ospedalizzazione sono risultate per gli uomini il Friuli Venezia Giulia (494,9x100.000) e per le donne il Piemonte (368,7x100.000).**

# FLOW-CHART DEL PERCORSO ICTUS





# APPROCCIO TERAPEUTICO

## Ictus cerebrale ischemico

**Trombolisi e.v.:** rappresenta il Gold standard terapeutico nel paziente che possa essere trattato entro le 4,5 ore e che quindi non presenti controindicazioni assolute.

Il trattamento con r-tPA e.v. (0,9 mg/kg, dose massima 90 mg, il 10% della dose in bolo, il rimanente in infusione di 60 minuti) è indicato entro 4.5 ore dall' esordio di un ictus cerebrale ischemico.

Pazienti trattati con terapia anticoagulante orale con farmaci anti-vit K e  $INR \leq 1.7$  pur presentando un rischio più elevato di emorragia cerebrale sintomatica hanno una mortalità ed un outcome funzionale comparabili a quelli di pazienti non **anticoagulati**. Pertanto a giudizio del clinico possono essere sottoposti a trombolisi i.v. o, nei centri adeguatamente organizzati, a trattamenti di rivascolarizzazione i.a.



# Ictus cerebrale emorragico

**Trattamento neurochirurgico:** Il trattamento chirurgico dell'emorragia cerebrale è indicato in caso di emorragie cerebellari di diametro  $>3$  cm con quadro di deterioramento neurologico o con segni di compressione del tronco e idrocefalo secondario a ostruzione ventricolare.

**Trattamento chirurgico/endovascolare di un aneurisma:** Gli elementi a favore per tale trattamento sono la giovane età pregressa ESA da altro aneurisma, familiarità per ESA e/o aneurismi, presenza di ipertensione arteriosa non controllata, necessità di trattamento anticoagulante, diametro superiore ai 7 mm, sintomi compressivi o evidenza di ingrandimento progressivo della sacca, localizzazione sulla linea mediana (aneurisma dell'arteria comunicante anteriore o della basilare), sacca irregolare.



## ICTUS E DISABILITA'

le persone che attualmente vivono con gli effetti invalidanti di un ictus in Italia hanno raggiunto la cifra di quasi un milione.

I Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali (PDTA) sono interventi complessi mirati alla condivisione dei processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito, critico per definire obiettivi ed elementi chiave dell'assistenza basandosi su evidenze scientifiche e best clinical practice.




## Organizzazione delle cure per ictus in Italia

Regione	Esistenza PDTA regionale	Rete Ictus: centralizzazione pazienti con ictus ischemico	Rete Ictus: centralizzazione pazienti con ictus emorragico	PDTA (protocollo per il prosieguo delle cure) in ambiente riabilitativo/ lungodegenza/cure palliative
Abruzzo	NO <sup>1</sup>	SI <sup>2</sup>	SI <sup>3</sup>	NO
Basilicata	SI <sup>4</sup>	SI	SI	SI
Calabria	SI	SI	SI	SI
Campania	NO <sup>1</sup>	NO	NO	SI <sup>5</sup>
Emilia-Romagna	SI	SI	SI	SI
Friuli-Venezia Giulia	SI	SI	SI	SI
Lazio	SI	SI <sup>6</sup>	SI	NO
Liguria	NO <sup>7</sup>	SI <sup>8</sup>	SI	SI
Lombardia	SI	SI	SI	SI
Marche	SI	SI <sup>9</sup>	SI	NO
Molise	NO	SI	SI	NO
Piemonte	SI	SI	SI	SI
Puglia	NO <sup>10</sup>	SI	NO <sup>11</sup>	NO
Sardegna	NO <sup>12</sup>	SI	NO	NO
Sicilia	NO <sup>13</sup>	NO <sup>14</sup>	NO <sup>15</sup>	NO
Toscana	SI	SI	SI	SI
Trentino-Alto Adige	SI	NO <sup>16</sup>	NO <sup>14</sup>	NO
Umbria	SI	SI <sup>17</sup>	SI	SI
Valle d'Aosta	SI	SI	SI	SI
Veneto	SI	SI	SI	SI

<sup>1</sup> Sono presenti PDTA per l'ictus cerebrale a livello aziende e presidi ospedalieri.





L'evidenza scientifica indica chiaramente che la gestione del paziente a rischio o colpito da ictus deve essere organizzata in modo sistematico ed integrato, tenendo conto di tutte le tappe del percorso assistenziale che va dalla prevenzione, alle cure appropriate nella fase acuta, alla riabilitazione ed al reinserimento sociale.

# Continuità dell'assistenza al paziente con ictus cerebrale (necessità di un sistema integrato di cura)

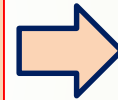
## Fase della prevenzione

- ✓ Informazione ed educazione
- ✓ Diagnosi dei fattori di rischio
- ✓ Aderenza ai trattamenti
- ✓ Appropriatelyzza
- ✓ Medico di Medicina Generale
- ✓ Medico specialista
- ✓ Conoscenza dei sintomi
- ✓ Attacco ischemico transitorio
- ✓ Percorso organizzato



## Fase acuta

- ✓ Fattore tempo
- ✓ Servizio di emergenza
- ✓ DEA (Trombolisi)
- ✓ Stroke Team
- ✓ Stroke Unit
- ✓ Riabilitazione precoce
- ✓ Dimissione guidata



## Fase post-acuta

- ✓ Riabilitazione intensiva
- ✓ Riabilitazione estensiva
- ✓ Care-giver riabilitativo
- ✓ Medico di Medicina Generale
- ✓ Prevenzione secondaria
- ✓ Supporto psicologico
- ✓ Supporto sociale

**L'ICTUS È UNA PATOLOGIA AD ALTO IMPATTO  
DISABILITANTE.**  
QUALE GENERE RECUPERA MEGLIO IL GRADO DI  
DIPENDENZA ?

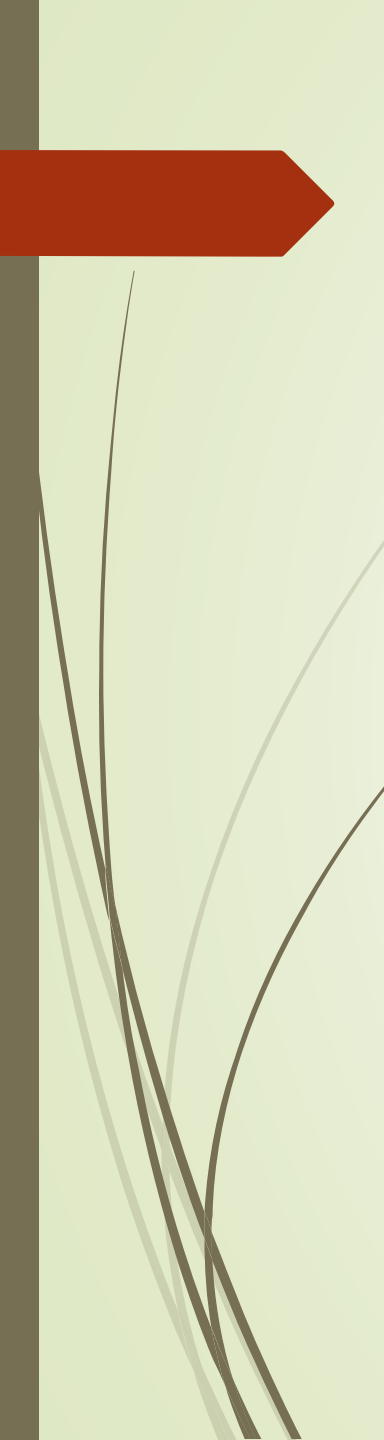




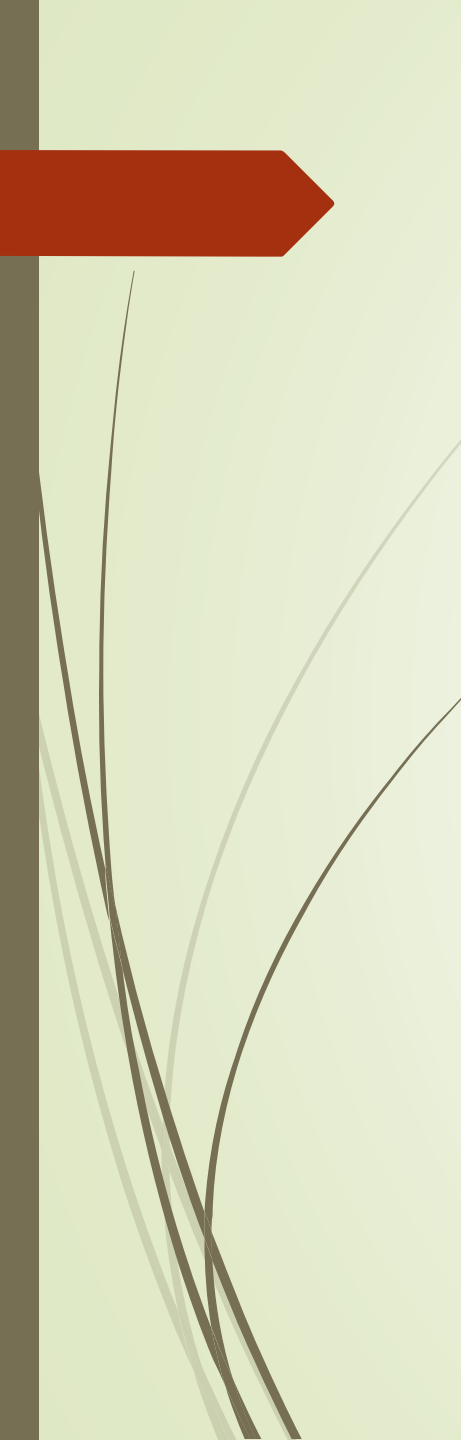


**UOMINI E DONNE: COME IL GENERE INFLUENZA LA STORIA NATURALE DELLA MALATTIA. - PROGRAMMI NAZIONALI E REGIONALI, BUONE PRATICHE ED ESEMPI DI APPROCCIO DI GENERE ALLA MALATTIA CEREBROVASCOLARE (LINEE GUIDA ISO-SPREAD)**

La maggior parte degli studi hanno riportato che le donne e gli uomini hanno la stessa probabilità di accedere ai percorsi riabilitativi dopo un ictus. Uno studio italiano ha dimostrato che dopo il trattamento riabilitativo si evidenzia una differenza di genere: **gli uomini, a parità di età e di gravità dell'ictus, hanno una maggiore probabilità di ritrovare l'autonomia, nel mettersi in piedi e nelle attività della vita quotidiana, ottenendo una migliore qualità di vita a tre mesi dall'evento indipendentemente dall'età e da altre caratteristiche demografiche e cliniche.**



Tra le ipotesi proposte per spiegare questo fenomeno riportiamo **il maggior declino cognitivo, la situazione sociale generalmente più sfavorevole e forse una maggiore prevalenza di depressione post-ictus nelle donne**, anche se i dati a sostegno di queste ultime non sono uniformi. In seguito a un ictus **i pazienti riferiscono una riduzione dell'attività sessuale a causa di un minore senso di benessere e la comparsa di disfunzione sessuale; tuttavia i problemi sessuali sono generalmente trascurati nella riabilitazione del paziente con ictus, nonostante l'impatto sulla qualità della vita**



Cresce il numero di sopravvissuti all'ictus e, di conseguenza, si moltiplica il bisogno di riabilitazione. In Italia il numero di persone che convive con **disabilità conseguenti all'ictus sta raggiungendo ormai la soglia del milione (930mila)**. Ciascun medico di medicina generale assiste 4-7 pazienti colpiti dalla malattia e 20 sopravvissuti con disabilità. Eppure solo sei Regioni in Italia presentano percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali aggiornati e attivi per la riabilitazione. Sono Valle d'Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna e Marche. Nelle restanti Regioni, secondo uno studio realizzato dall'Associazione per la lotta all'Ictus cerebrale (Alice Italia Onlus)

Fonte Sole 24 ore 2017

**NEL NOSTRO PAESE, SOLO UN TERZO DELLE PERSONE È CONSAPEVOLE DI ESSERE COLPITO DA ICTUS E LA MAGGIOR PARTE NON CONOSCE I POSSIBILI SEGNI O SINTOMI DEL DANNO CEREBRALE.**



**Le conoscenze degli italiani in materia di ictus sono state esplorate mediante un'indagine su un campione rappresentativo nazionale. In occasione della VII Giornata Mondiale contro l'ictus cerebrale (2011), A.L.I.Ce. Italia Onlus ha presentato i risultati definitivi dell'indagine condotta sulla conoscenza dell'ictus nella popolazione, realizzata dall'Associazione in collaborazione con il Censis e l'Università degli Studi di Firenze –tra i 1000 partecipanti (474 uomini, età media  $48.8 \pm 17.2$ ).**

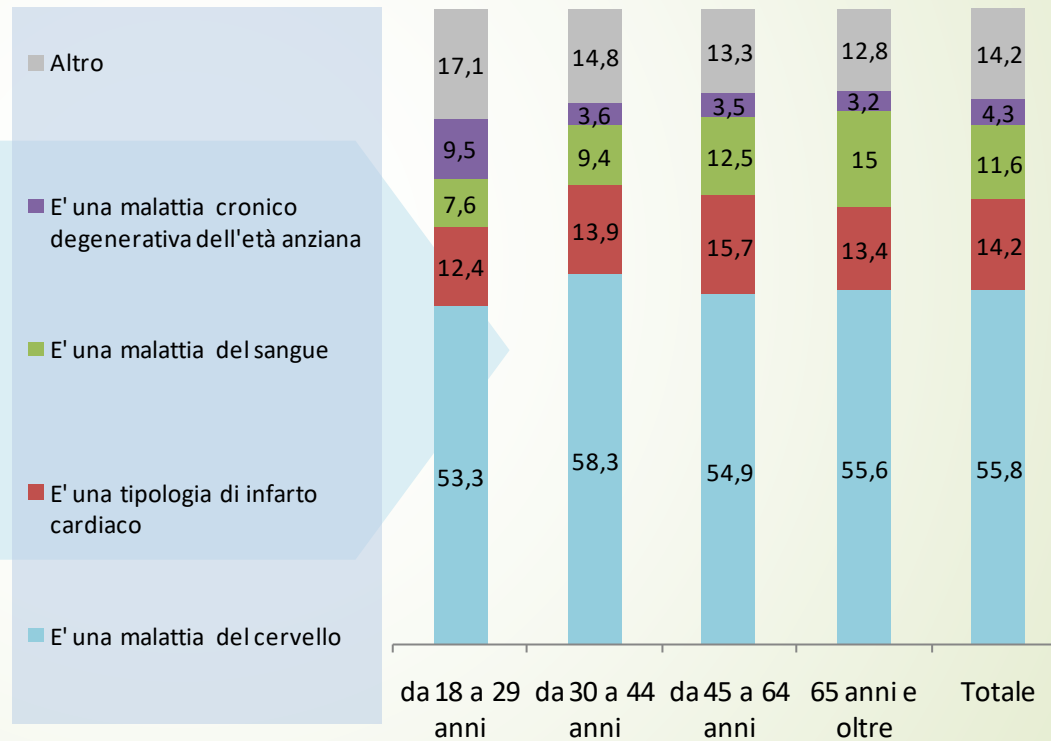
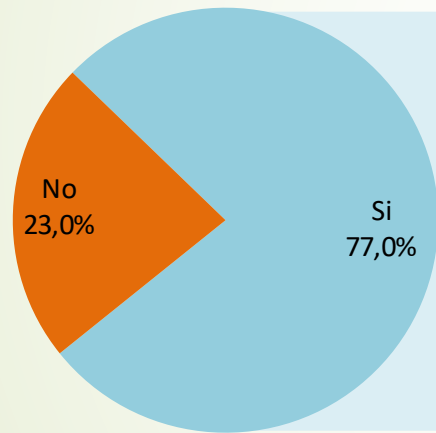


**solo il 26.2% conosceva l'esistenza del trattamento trombolitico, e solo il 15% l'esistenza delle Unità neurovascolari (Stroke Unit)**

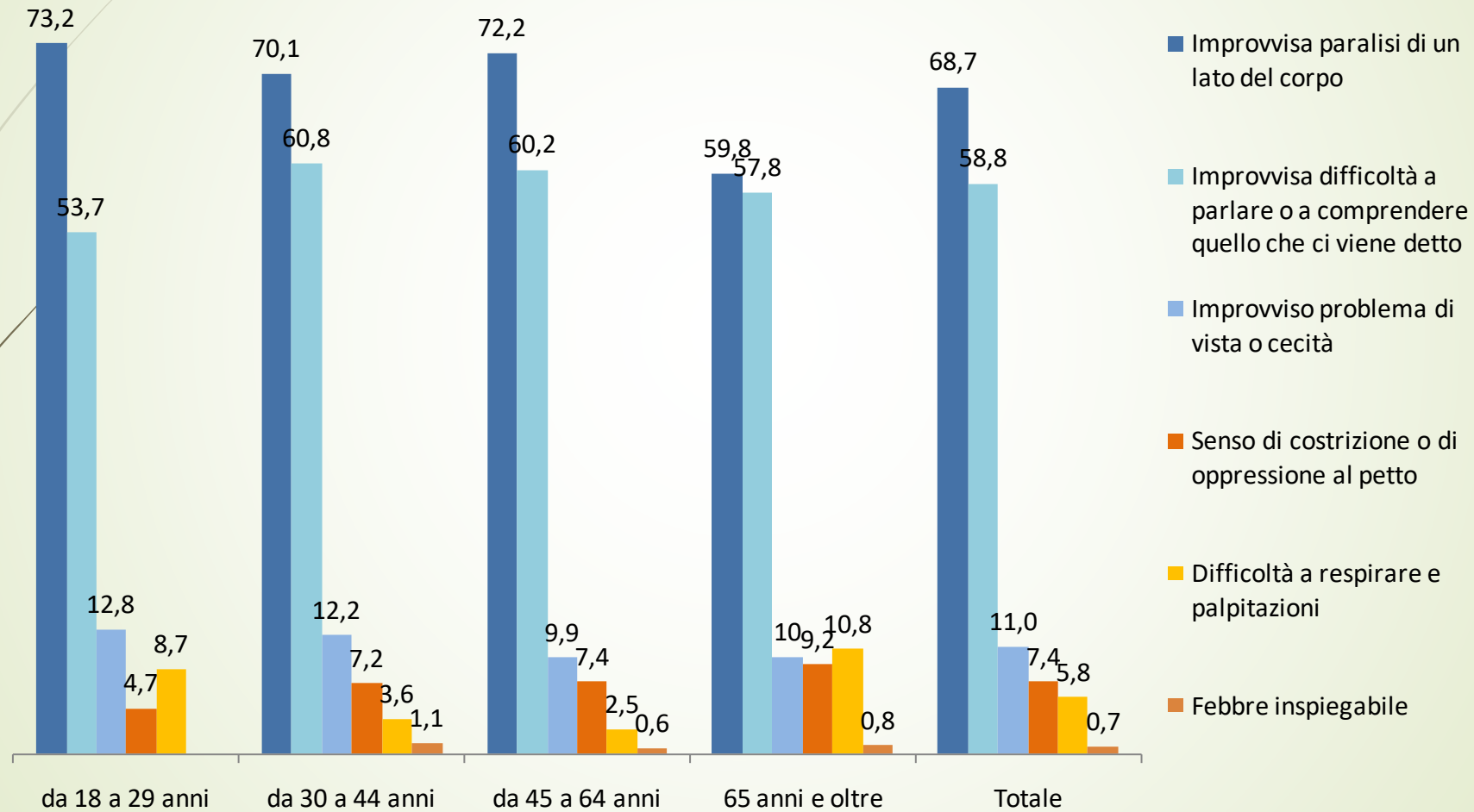


# La conoscenza e la definizione dell'ictus

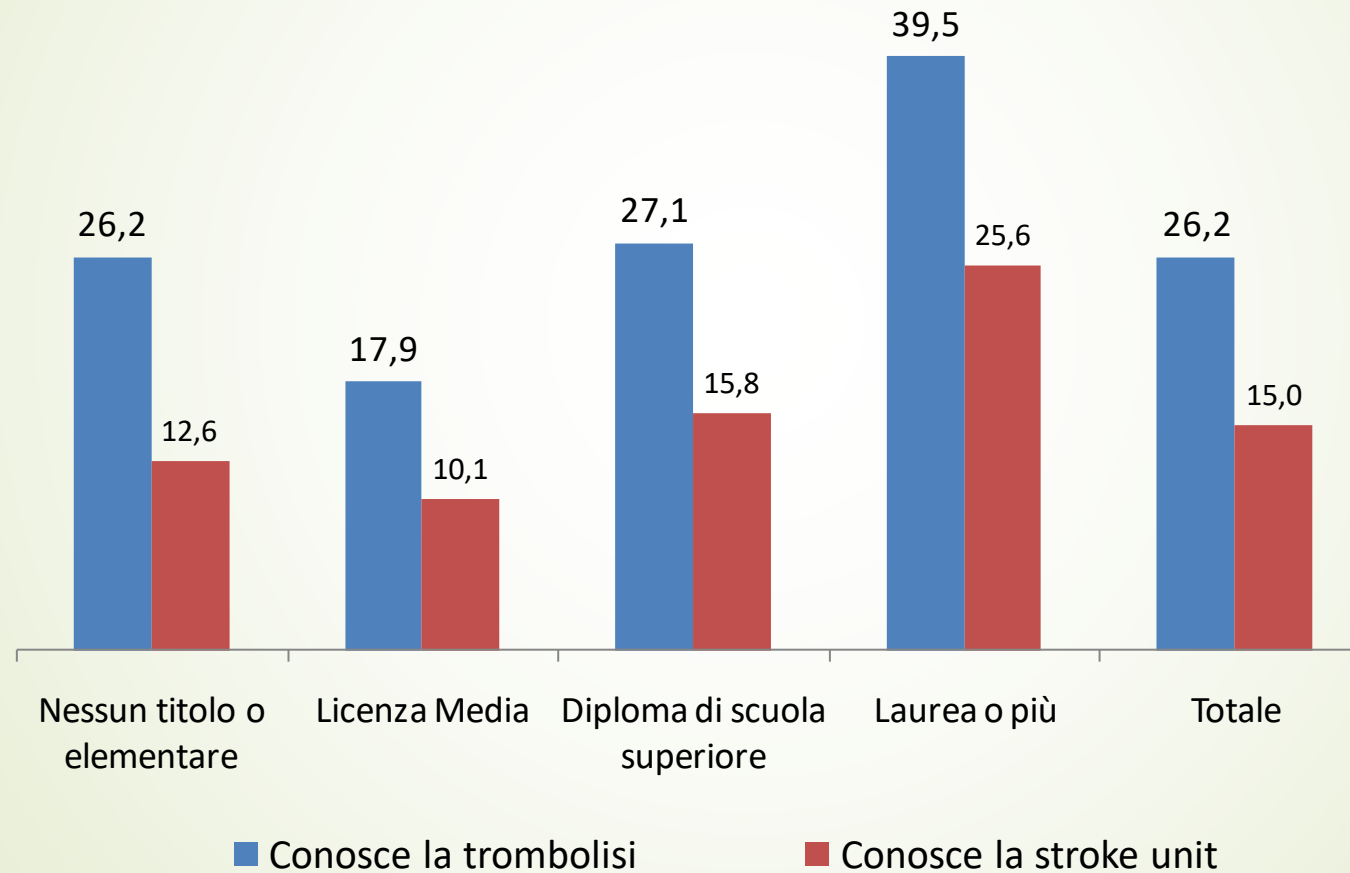
## Sanno cos'è l'ictus



# I sintomi che fanno pensare all'ictus



# La conoscenza delle terapie




**Tabella 2. Domande di apertura dell'intervista**

<b>Gruppo 1</b>	Mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della malattia del/della Sig./Sig.ra X durante il ricovero, in particolare durante la riabilitazione e in vista della dimissione, dal punto di vista degli elementi positivi e negativi?
<b>Gruppo 2</b>	Mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della malattia del/della Sig./Sig.ra X durante il ricovero in ospedale e nel centro riabilitativo, e in particolare durante i primi mesi dopo il ritorno a casa, dal punto di vista degli elementi positivi e negativi?

**Tabella 3. Domande di stimolo e supporto poste durante l'intervista**

- Mi racconti come è insorta la patologia e come ha trascorso la degenza in ospedale durante la fase acuta. Quali sono stati i suoi sentimenti, angosce, paure, difficoltà, bisogni e come li ha superati o cercato di farlo?
- Mi racconti come ha trascorso la degenza presso il centro riabilitativo. Quali sono stati i suoi sentimenti, angosce, paure, difficoltà, bisogni e come li ha superati o cercato di farlo?
- Crede di avere avuto, in previsione della dimissione, bisogni per i quali non c'è stata una risposta adeguata? Se sì, quali (informazioni, supporto emotivo, addestramento)?
- Mi può dire qualcosa in merito al suo rapporto con il personale di reparto?
- Riesce a individuare alcuni aspetti positivi di questa esperienza?
- Quali risorse personali ha utilizzato per affrontare questa esperienza?
- Che cosa la preoccupa del futuro?
- Come ha/avete trascorso i primi giorni a casa? (Solo gruppo 2)
- Come ha/avete trascorso i primi mesi a casa? (Solo gruppo 2)





“È stato traumatico perché una persona che stava benissimo fino alla sera prima... Il giorno dopo non c'è più... Non è più lui. All'inizio ho pensato al peggio e mi sono augurata che non accadesse; adesso non so dire se ho fatto bene... Perché è la qualità di vita la cosa più importante e non so lui che qualità di vita abbia...”  
(gruppo 1, figlia, 51 anni; BI = 15).

“Quello che abbiamo notato è che si comportava come una persona ubriaca perché pendeva dal lato sinistro... Vedevamo che c'era qualcosa di strano, ma pensavamo che fosse un po' brillo... Così abbiamo aspettato fino al giorno dopo ad andare in Pronto Soccorso...” (gruppo 1, figlia, 27 anni; BI = 95).

“Per me è stato uno shock incredibile vedere mia moglie in quello stato lì... Non avrei mai pensato che l'ipertensione potesse causare una emorragia cerebrale così estesa e fare di questi danni...”  
(gruppo 2, marito, 63 anni; BI = 15).

Ti senti cadere addosso un masso...

Emerge inoltre la confusione e l'ignoranza sia rispetto ai fattori di rischio sia per quanto riguarda segni e sintomi, che talvolta si sono manifestati senza essere propriamente riconosciuti.

#### Il piano assistenziale nelle complicanze da ictus

Mantenere l'ambiente rilassato laddove possibile per facilitare la comunicazione

Parlare al paziente in modo pacato: il paziente non e' sordo!  
Lasciare il tempo di rispondere!

Fornire strumenti semplici come carta e penna

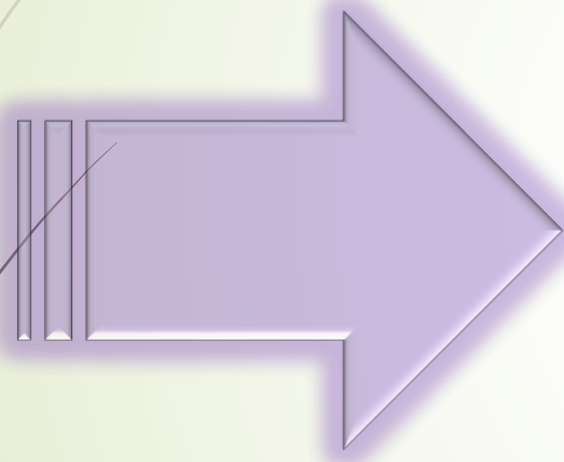
Lasciare che il paziente maneggi oggetti per avere un contributo sensoriale e far placare la rabbia

Usare i gesti insieme al linguaggio e fornire una mimica facciale rilassata e pacata



## IL RUOLO DELL'INFERMIERE

ALIMENTAZIONE NUTRIZIONE

- 
- Alterata funzionalità della bocca
  - Difficoltà nel portare il cibo alla bocca
  - Rischio di disidratazione e malnutrizione
  - Valutazione del bilancio E/U e apporto calorico
  - Gestione attenta di presidi quali SNG e PEG

# DISFAGIA



**Gli infermieri in ogni situazione professionale, se hanno avuto un addestramento idoneo, dovrebbero somministrare ed interpretare uno screening per la disfagia entro le 24 ore in cui il paziente con stroke ha recuperato consapevolezza ed allerta. Questa indagine dovrebbe inoltre essere completata ad ogni cambiamento delle condizioni neurologiche o cliniche, o della deglutizione. Lo screening dovrebbe comprendere:**





# DISFAGIA

- .. Valutazione della vigilanza e capacità di partecipazione;
- .. Osservazione diretta dei segni di difficoltà della deglutizione orofaringea (soffocamento, tosse, voce bagnata).
  - .. Valutazione della protrusione della lingua;
  - .. Valutazione della sensibilità faringea;
  - .. Somministrazione del test dell'acqua .;
  - .. Valutazione della qualità della voce.

Nei casi in cui s'identificasse la difficoltà deglutitoria, il paziente dovrebbe essere inviato ad uno specialista per un'ulteriore valutazione e gestione o un'intepretazione esatta da personale infermieristico formato

**RIVALUTAZIONE CONTINUA DEL PAZIENTE!**

## MOBILIZZAZIONE PAZIENTE

83

La **riabilitazione** dovrebbe essere iniziata il più presto possibile in quanto può ridurre il numero dei pazienti dipendenti dopo l'ictus.

**L'intensità del programma** dipende dalle condizioni del paziente e dal grado di disabilità.

Se la riabilitazione precoce non è possibile (p.e. ridotto stato di coscienza), deve essere eseguita una **mobilitazione passiva** per ridurre il rischio di contratture, dolori articolari, piaghe da decubito e polmonite

- **Raccomandazioni e l'infermiere:**
  - ← Ogni paziente dovrebbe avere accesso alla valutazione riabilitativa (FKT)
  - ← La riabilitazione deve essere iniziata precocemente dopo l'ictus
  - ← L'intensità e la durata della
- **riabilitazione dovrebbe essere ottimale per ogni paziente.**
  - ← Il paziente con un ictus cronico
- **dovrebbe essere supportato dal proprio ambiente familiare. Questo include il supporto del medico di famiglia, valutazione dei servizi di riabilitazione ambulatoriale ed il supporto nella funzione psico-sociale e anche dei servizi territoriali.**



## Assistenza domiciliare e complicanze neurologiche da ictus

IL RECUPERO DEL SELF CARE ED  
EDUCAZIONE DEI FAMILIARI

**Attività di self care** (mangiare, vestirsi, andare in toilette) andrebbero riprese appena possibile;

**Partecipazione attiva del paziente** dovrebbero aiutarlo a riconquistare il controllo ed aumentarne la forza, resistenza e consapevolezza dell'ambiente circostante.


**L'attività mentale** ha la stessa rilevanza di quella fisica e i tentativi di stimolare la capacità di risolvere i problemi, la comunicazione e le attività sociali, fanno parte integrante dell'assistenza in fase acuta.



## TUTTO SUL PESO DEL CAREGIVER







Dati scientifici riportati nelle linee guida nazionali (ISO-Spread, 2016) ed internazionali (American Stroke Association, 2016) indicano che il **paziente colpito da ictus**, una volta rientrato al proprio domicilio dopo un periodo relativamente breve trascorso in ospedale o in strutture riabilitative, oltre ad una adeguata assistenza alla persona, che ha come obiettivo quello di ridurre le complicanze e le comorbidità, deve continuare **un'attività finalizzata al migliore recupero funzionale.**

A questo processo il *caregiver* può e deve partecipare con risultati quantitativamente e qualitativamente apprezzabili (misurati da studi scientifici internazionali) sul piano personale, sociale ed economico-gestionale. La partecipazione del *caregiver* (convivente e non convivente) al processo di cura deve quindi essere obbligatoriamente riconosciuta e sostenuta sia organizzativamente che economicamente.

Un *caregiver* preparato e sostenuto emotivamente sarà sicuramente una persona in grado di utilizzare in maniera più efficace i servizi disponibili sul territorio e di prendersi cura in maniera più appropriata del malato. Se il futuro dei sistemi sanitari è il potenziamento della comunità e delle sue risorse, anche chi assiste direttamente i pazienti all'interno del nucleo familiare dovrebbe essere maggiormente considerato e aiutato.

A maggior ragione, prendere per mano i *caregivers* e accompagnarli con competenza lungo un percorso di supporto potrebbe rappresentare un nuovo ambito d'azione della professione infermieristica da rimuovere dall'elenco delle numerose azioni invisibili.

## POST-ICTUS E DISABILITA' CORRELATA

**Ci sono dei diritti per chi assiste la persona colpita da ictus?**

**Cosa sono i permessi retribuiti?**

*Il soggetto che assiste la persona colpita da disabilità o una persona anziana (in inglese caregiver) normalmente è coniuge, fratello, figlio o altro familiare. La legge 104 del 5.2.1992 stabilisce all'art. 33 che, a condizione che la persona bisognosa non sia ricoverata a tempo pieno, il lavoratore dipendente pubblico o privato che l'assiste ha diritto di fruire di 3 giorni di permesso mensile retribuito e coperto da retribuzione, anche in maniera continuativa. Il permesso non può essere riconosciuto a più di un lavoratore per assistere la stessa persona. Tuttavia per lo stesso figlio è riconosciuto a entrambi i genitori che possono fruirne alternativamente. Il lavoratore che ha ottenuto il permesso ha poi diritto a scegliere ove possibile la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona da assistere e non può essere trasferito senza il suo consenso ad altra sede.*

## POST-ICTUS E DISABILITA' CORRELATA

### **Cosa sono i congedi retribuiti?**

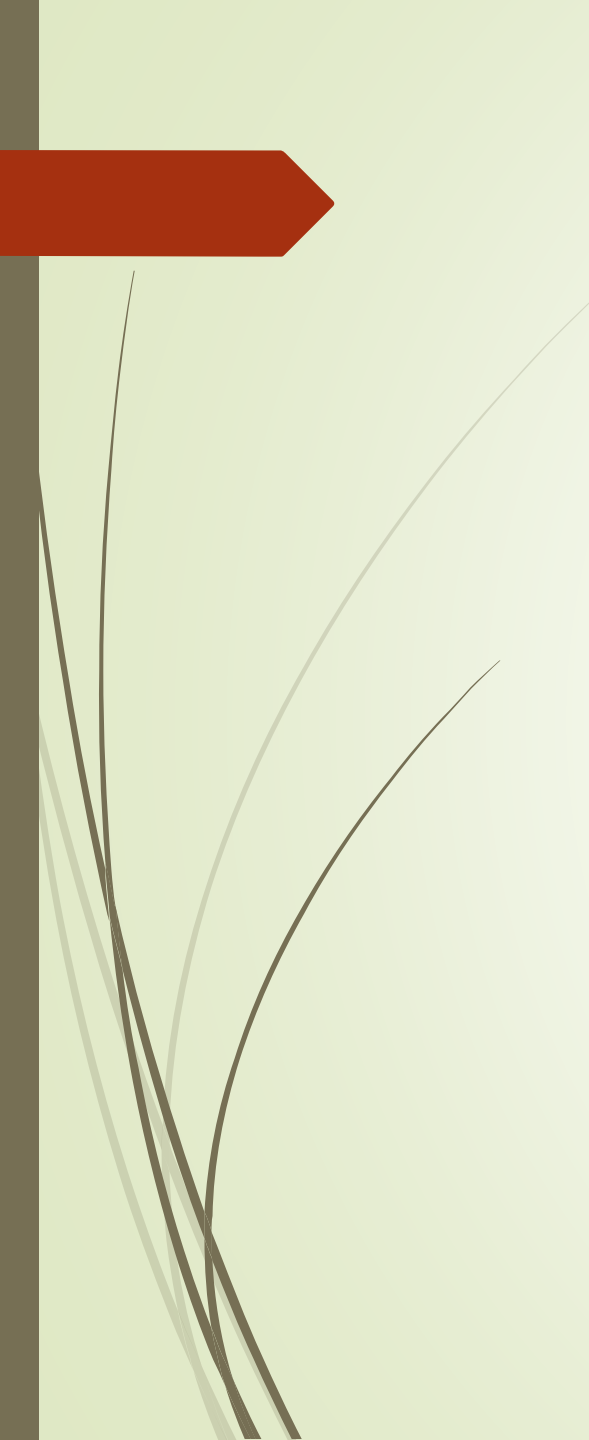
*R: Sono permessi retribuiti che spettano a beneficiari potenziali: coniuge, genitore, figli, fratelli, sorelle, con condizioni diverse di priorità nell'accesso ai congedi. La Corte Costituzionale ha esteso il beneficio anche ai parenti e affini entro il 3° grado. Rimane ferma la condizione dell'assenza di ricovero, salvo il caso particolare in cui la presenza del familiare sia richiesta dalla struttura sanitaria: è il caso del ricovero ospedaliero in cui la persona può necessitare della vigilanza di un parente.*

*Altra condizione è l'assenza di attività lavorativa da parte della persona disabile da assistere. Altro requisito è la convivenza nel caso in cui il congedo retribuito sia richiesto dal coniuge, dai figli, dai fratelli o sorelle della persona con handicap. Ovviamente si deve trattare di persona con handicap in situazione di gravità.*



## POST-ICTUS E DISABILITA' CORRELATA

*Il primo beneficiario è il coniuge convivente con la persona gravemente disabile. In mancanza, o se anche il coniuge è affetto da patologie invalidanti, hanno diritto il padre o la madre, senza limiti di età. In mancanza, o in presenza di cause invalidanti del padre e della madre, ha diritto a usufruire del congedo il figlio convivente. In mancanza, o in caso di invalidità anche del figlio, ne beneficiano fratelli e sorelle conviventi. Altrimenti, parenti e affini fino al 3° grado. I permessi sono consentiti fino a due anni, per ciascuna persona portatrice di handicap e nell'arco della vita lavorativa. Non è mai possibile per lo stesso lavoratore fruire del raddoppio dei congedi.*



Per evitare disabilità secondarie (p. es., retrazioni) e aiutare a prevenire la depressione, la riabilitazione deve iniziare non appena i pazienti sono clinicamente stabili. Le misure preventive per alcune complicanze (p. es., ulcere da decubito) devono essere avviate ancora prima che i pazienti si siano clinicamente stabilizzati. I pazienti possono iniziare con sicurezza a mettersi in posizione seduta una volta che sono completamente coscienti e che i loro deficit neurologici non progrediscono più, solitamente  $\leq 48$  h dopo l'ictus.

Nelle fasi iniziali della riabilitazione, quando gli arti colpiti sono flaccidi, ogni articolazione viene passivamente mobilizzata in tutto il range di movimento

## GLI OBIETTIVI DELLA RIABILITAZIONE FASE POST ACUZIE


- **la limitazione delle comorbidità, cioè delle malattie dirette conseguenza dell'ictus**
- **la prevenzione delle recidive**
- **Il recupero dell'autonomia, la definizione dei bisogni e l'organizzazione globale dell'assistenza**



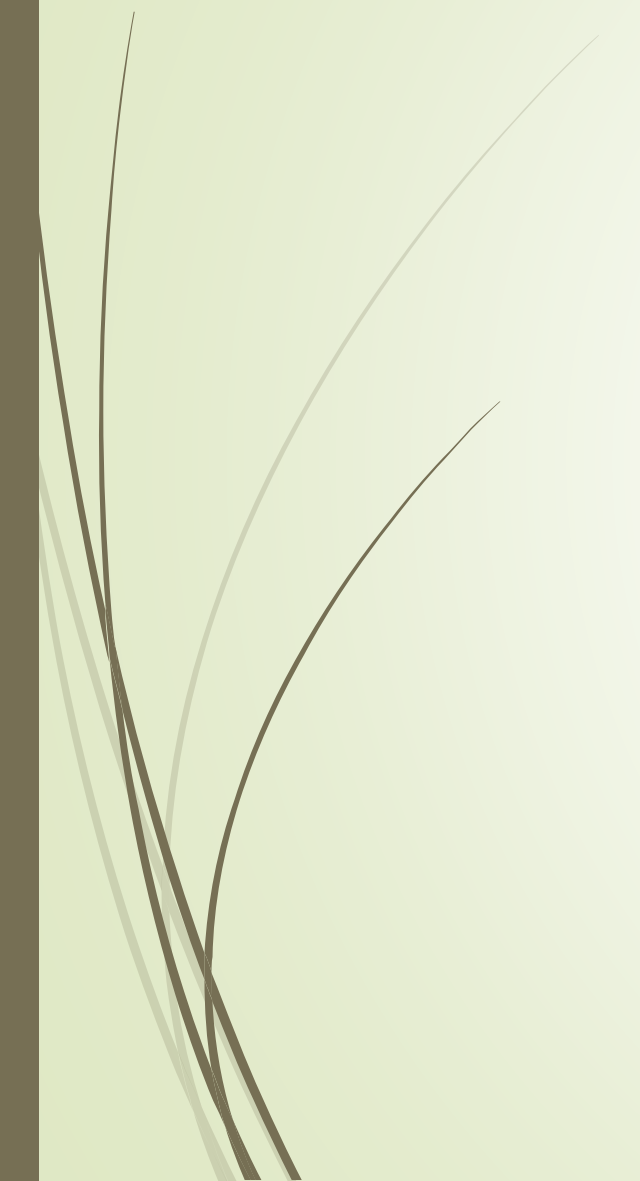
# Riabilitazione dopo un ictus cerebrale


La riabilitazione dopo un ictus cerebrale inizia già all'ospedale. Tutto quanto si intraprende in questa sede mira ad una buona ripresa del paziente, che dopo l'evento acuto deve reinserirsi in famiglia e nella società e poter condurre una vita il più possibile attiva. Alla degenza in ospedale, se necessario, fa seguito la permanenza in una clinica di riabilitazione specializzata. Affinché la riabilitazione possa avere successo occorrono soprattutto la volontà e la motivazione del paziente di collaborare e migliorare la sua situazione. Riabilitazione non significa in primo luogo lasciarsi assistere, bensì esser disposto a imparare cose nuove e ad acquisire una miglior sensazione del proprio corpo.



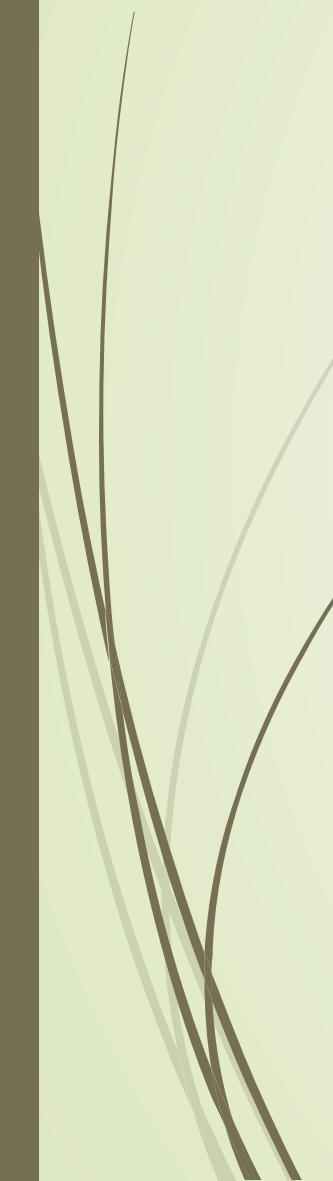



**Di tutte le persone che subiscono un ictus cerebrale, da un quinto a un terzo muore immediatamente o nei 6 mesi successivi all'evento. Circa un terzo resta permanentemente menomato e un altro terzo si ristabilisce completamente dall'ictus. Una menomazione permanente non dipende soltanto dalla localizzazione e dall'entità del danno cerebrale: molto importante è anche una buona riabilitazione.**





La riabilitazione mira a preservare o a migliorare il range del movimento, la forza muscolare, la funzione intestinale e vescicale e l'abilità funzionale e cognitiva. I programmi specifici si basano sulla situazione sociale del paziente (p. es., prospettive di ritornare a casa o al lavoro), sulla possibilità di partecipare a un programma riabilitativo supervisionato da infermieri e terapisti, sulla possibilità di imparare abilità, sulla motivazione e sulle capacità di affrontare le difficoltà. Un ictus che compromette la comprensione spesso rende molto problematica la riabilitazione.





Riabilitazione non significa in primo luogo lasciarsi assistere, bensì esser disposto a imparare cose nuove e ad acquisire una miglior sensazione del proprio corpo.

**La riabilitazione persegue i seguenti obiettivi:**

- Ristabilire l'efficienza fisica e recuperare la fiducia nel proprio corpo.
- Gestire di nuovo la vita di tutti i giorni, con o senza l'aiuto di altre persone.
- Convivere nel miglior modo possibile con eventuali menomazioni.
- Attuare i necessari adeguamenti dello stile di vita e mantenerli a lunga scadenza.
- Evitare o ridurre le conseguenze psichiche e sociali negative dell'ictus



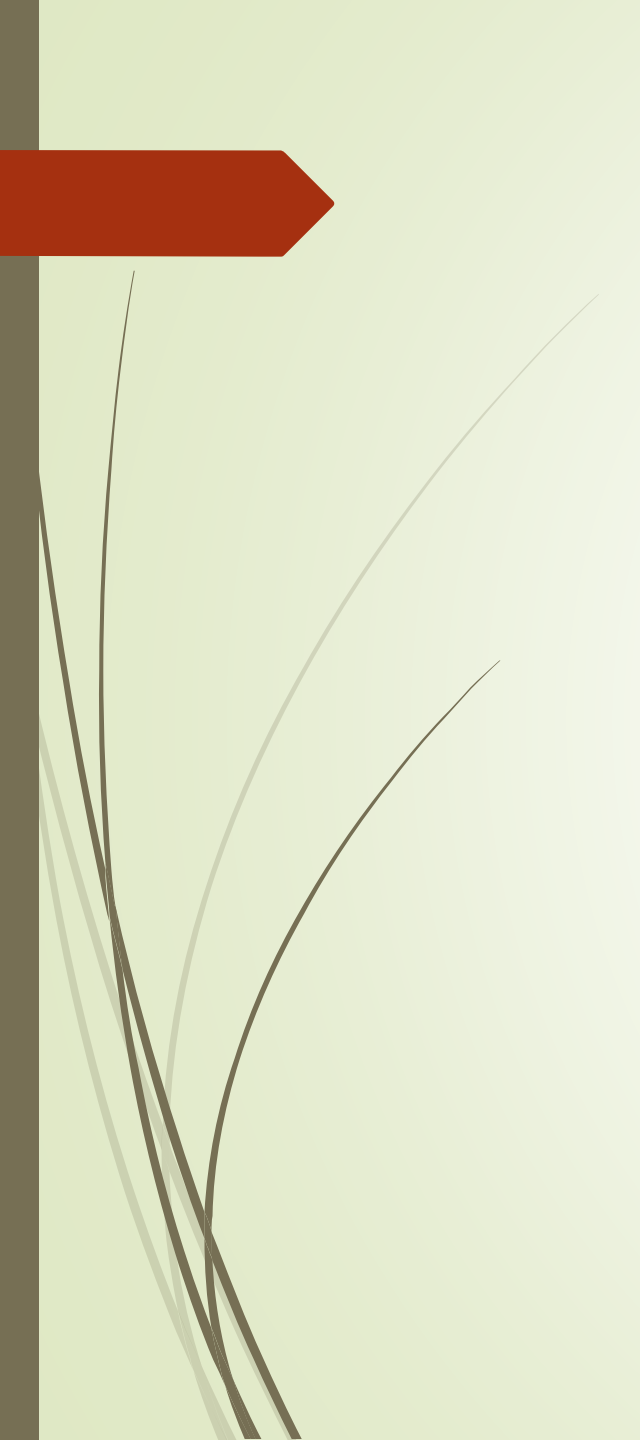
TELEMEDICINA E TELENURSING



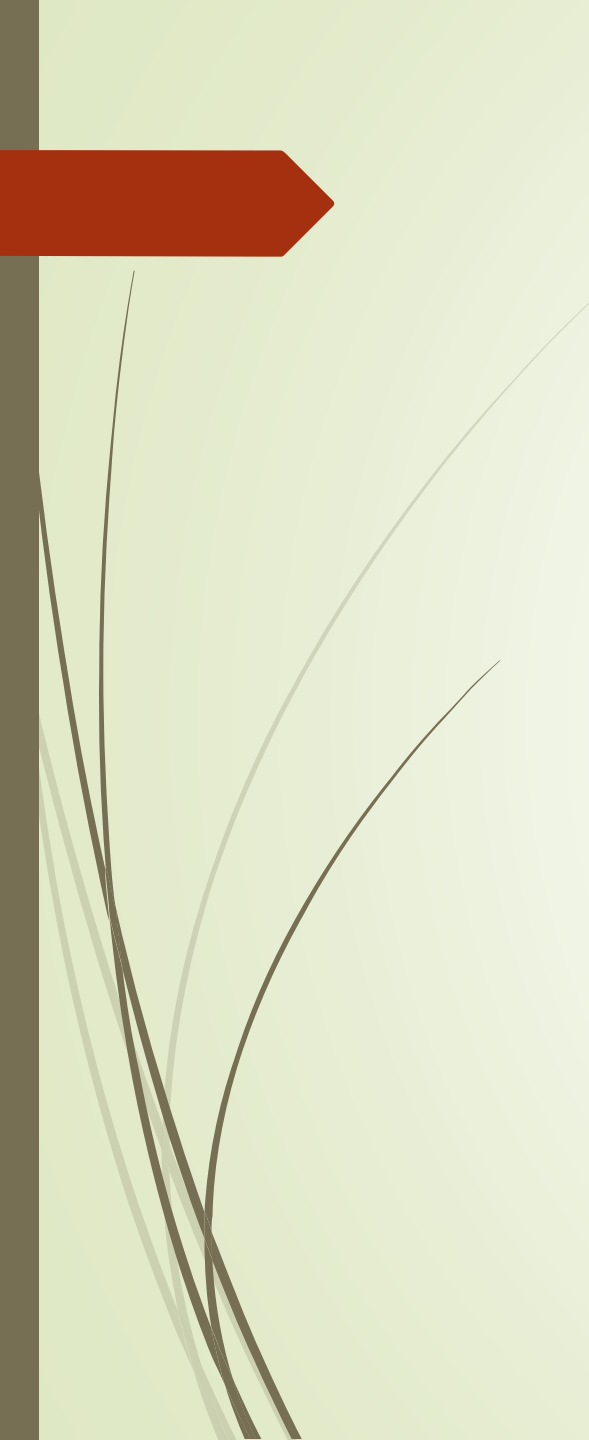


## **NUOVE FRONTIERE DI ASSISTENZA**

Negli ultimi anni abbiamo assistito allo sviluppo di nuove tecnologie e, secondo alcuni dati risalenti al 2013, il numero di persone che usano dispositivi tecnologici è aumentato (Aguilera-Manrique et al., 2018). Nella pratica clinica nasce una nuova frontiera di assistenza, la “e-Health”. Con il termine e-Health si fa riferimento all’uso di mezzi tecnologici per fornire informazioni, risorse e servizi che riguardano la salute, per un miglioramento dell’assistenza al paziente (Eysenbach, 2001). Grazie a questi progressi, se da un lato abbiamo assistito allo sviluppo crescente della telecomunicazione, consentendo all’utente di poter usufruire dei servizi sanitari attraverso una comunicazione a distanza (Ackerman MJ, et al. 2010), dall’altro ci sono stati rilevanti progressi negli studi medici e tecnologici, dalla cui combinazione nasce la Telemedicina. Il termine è stato introdotto negli anni ‘70 dallo statunitense Thomas Bird per indicare “la pratica della medicina senza l’usuale confronto fisico tra medico e paziente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale” (Bird, 1975)



L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) adotta nel 1997 la seguente definizione: “la telemedicina è l'erogazione di servizi sanitari, quando la distanza è un fattore critico, per cui è necessario usare, da parte degli operatori, le tecnologie dell'informazione e delle telecomunicazioni al fine di scambiare informazioni utili alla diagnosi, al trattamento ed alla prevenzione delle malattie e per garantire un'informazione continua agli erogatori di prestazioni sanitarie e supportare la ricerca e la valutazione della cura”.



Da uno studio condotto da Man D. e colleghi (2020) si evince che in molti hanno fatto uso della telemedicina, soprattutto nei mesi di Marzo e Aprile 2020, per cui da 1.000 richieste di assistenza a distanza, in soli 10 giorni, si è registrato un picco di richieste di intervento di 7.000 visite, mitigando così la perdita di risorse umane e gli accessi in pronto soccorso per sintomi minori (Mann D. et al., 2020). Un altro fattore importante della telemedicina, inoltre, è che aumenta la compliance alla terapia. Secondo Mackillop e colleghi (2014), infatti, le donne trattate con la telemedicina si sentivano più seguite attraverso il continuo scambio di informazioni tra medico e paziente (Mackillop, et al., 2014). Tuttavia, il tutto sembra dipendere dalla qualità del sistema informatico utilizzato, intesa come facilità di utilizzo del mezzo. Quando il sistema risulta difficile da usare, infatti, ha poco successo e non è apprezzato dagli utenti (Given, Bunting, O'Kane, Dunne, & Coates, 2015)




## **LA TELERIABILITAZIONE**

Negli ultimi anni, nasce un nuovo modo di fornire servizi di riabilitazione a distanza, attraverso l'uso delle telecomunicazioni: la Teleriabilitazione (TR), un sottocampo della telemedicina (Zampolini M, et al. 2008). Per teleriabilitazione si intende la possibilità di consentire al paziente di ricevere da casa terapie, indicazioni e ausilio sulla fase di riabilitazione. Viene svolto dal paziente, quindi, un programma riabilitativo personalizzato, attraverso un computer, una webcam, sensori indossabili e interfacce ad hoc (Feng, X., & Winters, J. M., 2007).

La teleriabilitazione non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale, ma integra il tradizionale approccio paziente-riabilitatore, coprendo le situazioni in cui è complicato per i pazienti raggiungere le infrastrutture di riabilitazione (Carey JR, et al. 2007), di conseguenza deve ottemperare a tutti i diritti e obblighi propri di qualsiasi atto sanitario.





È un approccio emergente e innovativo e garantisce un valido supporto durante il percorso che il paziente intraprende. Gli ausili utilizzati sono le videoconferenze, che mettono in contatto i pazienti e gli operatori sanitari in tempo reale, le registrazioni delle sessioni e algoritmi automatizzati, che guidano i pazienti attraverso un programma di esercizi riabilitativi (Cherney LR, et al. 2012).

Numerosi studi hanno dimostrato l'efficacia di questo trattamento, sia in termini di miglioramento del disturbo e della partecipazione alle attività, che in termini di compliance da parte del paziente e della famiglia (Peretti A., et al 2017). La prima pubblicazione scientifica sulla teleriabilitazione è datata al 1998 e, negli ultimi anni, in particolare dal 2007, il numero di articoli sull'argomento è aumentato (Rogante M, et al. 2010).

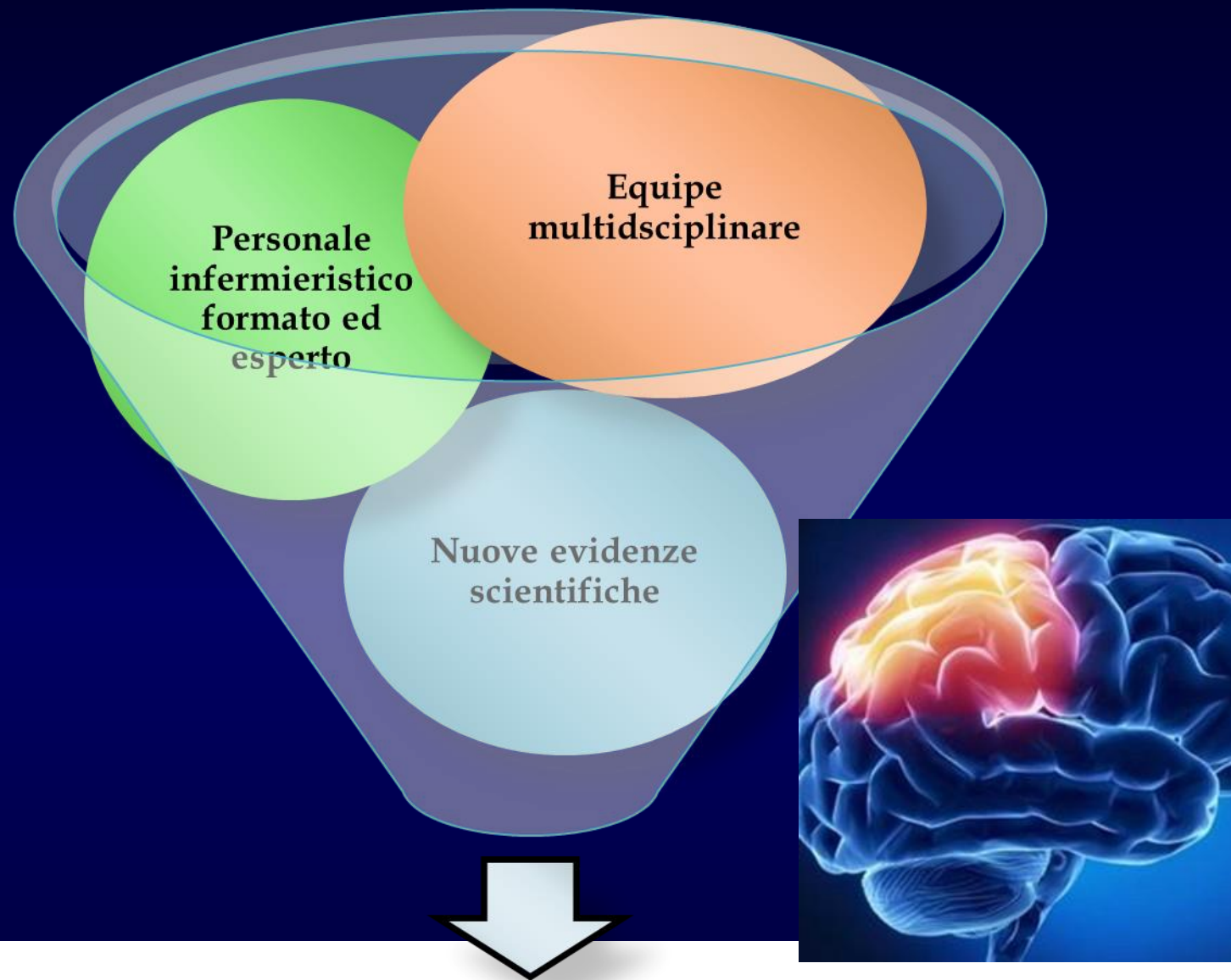


## CAMPI DI APPLICAZIONI

La teleriabilitazione si applica principalmente alla fisioterapia (Mani S., et al. 2017), ma vi è un crescente corpo di evidenze che supportano l'efficacia anche per trattamenti neurologici, logopedici, cardiologici, occupazionali e psicologici, sia per popolazioni anziane (Burton, 2018), che per popolazioni pediatriche (Simone, 2018).


Tra i vari deficit neurologici su cui la TR risulta applicabile si ricordano: i tumori cerebrali (Van der Linden et al., 2018), malattia di Alzheimer (Jelcic, 2014), sclerosi multipla (Zampolini M, et al., 2008), afasia primaria progressiva (Meyer, 2016), malattia di Parkinson (Dias, 2016), ictus (Jagos H, et al., 2015), disturbo da deficit di attenzione/iperattività e sclerosi multipla a esordio infantile (Borghese, N. A., et al., 2018). Tuttavia, in letteratura non sono riportate i presupposti teorici, le descrizioni degli esercizi e delle attività svolte e le caratteristiche del compito necessarie per incrementare la difficoltà dell'esercizio. Vengano riportati, però, gli ambiti neuropsicologici su cui la teleriabilitazione può intervenire: l'attenzione, la memoria, le funzioni esecutive e il linguaggio (Solana, 2014).

104




**Possono ridurre /migliorare le complicanze neurologiche da ictus**


## Conclusioni



**1) Gli operatori sanitari si devono orientare sull'effettivo esercizio di competenza coerente con il bisogno dell'assistito individuando responsabilmente gli obiettivi di salute**



**2) L'infermiere seguendo le linee guida e' in grado di prevenire le complicanze neurologiche da ictus avvalendosi di studi scientifici e di ricerca scientifica su banche date validate.**



**3) Individuare con l'equipe di lavoro gli obiettivi guidando i collaboratori e il personale di supporto nella pianificazione assistenziale valutandone i risultati permette di migliorare gli obiettivi di assistenza infermieristica**



Grazie per l'attenzione