



**AZIENDA OSPEDALIERA REGIONALE
"S. CARLO" DI POTENZA**

OSPEDALE "SAN CARLO" DI POTENZA
OSPEDALE "SAN FRANCESCO DI PAOLA" DI PESCAPAGANO



A.I.T.O.

ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI
TERAPISTI OCCUPAZIONALI

**Terapia occupazionale
un'opportunità per l'autonomia**



STROKE: GESTIONE FASE ACUTA

**Luca Onofrio
SCAPPATURA**

**Presidente A.L.I.Ce. Basilicata
Neurologo
S.S.D. Stroke Unit - U.O.C. Neurologia**



A.L.I.Ce. Basilicata

**Associazione per la Lotta
all'Ictus Cerebrale**



Camera di Commercio - Matera 24 Maggio 2019

L'ictus è un'emergenza

- La **terza** causa di **morte** (69.000 decessi l'anno)
- La **prima** causa di **disabilità** in Europa
- E' la **seconda** causa di **demenza**
- La più frequente causa di **epilessia** nell'anziano
- Frequente causa di **depressione**

Incidenza in Italia

- **200 mila** casi l'anno
- **80%** nuovi casi, 20% recidive
- Aumenta progressivamente con l'età con ***picco intorno agli 85 anni***
- **75%** degli ictus sopra i 65 anni

Prevalenza in Italia

La prevalenza totale è **6.5%**

7.4% negli uomini

5.9% nelle donne

punte di oltre il 10% tra 80 e 84 anni

1 milione di persone con storia di ictus cerebrale

- Studio ILSA (Italian Longitudinal Study on Aging - 2003)
 - soggetti di età tra i 65 ed 84 anni

Epidemiologia

- La **mortalità acuta** (30 giorni) è circa il **20%**
- La **mortalità** ad **un anno** è circa il **30%**
- Il **20%** dei soggetti sono **istituzionalizzati** a 3 mesi
- Dal **15 al 30 %** hanno una **disabilità permanente grave**
- La **prevenzione primaria** è molto importante perché più del 70% degli strokes sono il primo evento

***Cerebrovasculopatie acute in Basilicata
Anno 2016***



**Totali 2.122 casi
212 di fuori regione**

CVA Anno 2016 Regione Basilicata

Struttura	DRG						TOTALE
	014	015	016	017	524	559	
San Carlo	419	78	26	35	136	17	711
Villa d'Agri	79	35	9	5	12		140
Lagonegro	104	2	96	4			206
Melfi	100	46	8	6	22		182
Matera	174	102	9	16	78		379
Policoro	30	77	2	5	119		233
Totale	906	340	150	71	367	17	1851



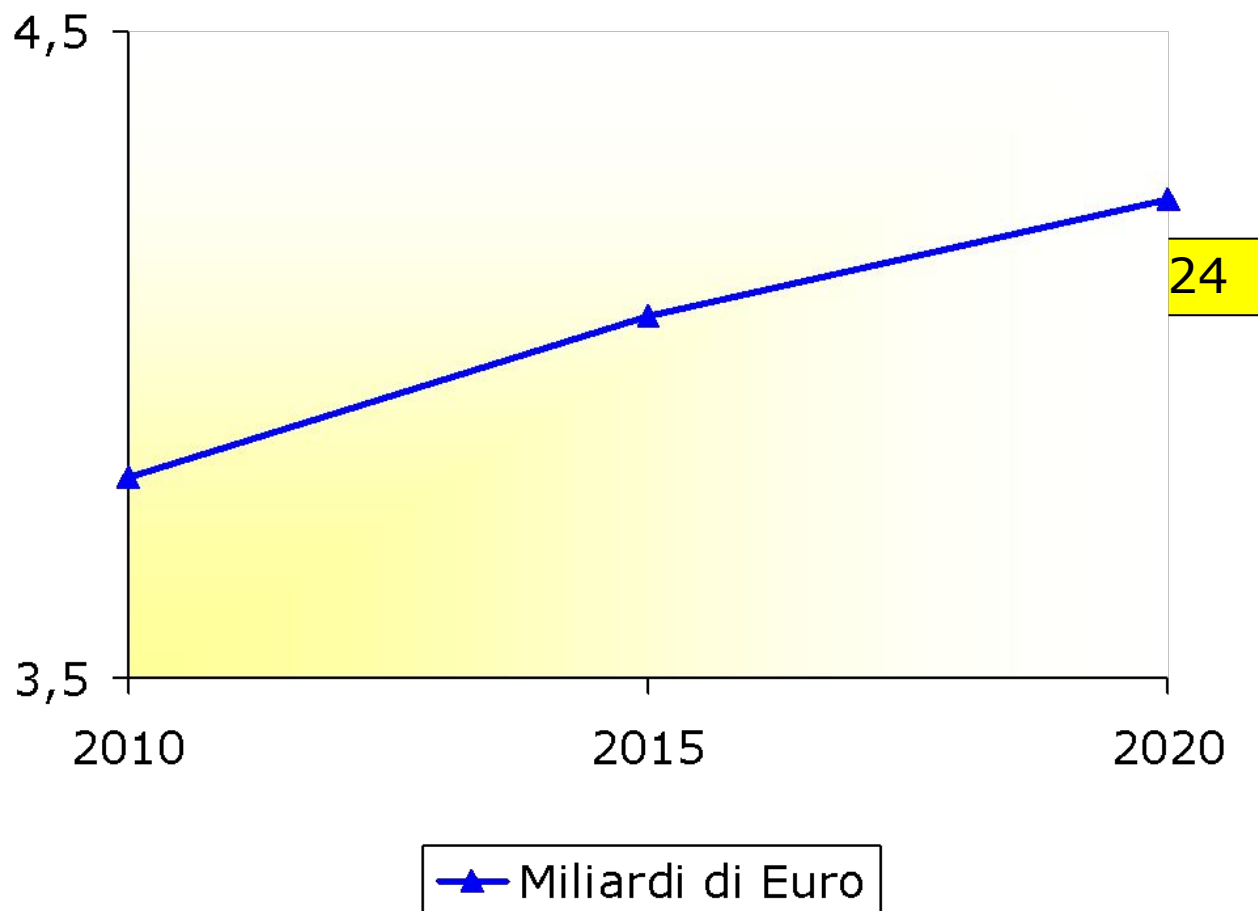
CEREBROVASCULOPATIE ACUTE ANNO 2016

RESIDENTI FUORI REGIONE BASILICATA

Abruzzo	1
Calabria	86
Campania	46
Emilia Romagna	4
Lazio	2
Lombardia	6
Marche	1
Molise	3
Piemonte	5
Puglia	51
Sicilia	1
Toscana	3

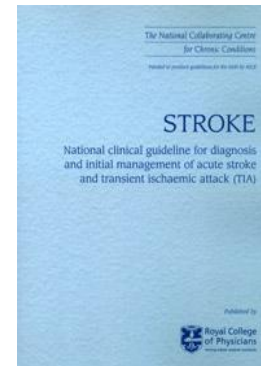
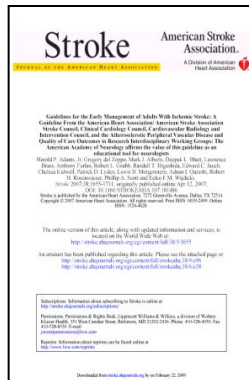
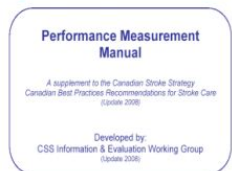
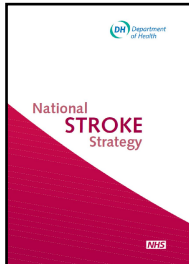


Stima dei costi diretti dell'ictus cerebrale sostenuti ogni anno dal Servizio Sanitario Nazionale e proiezioni al 2020



Di Carlo AS, CNR, Ist. Neuroscienze, 2012

L'ictus è un'urgenza medica che merita un ricovero immediato in ospedale
È indicato che i pazienti con ictus acuto siano ricoverati in una struttura dedicata (Stroke Unit)



Stroke Unit

Considerando
maggiori possibilità di sopravvivenza
E minor rischio di disabilità.

L'assistenza in aree di degenza dedicate

e una precoce e completa presa in carico da
parte di un team multidisciplinare di operatori
esperti



miglior farmaco che un Servizio sanitario efficace
ed efficiente possa offrire al paziente con ictus



STROKE: COME E' CAMBIATA LA TERAPIA



AHA/ASA Guideline

2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke

A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association

Reviewed for evidence-based integrity and endorsed by the American Association of Neurological Surgeons and Congress of Neurological Surgeons

Endorsed by the Society for Academic Emergency Medicine

William J. Powers, MD, FAHA, Chair; Alejandro A. Rabinstein, MD, FAHA, Vice Chair;
Teri Ackerson, BSN, RN; Opeolu M. Adeoye, MD, MS, FAHA;
Nicholas C. Bambakidis, MD, FAHA; Kyra Becker, MD, FAHA; José Biller, MD, FAHA;
Michael Brown, MD, MSc; Bart M. Demaerschalk, MD, MSc, FAHA; Brian Hoh, MD, FAHA;
Edward C. Jauch, MD, MS, FAHA; Chelsea S. Kidwell, MD, FAHA;
Thabcle M. Leslie-Mazwi, MD; Bruce Ovbiagele, MD, MSc, MAS, MBA, FAHA;
Phillip A. Scott, MD, MBA, FAHA; Kevin N. Sheth, MD, FAHA;
Andrew M. Southerland, MD, MSc; Deborah V. Summers, MSN, RN, FAHA;
David L. Tirschwell, MD, MSc, FAHA; on behalf of the American Heart Association Stroke Council

3.7. Mechanical Thrombectomy (Continued)	COR	LOE
3. Patients should receive mechanical thrombectomy with a stent retriever if they meet all the following criteria: (1) prestroke mRS score of 0 to 1; (2) causative occlusion of the internal carotid artery or MCA segment 1 (M1); (3) age ≥ 18 years; (4) NIHSS score of ≥ 6 ; (5) ASPECTS of ≥ 6 ; and (6) treatment can be initiated (groin puncture) within 6 hours of symptom onset.	I	A

Patologia complessa “tempo-dipendente”

Rete clinico assistenziale

- Deve rispondere al principio della
 - ***tempestività della presa in carico***
 - ***continuum del percorso*** intra ed
 - extra ospedaliero
-
- ***Il fattore tempo*** costituisce elemento ***determinante per la qualità e l'esito delle cure***, se non addirittura il “***salvavita***” in presenza di condizioni ad elevato rischio di mortalità.



Fase
pre-ospedaliera

Fase di soccorso

Fase ospedaliera

Fase acuta

Fase post-ospedaliera

*Fase
post-acuta*



Chiamare il 118

RICOVERO
Ritardi nell'arrivo
Criteri di selezione

Trombolisi
endovenosa
Trombectomia

Dimissione
protetta

STROKE CARE CONTINUUM



Modello organizzativo deve assicurare:

- la ***presa in carico dei pazienti***, mettendo
- in relazione professionisti, strutture e
- servizi che erogano interventi sanitari e socio-sanitari
- ***continuità assistenziale*** e ***appropriatezza clinica*** e ***organizzativa***.



La Rete ***individua i nodi*** e ***le relative connessioni*** definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.



REGIONE BASILICATA
Dipartimento Politiche della Persona

PERCORSO

DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE (PDTA)

PER LO SVILUPPO DELLA RETE

Rete Regionale dell'emergenza-urgenza

per la diagnosi ed il trattamento dei

paziente con stroke

Versione

1.0

Struttura approvante

Gruppo di lavoro regionale "Rete Stroke"

Data

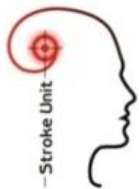
12-12-2017

Accesso alla Stroke Unit

Criteri di inclusione

Dovrebbero essere avviati alla ***stroke unit*** tutti i pazienti:

- che presentano segni neurologici di recente insorgenza di accertata ***origine cerebrovascolare***
- con esordio ***entro 24 ore***
- che presentavano prima dell'evento ictale un valore alla ***scala Rankin 0-3***
- con primo ictus o con ictus ricorrente
- con ***TIA subentranti***.
- candidati alla ***fibrinolisi***: entro **le prime 4,5 ore**



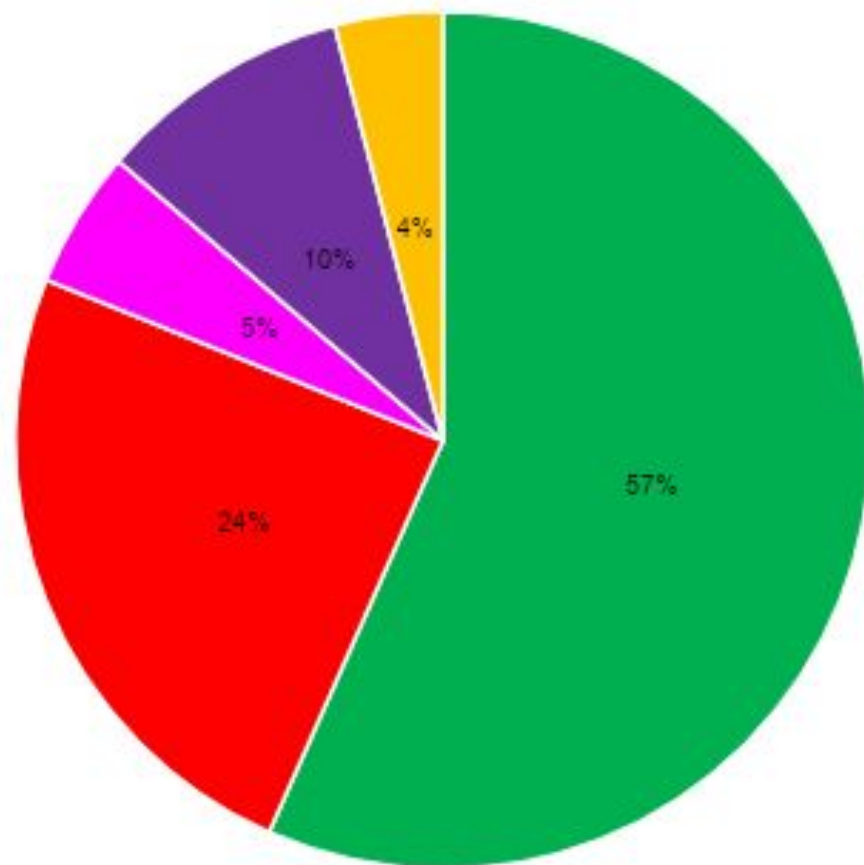
S.S.D. STROKE UNIT

Ricoveri 11 maggio 2011 ad oggi

RICOVERI TOTALI	2035		
RICOVERI ICTUS	1674	ISCHEMICI 1367	EMORRAGICI 307
TIA	119		
ALTRO	242		

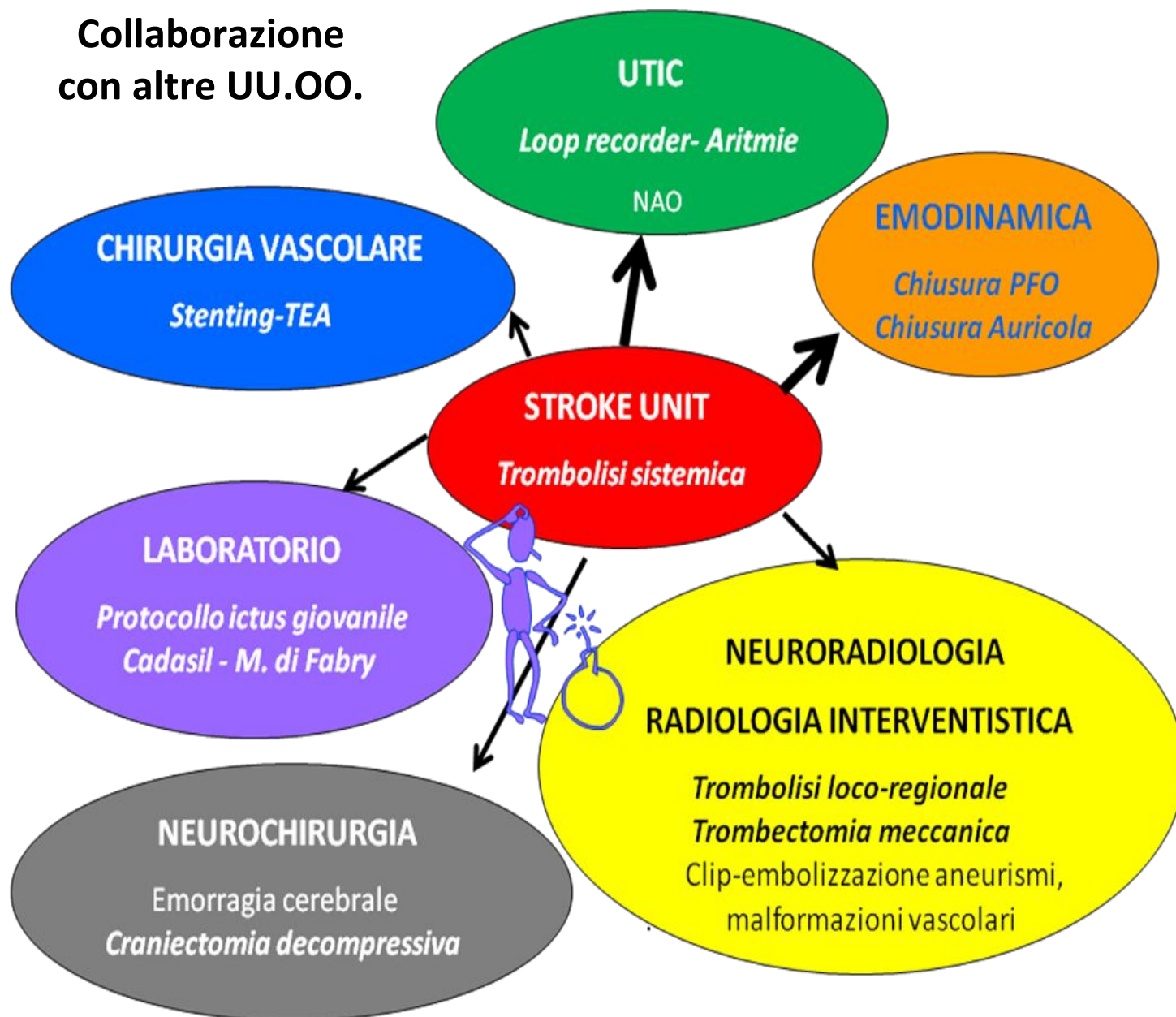
RESIDENZA DEI PAZIENTI	
FUORI REGIONE	(10%)
PROV. MATERA	(11%)
PROV. POTENZA	(53%)
POTENZA CITTA'	(26%)

Dimessi



■ domicilio ■ riabilitazione intensiva ■ RSA ■ decessi ■ trasferimenti

**Collaborazione
con altre UU.OO.**



La gestione in fase acuta



- Monitoraggio delle funzioni vitali
- La presa in carico delle singole aree di bisogno
- La prevenzione e la gestione delle complicanze
- Informazione ed educazione del paziente e della famiglia

La presa in carico delle singole aree di bisogno



- La nutrizione e l'idratazione
- La disfagia
- La funzione vescicale
- La funzionalità intestinale
- La mobilizzazione e il posizionamento
- La comunicazione

La nutrizione e l'idratazione

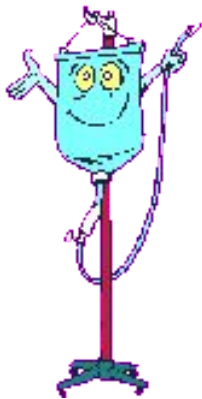


- Si deve **valutare lo stato nutritivo** di tutti i pazienti con un metodo riproducibile all'ingresso in reparto
- Occorre **personalizzare il regime dietetico** in base agli aspetti clinici ed alle preferenze del paziente
- Gli infermieri devono registrare quotidianamente, su adeguate schede, le **preferenze alimentari del malato** e la **reale assunzione giornaliera di cibo e di liquidi**, calcolando l'esatto **bilancio calorico ed idrico**

La nutrizione e l'idratazione

Cosa somministrare

Fluidi



*Fisiologica
o Ringer*

50 ml/h (in paziente chiaramente disidratato, marcatamente ipoteso, in trattamento con Mannitolo a dose alta, disfagico, aumentare la velocità di infusione secondo il proprio giudizio)

Cosa non somministrare

Glucosata 5%

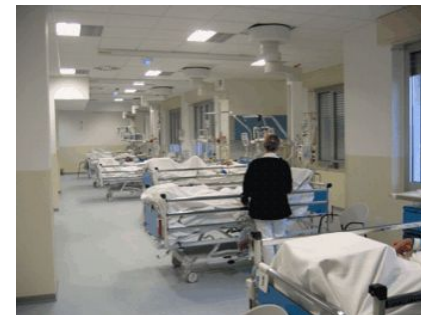
Non somministrare perché **è ipotonica e può aumentare l'edema cerebrale**

**Alimentazione
con sondino
naso-gastrico**

**Pompa
volumetrica per
nutrizione enterale**

Nei pazienti disfagici deve essere **iniziata già in 2^a-3^a giornata**

LA DISFAGIA NELLO STROKE



- Quasi il **45%** dei soggetti ricoverati in ospedale con ictus acuto presenta problemi di deglutizione, riscontrabili quando viene chiesto al paziente di **bere una piccola quantità di acqua**
- La disfagia post-stroke è associata ad **elevata mortalità** ed esito funzionale negativo e certamente espone i pazienti al rischio di **polmonite “ab ingestis”, disidratazione e malnutrizione**

DISFAGIA NELLO STROKE



Test diagnostici

- **Water Swallow Test**: chiedere al pz, seduto, di vocalizzare la lettera “e”, quindi deglutire 3 sorsi d’acqua e ripetere la stessa vocale. Si verifica la presenza di: disfonia, gorgoglio o tosse entro 30” dalla deglutizione.

- **Dysphagia Outcome and Severity Scale (DOSS)** 7 gradi:
 - Gradi 1-2 nutrizione orale impossibile o insufficiente
 - 3-4-5 nutrizione orale con modificazione della dieta e dell’indipendenza
 - 6-7 deglutizione funzionale

- **Water Swallow Test Sensibilizzato**: si aggiunge l’auscultazione a livello laringeo per ricercare rumori patologici indicativi di aspirazione silente.

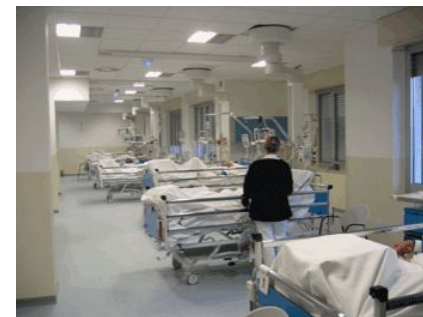
PROGNOSI E GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

- Sulla base della loro valutazione, che può includere o meno l'effettuazione di una VFS,
- **I logopedisti** sono in grado di insegnare al paziente ed alle persone che lo hanno in
- cura metodi per ovviare alla disfagia.

- **Metodi semplici che possono aiutare il paziente a deglutire in sicurezza sono:**

1. Insegnare al paziente manovre come la “*retrazione del mento*” o la “*rotazione del capo*”, che possono ridurre i rischi di aspirazione.
2. *Adattare la consistenza dei fluidi e dei cibi alla capacità di deglutizione del paziente.* I fluidi densi, per esempio, vengono deglutiti più facilmente dell'acqua, poiché procedono più lentamente nell'orofaringe lasciando più tempo affinché la deglutizione abbia inizio.
3. *Scegliere un bicchiere di forma appropriata.* Se il paziente non soffre di un grave deficit facciale ed è in grado di succhiare, può essere utile l'impiego di una *cannuccia*. I bicchieri dotati di beccuccio costringono il paziente a bere estendendo il collo, movimento che apre le vie aeree e favorisce l'aspirazione.

La funzione vescicale

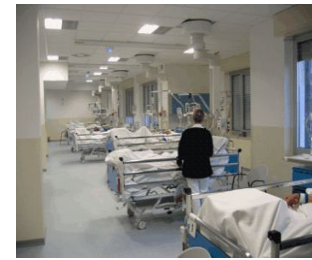


- Tutti gli infermieri specializzati in ictus debbono raccogliere ***l'anamnesi rispetto alla funzione vescicale*** mediante schemi riproducibili ed affidabili
- Si deve valutare in tutti i pazienti con ictus l'efficacia dello ***svuotamento vescicale***
- Il ***catetere*** deve essere utilizzato solo dopo una precisa indicazione clinica (pz con compromissione dello stato di coscienza e/o gravi deficit focali neurologici)
- Laddove sia necessario una ***cateterizzazione a permanenza*** è opportuno utilizzare un sistema di drenaggio sterile a circuito chiuso per ridurre la probabilità di infezione

La mobilitazione e il posizionamento

- Le strategie per il posizionamento e la mobilitazione debbono essere proposte dal **fisioterapista**
- Gli infermieri dovrebbero posizionare i pazienti per **ridurre al minimo i rischi di complicanze** quali contratture, affezioni respiratorie e piaghe da decubito
- Tutti i componenti del gruppo multidisciplinare, compresi i familiari, dovrebbero **essere addestrati da un terapeuta motorio**
- Ogni paziente dovrebbe essere **posizionato seduto** su una sedia a rotelle standard o schienale reclinato **entro 24 ore**, senza alcuna differenza tra paziente ischemico o emorragico
- Se possibile **evitare terapia infusionale continua** (es. nutrizione parenterale) **sull'arto paretico** (è importante la riabilitazione precoce!)

La comunicazione



- Ciascun paziente con un ictus nell'emisfero dominante deve essere sottoposto ad una *valutazione del linguaggio* da un **logopedista**
- Se sono presenti deficit di linguaggio gli infermieri, i componenti del gruppo multidisciplinare ed i parenti devono essere messi al corrente della **tecnica di comunicazione** più appropriata rispetto allo specifico danno
- Ciascun paziente dovrebbe essere valutato non appena possibile anche per le **funzioni cognitive** e nel periodo della fase acuta dovrebbe essere sottoposto al **Mini Mental State Examination**
- I pazienti con **neglect visuospaziale** o con **deficit di campo visivo** devono essere sottoposti a strategie specifiche di addestramento

La prevenzione e gestione delle complicanze



- La prevenzione delle infezioni polmonari
- La conservazione dell'integrità cutanea
- La prevenzione della TVP e dell'embolia polmonare
- La prevenzione della spalla dolorosa
- La prevenzione delle cadute

La prevenzione delle infezioni polmonari

- Adeguata ventilazione con controllo della saturazione di ossigeno
- Precoce mobilizzazione
- Esecuzione di respiri profondi
- Aerosolterapia
- Disostruzione bronchiale
- Esecuzione di esercizi di riabilitazione respiratoria

PIAGHE DA DECUBITO SEDI ANATOMICHE E INCIDENZA



POSIZIONE SUPINA: regione del sacro, apofisi spinose vertebrali, spina della scapola, nuca, talloni.



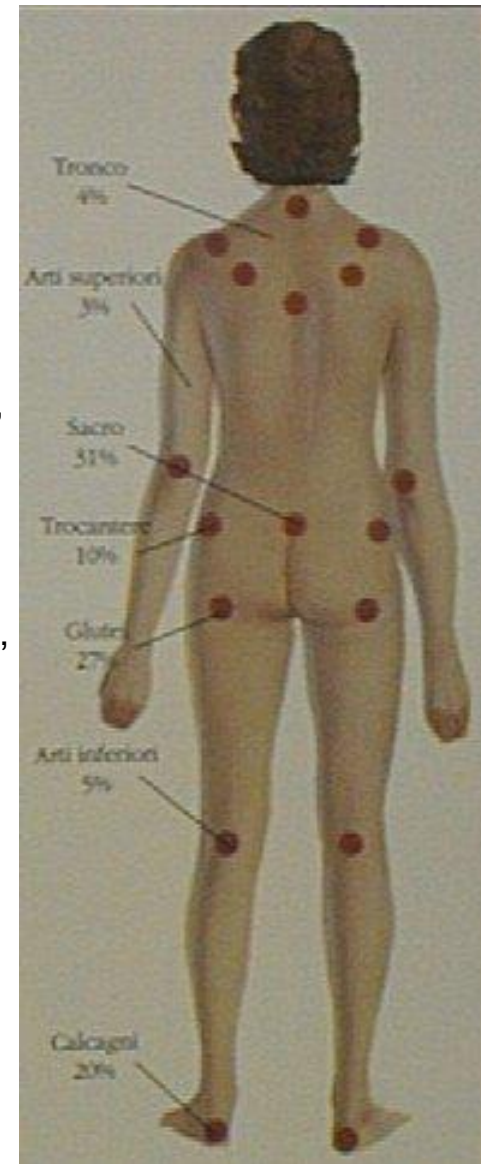
POSIZIONE PRONA: zigomo, regione Temporale, padiglione auricolare, arcate costali, (zone antero-laterali del torace), spina iliaca antero-superiore, ginocchia.



POSIZIONE LATERALE: regione del trocantere, cresta iliaca, malleoli, bordo esterno del piede, ginocchio, spalla, regione scapolare, gomito, padiglione auricolare, zigomo.



POSIZIONE SEDUTA: gomito, regione del coccige, regione ischiatica, aree compresse dai bordi della sedia, da ciambelle, cuscini, padelle, angoli di sporgenza costale nei cifo-scoliotici.



Piaghe da decubito

- **Precoce valutazione del rischio individuale** del paziente
- Gestione infermieristica esperta con **temporizzate variazioni di posizionamento**
- Utilizzo di **materassi anti-decubito**

La prevenzione TVP ed embolia polmonare

- Far **indossare calze elastiche** (18 mmHg) ai pazienti costretti a letto per paresi o in caso di ipostenia lieve, se sono presenti fattori di rischio (disidratazione, età avanzata, vene varicose, etc.)
- La **rimozione delle calze avviene** all'inizio della deambulazione



La prevenzione della spalla dolorosa

- **Sostenere l'arto flaccido** per ridurre la possibilità di sub-lussazione
- Insegnare al paziente a **non tenere l'arto penzolone** quando è seduto o in piedi
- Coinvolgere il paziente ed i parenti sulle **tecniche di prevenzione**
- **Quando seduto sostenere l'arto** con sostegni che siano più stabili dei cuscini
- **Evitare di esercitare trazione sull'arto** negli spostamenti del paziente
- **Eseguire riabilitazione passiva** della spalla

L'INFORMAZIONE AI PAZIENTI ED AI FAMILIARI

E' indicato informare pazienti e familiari e porli in condizione di apprendere cause e conseguenze dell'ictus, nonché obiettivi, decorso e prognosi della riabilitazione, e possibilità di collaborazione terapeutica.

CONCLUSIONI

- ▣ Si deve operare affinché a tutti i malati di ictus, vengano **garantiti percorsi assistenziali tempestivi e appropriati** secondo le evidenze scientifiche disponibili.
- ▣ Il malato di ictus deve essere posto al centro di una **risposta assistenziale precisa** che prevede percorsi e luoghi di ricovero definiti.
- ▣ L'assistenza al malato di ictus non è solo un intervento specifico (o una somma di interventi singoli), ma è una **presa in carico più complessiva** del paziente e va quindi considerata come un **processo che si deve svolgere in modo continuo e unitario**, anche se è articolato in fasi e tempi diversi.
- ▣ L'**interdisciplinarietà** e la **multiprofessionalità** dell'approccio sono condizioni essenziali di **un processo efficace di assistenza ai malati di ictus**.

La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke

M. Biocca S. Ferro D. Pasquali et all. Dossier ottobre - 2007



Thanks!

A cartoon drawing of a smiling face with a hand pointing up.