



PERCORSO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE CON STROKE NELL'ASL DI BRESCIA

PRESENTAZIONE

Il presente documento ha la finalità di individuare in modo sistematico – sulla scorta di riferimenti scientifici e normativi – le principali indicazioni per garantire una congruente presa in carico e continuità di cura del complesso delle problematiche terapeutico-riabilitative poste dallo stroke e dalle disabilità che ne conseguono.

I contenuti del documento sono stati definiti e condivisi tra ASL e rappresentanti delle strutture per acuti e/o riabilitative operanti nell'ambito territoriale, all'interno di apposito gruppo di lavoro coordinato dalla Direzione Sanitaria della ASL e composto come di seguito:

Rappresentanti delle strutture per acuti e/o riabilitative

Baiguera d.ssa Gisella
Calabretto d.ssa Carla
Callea dr. Leonardo
Facchi d.ssa Emanuela
Galeri d.ssa Silvia
Galvanin dr. Francesco
Malvicini dr. Andrea
Mattioli d.ssa Flavia
Padovani prof. Alessandro

Fondazione Don Gnocchi
Casa di cura Domus Salutis
Fondazione "S. Maugeri"
Fondazione Casa Riposo Richiedei
Fondazione Don Gnocchi
Fondazione IDR Lonato
Istituto Clinico Città di Brescia
A.O. Spedali Civili Brescia
Università degli Studi di Brescia

Ricca dott. Giuseppe
Ricca dr. Mauro
Santus d.ssa Gianna
Sottini d.ssa Caterina
Visconti dr. Stefano

A.O. Spedali Civili Brescia
Fondazione Don Gnocchi
Osp. S. Orsola FbF
A.O. Spedali Civili Brescia
Casa di Cura Villa Barbarano/Gemma

Rappresentanti dell'ASL

Boschi Dr. Giuseppe
Cecchi D.Ssa Daniela
Gorla Dr. Enrico
Lonati Dr. Fulvio
Marinoni Dr. Tarcisio
Venturini Dr. Rosaria

Serv. Ass. Protesica – Dip.to Cure Primarie
Serv. Ass.Spec. – Dip.to Cure Primarie
Serv. Accreditamento – Dip.to PAC
Dip.to Cure Primarie
Serv. Anziani-Cure Domiciliari – Dip.to ASSI
Serv. Disabilità - Dipartimento ASSI

Nel documento è descritto il percorso riabilitativo del paziente con stroke tenendo conto dell'esperienza e del livello di qualità della rete riabilitativa locale; descrive le diverse fasi clinico-assistenziali definendo per ciascuna le modalità di valutazione del paziente, i criteri e le priorità di accesso, i criteri per la dimissione o per il passaggio alla fase successiva.

E' stato concepito come strumento informativo per le strutture presenti nel territorio e per gli operatori a vario titolo interessati, con particolare riferimento ai medici prescrittori.

Il contenuto è in linea con il documento "*Rete dei servizi riabilitativi afferenti alla Asl di Brescia - definizione dei criteri clinico-organizzativi di accesso e modalità di integrazione tra le diverse componenti*", prodotto dallo stesso gruppo di lavoro, che descrive l'offerta complessiva della rete riabilitativa nelle sue varie e diverse fattispecie (domiciliare, ambulatoriale, in ricovero, day hospital,...), costituendone, lo specifico approfondimento in merito ad una importante patologia quale lo stroke e le disabilità che ne conseguono.

I contenuti di questo documento fanno riferimento, in particolare, alla DGR VII/19883 del 16/12/2004, alle "*Linee organizzative per il governo clinico dello stroke. Documento interdisciplinare SIMFER e SNO*", alle *Linee Guida SIMFER per lo stroke ed alle Linee Guida SPREAD 2005*.

ASPETTI INTRODUTTIVI

a) Epidemiologia dello stroke

Fra le patologie neurologiche con potenziale evoluzione disabilitante, viene segnalata per lo stroke una *prevalenza* di 600 casi, ed un'*incidenza* di primo stroke pari a 200 casi l'anno ogni 100.000 abitanti (0,5 % nella IV decade e ben 10% dopo i 70 anni).

Sebbene non vi siano, al momento, dati di assoluta certezza attorno alla quantificazione del fenomeno delle disabilità, circa il 40% di questi pazienti sopravvive con un grado variabile di disabilità.

Pertanto per ogni 100.000 cittadini (specie se con una incidenza di ultrasessantacinquenni pari o superiore al 20%) ogni anno si verificano oltre 220 casi di stroke (comprensivo di un 10% di recidive entro l'anno). Di questi, di norma ricoverati in reparti per acuti, 85 evolvono verso una disabilità più o meno grave.

b) Criticità di approccio al paziente affetto da stroke

Le principali criticità che le organizzazioni sanitarie devono affrontare nell' approccio a tale patologia sono riconducibili a:

- 1) disomogeneità di metodo, sia in riferimento ai modelli clinici, sia e soprattutto alle modalità di intervento tecnico-professionale ed assistenziale;
- 2) frequenza di complicanze secondarie e terziarie altamente invalidanti e, in buona misura, evitabili ;
- 3) presenza di ostacoli e frequenti ritardi nella presa in carico, ai quali si associa un discreto grado di inappropriatelyzza nella stessa: discontinuità con frequenti ed ingiustificate interruzioni nel percorso riabilitativo, ripetizioni inutili, ridotto coinvolgimento del paziente e dei suoi familiari, insufficiente comunicazione ed educazione, discontinuità d'approccio nel passaggio fra presidi di ricovero per acuti e strutture riabilitative e tra queste ultime ed i servizi territoriali.

Di conseguenza, le principali raccomandazioni che ne derivano sono le seguenti:

1. considerare l'importanza di una completa, consistente e ben documentata valutazione in ogni stadio del recupero, al fine di guidare le decisioni relative al trattamento e di monitorare i miglioramenti del paziente
2. impostare gli interventi riabilitativi durante la fase acuta al fine di facilitare il recupero e prevenire le complicazioni
3. selezionare i programmi riabilitativi o i servizi più utili alle necessità del paziente
4. definire obiettivi realistici della riabilitazione e dei trattamenti necessari in accordo con un preciso progetto riabilitativo
5. puntare alla continuità terapeutica in occasione di ciascun passaggio/trasferimento di tipologia e/o di struttura
6. tutto il percorso riabilitativo deve prevedere la centralità ed il coinvolgimento attivo del paziente e della sua famiglia.

c). Il ruolo degli interventi riabilitativi

Le "Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale dei pazienti con stroke cerebrale" della Conferenza Stato-Regioni (documento 03/02/05), recependo le principali indicazioni delle Linee guida internazionali, stabiliscono che, tra i requisiti essenziali per i Centri che trattano i pazienti con stroke siano annoverati:

- 1) l'interdisciplinarietà e l'integrazione professionale tra tutte le figure dell'équipe assistenziale
- 2) la precoce presa in carico riabilitativa
- 3) la disponibilità di una rete riabilitativa al fine di garantire la continuità del processo assistenziale.

Le esigenze globali del paziente che ha subito uno stroke si possono sintetizzare nei punti di seguito espressi:

- ridurre il rischio di mortalità del paziente per cause cerebrali, cardiocircolatorie, respiratorie, infettive, metaboliche;
- contenere gli esiti della malattia limitando il danno cerebrale e le sue conseguenze;
- evitare le recidive di danno vascolare all'encefalo;
- limitare la comorbilità conseguente al danno neurologico, alle condizioni cardiocircolatorie ed alla immobilità;
- favorire il recupero delle abilità compromesse dallo stroke e utilizzare le capacità operative residue per facilitare il reinserimento sociale;
- definire la prognosi del quadro clinico osservato ed i bisogni a questo correlati, al fine di agevolare la riorganizzazione precoce dell'attività del paziente e soddisfare la sua richiesta di assistenza;
- favorire il reinserimento sociale e professionale con opportuni interventi sull'ambiente.

d). Percorso valutativo-assistenziale

E' indispensabile che il *percorso valutativo-assistenziale* del soggetto con esiti di stroke debba essere seguito con ordinata organizzazione, onde evitare la perdita del *continuum*

terapeutico che rappresenta un punto di rilievo sostanziale per il buon successo clinico e riabilitativo.

Al fine di provvedere ad una adeguata e valida presa in carico, è necessario un approccio in team riabilitativo per effettuare una valutazione globale delle risorse del soggetto disabile sul versante biologico (problematiche internistiche, motorie, sensitive, cognitive), psicologico, affettivo, relazionale ed esperienziale. E' necessario, inoltre, comprenderne le reciproche interazioni e modificabilità al fine di individuare obiettivi funzionali e di qualità di vita e di predisporre i relativi percorsi ed interventi.

LE FASI DEL PERCORSO RIABILITATIVO DEL PAZIENTE CON STROKE

Di seguito, sono rappresentate in forma schematica le varie fasi del percorso clinico del paziente con stroke, a partire da quella acuta, al trattamento della disabilità residua ed alla stabilizzazione.

Per ciascuna fase sono definiti:

- gli obiettivi terapeutico-assistenziali prioritari e specifici, con il relativo programma operativo
- la sede (setting) di svolgimento preferenziale
- la durata (mediamente prevedibile)
- gli operatori in vario modo responsabili dello svolgimento del programma
- le modalità di valutazione e monitoraggio del paziente

I criteri e le priorità di accesso e dimissione sono stati indicati laddove ritenuto fattibile, mentre per alcuni passaggi si rimanda al documento "Rete dei servizi riabilitativi - Definizione dei criteri clinico-organizzativi di accesso e modalità di integrazione tra le diverse componenti".

Le tipologie di servizio attivabili nelle diverse fasi della gestione del paziente con stroke, partendo dalla fase acuta, sono le seguenti:

Degenza in strutture per acuti
Degenza in riabilitazione (specialistica, generale/geriatria, di mantenimento)
Day hospital
Ciclo Diurno Continuo
Domiciliare
Ambulatoriale

Sono inoltre da tenere in considerazione gli interventi riabilitativi realizzabili in strutture residenziali e semiresidenziali: residenze sanitarie assistenziali (RSA), residenze sanitarie per disabili (RSD), centri diurni integrati (CDI) e centri diurni per disabili (CDD).

Raccomandazioni

1. è raccomandata l'individuazione di un team interprofessionale con esperienza specifica nel trattamento degli esiti delle patologie cerebro-vascolari costituito da medici, infermieri, OSS, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi, assistenti sociali
2. è raccomandato integrare nel processo di nursing, fin dalla fase acuta, l'attività di prevenzione dei danni secondari

3. sono raccomandate per tutti i pazienti colpiti da stroke, la valutazione fisiatrica e l'attivazione, ove necessaria, della componente riabilitativa precoce.

I criteri in base ai quali identificare il setting più appropriato sono i seguenti:

- stabilità clinica del paziente
- livello di funzionalità ed autonomia
- gradiente di modificabilità delle menomazioni e disabilità
- stato cognitivo e comportamentale
- resistenza alle attività fisiche e cognitive
- adeguatezza del supporto familiare e/o di altre persone coinvolte nel processo riabilitativo
- adeguatezza dell'ambiente di vita
- entità della rete dei presidi e servizi sociosanitari e sociali di supporto del territorio.

I. LA GESTIONE RIABILITATIVA NELLA FASE ACUTA

E' schematicamente rappresentata nella Tabella 1 che disegna l'operatività della prima fase del percorso clinico del paziente con stroke.

OBIETTIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
<p>Contenimento dell'instabilità clinica</p> <p>Prevenzione del danno secondario e terziario</p> <p>Formulazione della prima prognosi funzionale</p> <p>Organizzazione della risposta assistenziale finalizzata alla fase di acuzie</p>	<p>U.O. Neurologica o Internistica</p> <p>Stroke Unit intesa come struttura per acuti che ricovera entro le prime ore dall'evento ictale e che è dotata di personale e attrezzature in linea con le indicazioni contenute nello SPREAD 2005 e altre normative sull'argomento</p>	<p>Identificare e trattare i fattori di danno conseguente alla malattia ed alla immobilità</p> <p>Elaborare la prognosi sulla base dei dati lesionali e biologici</p> <p>Progettare il passaggio successivo a seconda del potenziale di recupero e della situazione clinica</p>	<p>Team di assistenza coordinato dal Responsabile dell'U.O. di degenza</p>

TABELLA 1

Entro la prima settimana di degenza in reparto per acuti è indicato:

- attivare lo staff cui compete l'assistenza a fini riabilitativi
- consulenza fisiatrice
- inquadramento diagnostico anche attraverso la somministrazione di scale di minima
- avvio del programma riabilitativo (riabilitazione motoria e, se indicate, respiratoria e della deglutizione)
- individuazione del percorso riabilitativo da parte del team interprofessionale.

Tutti i pazienti con stroke in dimissione da reparti per acuti vanno indirizzati alla riabilitazione specialistica, fatte salve le situazioni seguenti:

- presenza di residua disabilità minima tale da non compromettere l'autonomia nelle attività di base
- presenza di bassa capacità cognitiva precedente allo stroke (anamnesi di demenza moderata/severa o con MMSE minore di 18 – punteggio corretto per età e scolarità)
- paziente in fase terminale.

Modalità di valutazione del paziente: protocollo di minima SIMFER

Criteria per la dimissione o per il passaggio alla fase successiva

Un paziente può essere dimesso dalla U.O. per acuti quando:

- le condizioni cliniche risultano stabilizzate (vedi di seguito criteri di stabilizzazione);
- è venuta meno la necessità di monitoraggio e trattamento intensivo e non sono programmati interventi chirurgici urgenti;
- il paziente è in ventilazione spontanea.

E' fatta salva la possibilità di accordi diversi, sul singolo caso, tra le Strutture di provenienza e di destinazione.

Criteria di sufficiente stabilizzazione medica:

- non necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardio-circolatoria in assenza di farmaci in infusione continua;
- non aritmie "minacciose" che inducano instabilità emodinamica (es.: tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive);
- respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O2 terapia) con SaO2 > 95%, PO2 > 60 mmHg, CO2 non > 45 mmHg. In pazienti con BPCO preesistente possono essere accettati valori di SaO2 > 90%. La presenza di cannula tracheostomica non costituisce controindicazione. I parametri elencati devono essere verificati in assenza di supporto respiratorio (ad esempio CPAP);
- non insufficienza acuta d'organo (es. insufficienza renale acuta) o multiorgano;
- assenza di patologia psichiatrica a rischio di suicidio;
- assenza di stato settico, definito come: risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - temperatura corporea > 38°C o < 36°C
 - frequenza cardiaca > 90'
 - frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO2 < 32mmHg
 - globuli bianchi > 12.000/mm3, o < 4.000/mm3 o > 10% di cellule immature;
- previsione di superamento del bisogno di alimentazione parenterale entro 10 giorni ovvero mantenimento di adeguati parametri idroelettrolitici e metabolici con nutrizione enterale (per OS, SNG, PEG);
- assenza di indicazioni prioritarie ad interventi di chirurgia generale e/o ortopedica.

Non controindica il trasferimento presso una struttura di riabilitazione la presenza di:

- cannula tracheostomica
- nutrizione parenterale con catetere venoso centrale
- sondino nasogastrico o gastrostomia (PEG ecc.)
- crisi epilettiche ancora non completamente controllate dalla terapia
- stato vegetativo o stato a minima responsività (vegetative state secondo la GOS) con paziente non in grado di comunicare attendibilmente con l'ambiente (LCF < III e DRS > =22).

II. LA GESTIONE RIABILITATIVA NELLA FASE DI STABILIZZAZIONE CLINICA E DEL RECUPERO FUNZIONALE

OBIETTIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
<p>Raggiungimento della stabilità dei parametri e delle funzioni vitali</p> <p>Recupero della tolleranza alla attività fisica e delle funzioni</p> <p>Remissione dei disturbi comportamentali o cognitivi</p> <p>Addestramento ADL</p> <p>Fornitura e prescrizione di ausili</p> <p>Informazione ed addestramento dei familiari</p>	<p>Riabilitazione specialistica</p>	<p>Formulazione del progetto riabilitativo finalizzato all'outcome globale nel cui ambito attuare i programmi riabilitativi con riferimento alle aree di intervento:</p> <p>a) area di stabilizzazione internistica e delle funzioni di base</p> <p>b) area delle competenze comunicative e cognitivo comportamentali</p> <p>c) area della mobilità e trasferimenti</p> <p>d) area dell'autonomia della cura della persona</p> <p>e) area del reinserimento sociale</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>Medico Fisiatra, altri specialisti Infermieri OSS Fisioterapisti Ter. Occupaz. Logopedisti</p> </div> <p>In consulenza:</p> <p>Neurologo, Cardiologo, altri specialisti d'organo, Psicologo Assistente sociale Nutrizionista</p>

Criteri e priorità di accesso: come da documento “Rete dei servizi riabilitativi -Definizione dei criteri clinico-organizzativi di accesso e modalità di integrazione tra le diverse componenti”.

Modalità di valutazione del paziente: protocollo di minima SIMFER

III. LA GESTIONE RIABILITATIVA NELLA FASE DI STABILIZZAZIONE FUNZIONALE E DI MANTENIMENTO

OBIETTIVI	SETTING	AZIONI	OPERATORI
Perfezionamento o mantenimento delle abilità raggiunte miglioramento dei settori funzionali a maggior latenza di recupero Addestramento ADL Fornitura e prescrizione di ausili Modifica dell'ambiente di residenza Integrazione con l'assistenza territoriale Controllo stabilità dei parametri clinici generali e neurologici	Riabilitazione ambulatoriale riabilitazione Domiciliare day hospital riabilitativo riabilitazione di mantenimento riabilitazione generale-geriatrica Considerare anche altre possibilità: RSA - RDS CDI ospedale di Comunità	Si prosegue nella attuazione dei programmi di cui allo schema precedente con i seguenti obiettivi: - completamento acquisizione di locomozione autonoma - adattamento alle attività quotidiane - protezione dai rischi connesse alle disabilità (cadute) - rimodellamento dell'ambiente - addestramento dei familiari per la vita a domicilio - comunicazione al medico curante ed alle strutture sanitarie territoriali - programmazione di controlli e prestazioni a domicilio ed in ambulatorio - valutazioni specialistiche neurologiche e internistiche - adozione di strategie per l'inserimento sociale e professionale	Medico di medicina generale <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> Team riabilitativo (Fisiatra, Fisioterapista Logopedista Ter. Occupaz.) Psicologo Assistente sociale Volontariato </div> A consulenza: Neurologo, Cardiologo, altri specialisti d'organo Psicologo Assistente sociale Nutrizionista

Criteri e priorità di accesso: come da documento "Rete dei servizi riabilitativi -Definizione dei criteri clinico-organizzativi di accesso e modalità di integrazione tra le diverse componenti".

Modalità di valutazione del paziente: protocollo di minima SIMFER