



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso Di Laurea In Infermieristica

Presidente Prof. Antonio Azara

LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE ANZIANO
FRAGILE

Relatore:

Dott.ssa Karina Del Pin

Correlatore:

Dott.ssa Monica Sara

Tesi di Laurea di:

Giada Unida

ANNO ACCADEMICO 2015 – 2016

A mia nonna

*È il tempo che tu hai perduto per la
tua Rosa che ha reso la tua Rosa così
importante.*

(Antoine De Saint Exupéri)

INDICE

1)PREMESSA: L'ANZIANO FRAGILE	1
2)GESTIONE DELL'ANZIANO FRAGILE CON ICTUS	
→ Generalità	6
→ Epidemiologia	10
→ Fattori di rischio	11
→ Diagnosi	15
→ Terapia	24
→ Riabilitazione	25
3)RUOLO DELL'INFERMIERE	28
4)CASO CLINICO	45
5)CONCLUSIONI	47
6)BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	49

PREMESSA: L'ANZIANO FRAGILE

Per fragilità si intende un fenomeno sindromico che coinvolge molti sistemi e che porta ad una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Questa condizione è determinata dall'insieme di diversi fattori che possono essere biologici, psicologici e socioambientali. Il fenomeno è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultrasessantacinquenni dove la cronicità, le comorbidità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo sociosanitario giocano un ruolo determinante.

Le principali componenti della fragilità sono una ridotta capacità del sistema neurologico, cardiovascolare e respiratorio indotte dal sommarsi degli effetti dell'invecchiamento, dei danni conseguenti ad uno stile di vita inadeguato (sedentarietà, fumo, abuso, alcool, ecc) e di malattie in atto o pregresse nel corso della vita. La fragilità si realizza solo quando la riduzione delle riserve fisiologiche raggiunge un livello critico.

La valutazione della fragilità ha un significato di prevenzione e promozione della qualità della vita. Quindi è utile pensare alla fragilità come una condizione di rischio per un rapido deterioramento dello stato funzionale che non presuppone, ma nemmeno esclude, la coesistenza di disabilità nelle attività della vita quotidiana.

Per attuare una corretta valutazione clinica del paziente anziano fragile si utilizza un metodo olistico, prevedendo un tipo di intervento globale definito "biopsico-sociale" mediante il coinvolgimento, ove possibile, dei familiari e di diverse figure professionali che concorrano in maniera sinergica al miglioramento della qualità della vita del paziente in oggetto.

L'assistenza all'anziano fragile, infatti, risulterebbe incompleta se indirizzata unicamente ai singoli settori (sanitario o sociale o psicologico), poichè tale soggetto presenta generalmente un'associazione dei diversi problemi: da qui l'esigenza di un trattamento e di un'assistenza globale-estensiva modulata su

risposte diverse in relazione alla prevalenza dei bisogni. Questa metodologia è detta Valutazione Multidimensionale (VMD).

Si tratta di un processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere, la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, attraverso l'utilizzo di scale e strumenti validati, consente di individuare un piano di intervento sociosanitario coordinato e mirato al singolo individuo.

Le aree tematiche fondamentali, o 'dimensioni', che configurano la natura multipla della valutazione, sono rappresentate da:

- stato di salute;
- condizioni psichiche e mentali;
- stato funzionale;
- condizione socioeconomica e dell'ambiente di vita;

Con questo tipo di intervento vengono quindi valutate le risorse, le potenzialità e i bisogni della persona, e infine viene costruito un programma coordinato di interventi focalizzato sui problemi della persona.

Gli obiettivi della VMD sono:

- Ridurre tempi di degenza
- Favorire l'integrazione ospedale territorio
- Ridurre i ricoveri impropri o almeno ridurre i tempi di degenza degli stessi
- Limitare il ricorso all'istituzionalizzazione in R.S.A ai casi di stretta necessità
- Ridurre i ricoveri plurimi per stessa diagnosi
- Favorire un continuum assistenziale al domicilio

Gli strumenti utilizzati per la VMD sono:

1. stato di salute→esame obiettivo, anamnesi farmacologica, test diagnostici strumentali;
2. stato funzionale→ADL e IADL (attività basali e strumentali della vita quotidiana), BARTHEL INDEX, TINETTI (capacità motorie);
3. stato nutrizionale→MNA

4. stato psichico e mentale→MMSE – SPMSQ (stato cognitivo), GDS (depressione), CAM - NEECHAM (confusione), BARS (agitazione nel demente);
5. situazione sociale ed ambientale→Questionario su condizioni abitative, economiche, rete sociale.

Questo contesto multidisciplinare vede pertanto coinvolti:

- il medico di medicina generale;
- la famiglia;
- i servizi socioassistenziali;
- gli operatori del distretto: medici, infermieri e personale amministrativo;
- i medici e gli infermieri ospedalieri;
- i medici e gli infermieri dei poliambulatori;
- i medici e gli infermieri di strutture a gestione diretta o private accreditate.

Il medico di medicina generale (MMG) o di “famiglia” rappresenta la figura professionale più idonea ad avere un quadro totale del paziente, riveste un ruolo chiave nella prevenzione delle malattie tumorali, cardiovascolari e metaboliche. Al MMG spetta la competenza diagnostica e terapeutica, in collaborazione con gli specialisti ospedalieri; riveste particolare importanza, un suo giudizio terapeutico complessivo comprensivo dell’aspetto di attenzione psicologica al problema e che risulti di equilibrio tra i vantaggi terapeutici ed i potenziali rischi ed effetti collaterali.

Per quanto riguarda invece i servizi socioassistenziali, l’attivazione può essere richiesta direttamente dalla famiglia oppure tramite proposte del medico di medicina generale. I servizi socioassistenziali possono riguardare l’assistenza domiciliare e l’inserimento in strutture residenziali.

L’assistenza infermieristica semplice domiciliare (ISD) si attua su proposte del MMG a favore di pazienti allettati per interventi come: prelievi, terapia iniettiva, medicazioni, terapia insulinica, cateteri vescicali, etc.

L’assistenza domiciliare programmata (ADP) garantisce al paziente allettato la presenza periodica del MMG (che può essere a scadenza settimanale, quindicinale

o mensile), che si occupa del monitoraggio dello stato di salute dell'assistito, del controllo sulle condizioni igieniche e sul comfort ambientale, si occupa di dare indicazioni al personale infermieristico per l'esecuzione delle terapie, indicazioni ai familiari o al personale addetto all'assistenza diurna, con riguardo alle peculiarità fisiche e psichiche del paziente, dà inoltre indicazioni circa il trattamento dietetico.

La durata dell'intervento di assistenza domiciliare programmata non può essere superiore ad un anno, ma può esserci la possibilità di proroga.

L'Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) è una proposta assistenziale prevalentemente mirata alla riconversione delle risorse che presuppone una rivalutazione della diagnosi e cura al domicilio rispetto alla ospedalizzazione, la centralità del medico di famiglia, l'integrazione operativa tra i servizi territoriali, ospedalieri, specialistici ed il volontariato.

I destinatari del servizio A.D.I. sono persone solitamente ultrasessantacinquenni con disabilità nei seguenti casi:

- fase terminale della malattia;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture;
- forme psichiche acute gravi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti;
- dimissioni protette da strutture ospedaliere;
- altre patologie.

L'articolazione dell'intervento sanitario, che ha una durata definita, prevede lo svolgimento, presso il domicilio del paziente, di prestazioni svolte secondo un lavoro di équipe, da figure come:

- Il Medico di Medicina Generale che ha completa responsabilità della gestione complessiva dell'assistenza in ADI del paziente. Sviluppa relazioni/contatti con gli specialisti e mette in atto, direttamente o indirettamente, gli interventi e le prestazioni sanitarie.
- I Medici di Distretto che ricevono e vagliano le proposte di inserimento in ADI da parte del medico di Medicina Generale, concordandole con quest'ultimo, pianificano il piano assistenziale in collaborazione con il

MMG e l'infermiere programmando gli accessi del personale addetto al caso. Effettuano periodiche verifiche del servizio, valutando in stretto collegamento con il medico di medicina generale, la necessità di proseguire, concludere o modificare il piano di assistenza impostato.

- Gli Infermieri che sono figure essenziali che si occupano di una buona organizzazione del piano assistenziale. Sono responsabili dell'assistenza generale infermieristica, stendono il piano assistenziale, organizzano l'assistenza nell'ambito familiare. Devono essere dotati di capacità tecniche di media complessità, autonomia gestionale, capacità di relazione.
- I Fisiochinesiterapisti che svolgono attività dirette alla prevenzione, cura e riabilitazione.
- I Medici Specialisti che vengono coinvolti, su attivazione del Medico di Medicina Generale, per svolgere visite domiciliari, consulenze telefoniche, visite ambulatoriali programmate o interventi in day-hospital programmati.

GESTIONE DELL'ANZIANO FRAGILE CON ICTUS

Generalità:

L'ictus, definito dall'OMS come "improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale". Se i sintomi hanno durata inferiore alle 24 ore, l'episodio viene chiamato attacco ischemico transitorio (TIA).

Spesso, la sede primaria della malattia non è il cervello, ma il cuore o i vasi arteriosi. Nella grande maggioranza dei casi, l'ostacolo al flusso ematico responsabile dell'ictus è, infatti, determinato dalla presenza di un coagulo (trombosi) o di un suo frammento, staccatosi dall'arteria in cui si è formato (embolia), oppure dalla rottura di una parete arteriosa (emorragia). Per questo motivo possiamo distinguere due tipi principali di ictus, quello ischemico e quello emorragico. Un ictus ischemico (o infarto cerebrale) accade quando un'arteria che fornisce il sangue ricco di ossigeno al cervello si ostruisce per la presenza di un trombo o un embolo, mentre un ictus emorragico dipende dallo spandimento di sangue dentro il parenchima cerebrale per emorragia data dalla rottura di un'arteria, inseguito ad incremento improvviso della pressione arteriosa o per la presenza di un aneurisma. Nella gran parte dei casi il punto di origine di trombi o emboli sono le stenosi carotidee. L'embolia ha spesso origine da lesioni carotidee, ma può capitare, in circa il 20% dei casi, che abbia origine da lesioni cardiache come valvulopatie reumatiche mitraliche o aortiche, endocarditi e cardiomiopatie congenite.

I sintomi sono diversi e dipendono da fattori differenti, come la gravità dell'ictus, l'area di cervello colpita, le cause ecc; lo stesso vale per le complicazioni. La sintomatologia può, quindi, essere più o meno reversibile nel breve periodo, mentre le conseguenze a lungo termine possono essere parzialmente corrette da un'adeguata riabilitazione. I segni e i sintomi di un ictus possono comprendere, tra

gli altri, l'incapacità di muoversi o di percepire un lato del corpo, problemi nella comprensione o nell'espressione delle parole, problemi nella deglutizione, la perdita di visione di una parte del campo visivo.

Per quanto concerne la disfagia, cioè difficoltà nella deglutizione, nell'ictus si parla di una disfagia alta, ossia di tipo orofaringeo. A seconda della zona della lesione cerebrale, avremo una disfagia nella fase orale, in cui abbiamo un aumento del tempo del transito orale del bolo; una disfagia faringea, in cui vi è un rischio di inalazione; oppure una disfagia che interessa entrambe le fasi. Per la valutazione della disfagia esistono varie scale: la Three-oz water swallow test e la Toronto Bedside Swallowing Screening Test.

THREE-OZ WATER SWALLOW TEST

Offrire alla persona, seduta e con la testa in asse, 5 ml di acqua con un cucchiaino per 3 volte, ad ogni cucchiaino verificare l'avvenuta deglutizione.		
Attendere qualche secondo e se il paziente presenta tosse severa e voce gorgogliante si sospende il test	<u>Grado 4:</u> Disfagia grave	Alimentazione enterale assistita
Se la persona non tossisce si offre acqua direttamente dal bicchiere, si attende qualche secondo, si fa parlare il paziente per valutare la qualità della voce: in caso di voce rauca e/o gorgogliante e tosse si sospende il test	<u>Grado 3:</u> Disfagia moderata	Addensare i liquidi e rendere omogenei i cibi
Se presenta solo voce rauca e/o gorgogliante	<u>Grado 2:</u> Disfagia lieve	Addensare i liquidi
Se precedentemente il test è negativo si procede con 50ml di acqua dal bicchiere. Se anche questo è negativo il test è terminato	<u>Grado 1:</u> Disfagia assente	Dieta libera

TORONTO BEDSIDE SWALLOWING SCREENING TEST

E' composto da cinque test clinici:

Test dell'acqua con 50ml
Test della sensibilità faringea
Test dei movimenti linguali indeboliti
Test della disfonia
Test della debolezza muscolare generale

Altro sintomo possibile è l'afasia, cioè un deficit nel linguaggio, per cui la persona afasica non riesce ad esprimersi con le parole o a comprendere ciò che gli viene detto. Nell'ictus si sviluppa soprattutto quando quest'ultimo dipende da eventi cardioembolici e vi è una lesione nell'emisfero sinistro in corrispondenza dell'Area di Broca (muscoli della fonazione) e dell'Area di Wernicke (parola udita e vista). L'afasia infatti può presentarsi in forme diverse, sia da un punto di vista quantitativo (gravità del deficit), che qualitativo, a seconda della sede e dell'estensione della lesione cerebrale. Altri fattori che possono rivestire un ruolo importante nel caratterizzare il quadro afasico sono la competenza linguistica e la personalità della persona afasica. Ad esempio alcuni afasici non hanno difficoltà a comprendere il linguaggio ma non riescono a trovare le parole per esprimersi e costruire delle frasi corrette. In altri casi invece, i pazienti hanno un linguaggio fluente ma difficile da comprendere a causa degli errori sia a livello di singole parole che di frasi. Spesso, la lesione delle aree del linguaggio si estende a zone cerebrali vicine che controllano altre funzioni e portano ad altri sintomi come l'emiplegia.

Per quanto riguarda i disturbi del movimento, si parla di emiplegia quando vi è la paralisi di un lato del corpo dovuta a una lesione unilaterale della via sensitivo motoria a livello del motoneurone centrale. La paralisi sarà controlaterale all'emisfero cerebrale colpito per l'incrociamiento delle fibre motorie a livello del tronco cerebrale. Possiamo avere un'emiplegia destra con afasia ed eventuali deficit aprassici, oppure un'emiplegia sinistra con emi-inattenzione visuo-spaziale associata a disorientamento spazio-temporale. L'emiplegia evolve in tre stadi: un

primo stadio di flaccidità, che dura da pochi giorni a qualche settimana, in cui il paziente cade verso il lato colpito; un secondo stadio di spasticità, in cui abbiamo un aumento della resistenza allo stiramento muscolare. E infine uno stadio di recupero relativo, in cui abbiamo il raggiungimento del massimo recupero per quella lesione e per quel paziente.

Un altro sintomo post ictus è la perdita di memoria e incapacità di ragionamento. Ictus prolungati possono provocare anche, a distanza di tempo, la spiacevole sensazione di continuo dolore e formicolio; inoltre il paziente soffre i cambiamenti di temperatura. Oltre a ciò il paziente può perdere il controllo delle proprie emozioni e sviluppare una forma di depressione anche perché non è più totalmente indipendente e necessita di una persona che abbia cura della sua persona. Col tempo si possono avere dei miglioramenti anche da questo punto di vista.

I sintomi possono essere permanenti e le complicanze a lungo termine possono includere polmonite, perdita di controllo della vescica, infezione e calo del tono dell'umore.

Epidemiologia:

In Italia l'incidenza dell'ictus è altissima; nel nostro Paese, ogni anno, vengono colpite da ictus più di 200.000 persone, di cui l'80% sono nuovi episodi mentre il restante 20% ricadute (cioè pazienti che hanno già avuto un episodio passato di ictus).

Sempre a livello nazionale, l'ictus è la terza causa di morte dopo le cardiopatie e il cancro e rappresenta la principale causa di invalidità. Si devono a esso, infatti, circa il 10-12% di tutti i decessi e la maggior parte degli adulti disabili.

Gli individui più a rischio sono gli anziani; non a caso, il 75% dei casi di ictus interessa persone dai 65 anni in su, mentre il rimanente 25% coinvolge persone più giovani (bambini compresi).

Se si pensa, poi, che la popolazione dei paesi industrializzati sta invecchiando di più rispetto a un tempo (si vive sempre più a lungo), si può intuire per quale motivo l'incidenza dell'ictus sia destinata, in futuro, ad aumentare ancora. Sono più colpiti gli uomini, per una percentuale del 7.4%, rispetto alle donne, 6.5%.

Si deve sottolineare che nell'83% dei casi si tratta di forme ischemiche, nel 13% di emorragie intraparenchimali, nel 3% di emorragie sub aracnoidee e nell'1% di forme non classificabili. Ogni anno si verificano inoltre 157000 nuovi casi di ictus e 39000 casi di recidive. Il 20 % dei casi muore nel primo mese dopo l'insorgenza dell'ictus e il 30 % sopravvive con esiti gravemente invalidanti e limitazioni nelle attività della vita quotidiana.

Esistono razze più predisposte di altre: difatti, gli asiatici, gli africani e i caraibici sono, in assoluto, le popolazioni più a rischio, come dimostrato da una ricerca condotta dall'organizzazione ISO-SPREAD del 2016. Il motivo è da ricondursi a una tendenza naturale di queste etnie a sviluppare diabete e cardiopatie, che sono due dei più importanti fattori scatenanti l'ictus.

Fattori di rischio:

Ci sono fattori che possono aumentare il rischio di incorrere in un ictus. Tali fattori includono: ipertensione, diabete, sovrappeso (obesità), ipercolesterolemia, sedentarietà, fumo e abuso di alcol. Questi fattori vengono definiti modificabili in quanto possono essere corretti attraverso delle modificazioni dello stile di vita, oppure attraverso una terapia farmacologica appropriata.

- Ipertensione è una condizione cronica, caratterizzata da un aumento stabile della pressione del sangue nelle arterie. La pressione con cui il sangue scorre nelle arterie aumenta se le pareti di questi vasi si induriscono e perdono la loro elasticità, si restringono di diametro o si ostruiscono. In questi casi il cuore deve pompare più forte per opporsi all'aumento delle resistenze che ostacolano il flusso sanguigno e per fare in modo che il sangue irrori tutti i tessuti dell'organismo evitando fenomeni di "ischemia", vale a dire situazioni in cui non arriva abbastanza ossigeno ai tessuti per un deficit nell'apporto sanguigno. L'ipertensione è pericolosa, perché fino a quando non produce danni evidenti agli organi, non ci sono sintomi che ne segnalino la presenza. Oggi, infatti, molte persone sono affette da ipertensione e non sanno di esserlo. Essere ipertesi vuol dire avere valori di pressione costantemente al di sopra della norma, anche quando si è distesi e tranquilli. È importante, dunque, controllare regolarmente la pressione arteriosa. In ogni caso è indispensabile sempre rivolgersi al medico, il quale proporrà al paziente la terapia farmacologica più sicura e più adatta al singolo caso.

-Cardiopatie: Una quota non trascurabile, fra il 15% e 20%, degli ictus ischemici clinicamente manifesti ha origine cardioembolica. Gli emboli di origine cardiaca e quelli provenienti dall'aorta prossimale sono costituiti in proporzione variabile da piastrine e fibrina. Il rischio embolico varia in maniera consistente, dallo 0,2% al 6-7% per anno per 100 pazienti in funzione della condizione predisponente.

Nei pazienti affetti da infarto miocardico acuto non complicato l'ictus è un evento raro, mentre può manifestarsi in oltre il 10% dei pazienti con infarto esteso, specie a sede anteriore e/o con trombosi endoventricolare. Il rischio embolico è particolarmente elevato nei primi 3 mesi dall'evento acuto. Dopo un infarto

miocardico, l'incidenza d'ictus è approssimativamente dell'1-2% per anno con tendenza a ridursi nel tempo, specie nei pazienti con marcata disfunzione ventricolare sinistra e/o fibrillazione atriale.

- La Fibrillazione Atriale è una aritmia caratterizzata da un'alterazione del normale battito cardiaco. Se non diagnosticata, quindi senza la protezione offerta da una adeguata terapia anticoagulante orale, essa rappresenta un importante fattore di rischio per ictus. Si tratta dell'anomalia del ritmo cardiaco più comune nella popolazione adulta ed in Italia colpisce circa 1.000.000 di persone, con 120.000 nuovi casi ogni anno. I dati si riferiscono solo ai casi accertati, ma quelli totali sono in realtà ben più numerosi perché molte persone che ne soffrono non presentano disturbi e ignorano di avere questo problema.

La fibrillazione atriale asintomatica è particolarmente pericolosa perché la persona che ne soffre non è consapevole della sua presenza, e pertanto non viene sottoposta alle terapie del caso, con il conseguente notevole aumento del rischio di ictus. Generare il sospetto di fibrillazione atriale con lo screening, eseguendo la palpazione al polso o misurando la PA con apparecchi validati per questo utilizzo, è pertanto un importante mezzo di prevenzione, ma deve essere seguito dal controllo del medico che effettuerà gli accertamenti necessari per giungere alla diagnosi di fibrillazione atriale.

Il rischio di fibrillazione atriale cresce con l'età: 1 persona su 4, oltre i 40 anni, presenta elementi di rischio per la sua comparsa. La fibrillazione atriale e le conseguenze ad essa correlate possono essere curate o tenute sotto controllo soprattutto se diagnosticate in tempo.

- È documentata una correlazione tra rischio di ictus ischemico e grado di stenosi carotidea in soggetti asintomatici. Il rischio di ictus per una stenosi asintomatica del 70% è di circa il 3% l'anno. Da vari studi emerge il ruolo dello spessore intima-media come fattore predittivo di eventi vascolari. L'aumento di spessore del complesso intima-media dell'arteria carotide, misurato ecograficamente, era direttamente correlata ($P < 0,001$) con un aumento del rischio d'infarto miocardico e d'ictus in anziani senza storia di malattia cardiovascolare.

-Il diabete è una malattia in cui i livelli di glucosio nel sangue sono costantemente sopra i valori normali (126 mg/dl). In Italia il 9% degli uomini e il 6% delle donne

sono diabetici, mentre il 9% degli uomini e il 5% delle donne sono in una condizione di rischio, con valori della glicemia a digiuno compresi tra 110 e 125 mg/dl. Nel tempo, il diabete porta ad alterazioni delle pareti dei vasi sanguigni, sia delle arterie più grandi che dei capillari, con conseguente aumento del rischio di ictus. Nel diabete di tipo 2, quello più frequente che si manifesta in età adulta e spesso dipende dall'eccesso di peso, la dieta è la migliore arma preventiva. Un'alimentazione equilibrata e non troppo ricca di zuccheri, insieme al controllo del peso corporeo e della glicemia (basta un semplice esame del sangue) consente di tenere lontano il pericolo.

- L'eccesso di peso aumenta il rischio combinato di colesterolo alto e diabete. Facilmente infatti, chi tende a salire di peso ha anche una dieta molto ricca ed è quindi più a rischio di presentare valori elevati di colesterolo e glicemia. Avere il colesterolo totale nel sangue che supera i 240 mg/dl o il colesterolo buono HDL inferiore a 35 mg/dl aumenta il rischio di ictus. In Italia il 21 % degli uomini e il 25 % delle donne ha il valore della colesterolemia totale uguale o superiore a 240 mg/dl. Il 36% degli uomini e il 33% delle donne è in una condizione di rischio con colesterolemia compresa fra 200 e 239 mg/dl. Per tenere sotto controllo la situazione occorre limitare l'introito di calorie, riducendo soprattutto i piatti più elaborati. Una dieta eccessivamente ricca di grassi di origine animale (derivati del latte, carni grasse, salumi...) è collegata a un aumento di colesterolo nel sangue, in particolare di quello "cattivo" (colesterolo LDL), che tende a rimanere nei vasi e quindi a facilitare placche aterosclerotiche lungo le arterie.

- La sedentarietà è in primo luogo collegata all'aumento di peso e quindi alla possibilità di comparsa di obesità e diabete. Favorisce l'insorgenza dell'ipertensione e inoltre aumenta il colesterolo "cattivo" (legato alle lipoproteine, LDL). In Italia il 34% degli uomini e il 46% delle donne non svolge alcuna attività fisica durante il tempo libero.

- Il fumo è un temibilissimo nemico dei vasi sanguigni. Ogni volta che si aspira una sigaretta la nicotina viene assorbita dai polmoni, per poi passare nel sangue circolante e fino al cervello. Con conseguenze diverse, ma tutte negative: aumenta l'aggregazione piastrinica, cioè la tendenza delle piastrine ad attaccarsi tra loro e formare coaguli nelle arterie, aumenta la pressione arteriosa. Un ulteriore effetto

negativo è quello sull'attività dell'endotelio dei vasi arteriosi, di cui il fumo impedisce il normale funzionamento: ciò porta all'aterosclerosi, che è strettamente correlata all'ictus. Nella popolazione italiana l'abitudine al fumo di sigaretta riguarda in media il 30% degli uomini e il 21% delle donne.

- L'abuso di alcool aumenta il rischio di ictus cerebrale. Gli studi di coorte più recenti hanno confermato l'aumento complessivo del rischio di ictus e, in particolare di ictus emorragico per consumi superiori a 60 g/die, evidenziando un effetto neutro sull'incidenza complessiva e forse un effetto protettivo sull'ictus ischemico per quanto riguarda il consumo lieve-moderato. In conclusione, i dati disponibili confermano la raccomandazione di limitare il consumo di alcool a non più di 24 g/die (es. due bicchieri di vino) negli uomini e a non più di 12 g/die nelle donne. L'adozione di tali misure a livello di popolazione potrebbe essere associata a una riduzione importante dell'incidenza di ictus.

Vi sono inoltre dei fattori detti non modificabili come l'età, il sesso e l'aver una predisposizione familiare.

L'età è il maggiore fattore di rischio non modificabile per l'ictus. L'incidenza dell'evento cerebrovascolare aumenta con l'età e a partire dai 55 anni raddoppia per ogni decade. La maggior parte degli ictus si verifica dopo i 65 anni. Inoltre appartenere al sesso maschile e la predisposizione familiare sono ulteriori fattori di rischio non modificabili per il verificarsi di ictus.

Il ruolo dei fattori di rischio come determinanti di malattia può assumere particolare rilevanza in presenza di talune associazioni. Ad oggi gli studi che ne hanno valutato gli effetti e le possibili interazioni sono pochi. Il rischio d'ictus cerebrale in presenza dell'associazione tra più fattori può aumentare in ragione dell'effetto moltiplicativo, determinato dal rischio legato alla diversa modalità di estrinsecazione dell'effetto di più fattori, ma può anche aumentare nell'eventualità che uno o più fattori possano interagire gli uni con gli altri, potenziandosi. È quindi importante riconoscere il rischio legato alle diverse associazioni per poter delineare il profilo di rischio di ogni singolo paziente e per correggere precocemente i fattori suscettibili di un vantaggioso intervento preventivo.

Diagnosi:

Dopo un episodio di ictus, la diagnosi clinica e gli esami strumentali sono fondamentali per conoscere:

- il tipo di ictus (ischemico o emorragico);
- la sede del cervello colpita;
- le cause.

Non è difficile riconoscere un ictus, in quanto i segni sono, il più delle volte, inconfondibili. Nonostante ciò è necessario approfondire la diagnosi raccogliendo informazioni per pianificare la cura più appropriata e prevenire possibili future ricadute.

L'ictus rappresenta un'emergenza medica e, come tale, va trattata tempestivamente anche a partire dalla diagnosi. Pertanto, servono rapidità e precisione.

La possibilità di ricevere una terapia adeguata dipende dalla rapidità con cui si raggiunge all'osservazione di personale ospedaliero esperto ed autorizzato a trattare questo tipo di patologia.

Se si tratta di un ictus ischemico, la terapia della fase acuta è basata sulla trombolisi, ovvero la somministrazione di un farmaco per via endovenosa o, in casi selezionati, intra-arteriosa, in grado di sciogliere l'embolo che ha prodotto l'occlusione di un vaso. Questa terapia non ha più limiti di età e viene effettuata su pazienti nei quali la sintomatologia sia esordita meno di 4,5 ore prima. In questo periodo di tempo devono verificarsi una serie di circostanze, che sono: il riconoscimento dei sintomi da parte del paziente, la ricerca di aiuto medico, la diagnosi di ictus e l'inizio della terapia. Quindi, le cose da fare in meno di 4,5 ore da quando si manifestano i segni e i sintomi dell'ictus sono veramente tante!

Prima di tutto, si è dimostrato che il riconoscimento dei sintomi dell'ictus da parte del paziente non è per niente semplice. Infatti nella maggior parte dei casi, i pazienti non capiscono cosa stia loro succedendo; spesso si tratta di persone anziane, che abitano da sole o che avevano problemi di salute anche prima. Inoltre, non essendo doloroso, come è invece l'infarto miocardico, il paziente non è motivato a cercare aiuto medico dal desiderio di far cessare il dolore e tende spesso ad aspettare che il disturbo regredisca spontaneamente.

La ricerca di aiuto medico è un altro punto cruciale del ritardo che può subire questa fase. Infatti, nel sospetto di ictus o TIA, è assolutamente consigliato chiamare direttamente il 118, senza passare attraverso intermediari (guardia medica, medico di base o amici, parenti, conoscenti medici). E' dimostrato che chi chiama il 118, giunge prima in pronto soccorso di chi vi si reca con mezzi propri, ed una volta giunto, esegue prima tutti gli accertamenti per l'inquadramento diagnostico dell'ictus. Questi sono sostanzialmente:

- la visita da parte del medico del pronto soccorso, che stabilizza il paziente e, in caso di sospetto di ictus, richiede poi la visita specialistica di un neurologo;
- la visita dello specialista neurologo, che conferma il sospetto di ictus o TIA e quindi prescrive gli esami necessari alla diagnosi del determinato tipo di ictus ed eventualmente ad accertare la possibilità di sottoporre il paziente alla terapia specifica;
- la TAC del cranio, che permette di diagnosticare il tipo di ictus cerebrale, ischemico o emorragico. Ove questo fosse emorragico, il paziente intraprende un percorso terapeutico specifico, che può prevedere una valutazione e un trattamento neurochirurgico.
- Gli esami del sangue, per evidenziare condizioni che possono mimare un TIA o un ictus e verificare che non esistano controindicazioni alla terapia dell'ictus
- Eventuali accertamenti che il neurologo ritenga indicati per la diagnosi di ictus e per verificare che non esistano controindicazioni alla terapia di fase acuta che intende attuare.

Quando un paziente giunge in Pronto Soccorso, il personale che svolge il triage dovrà utilizzare la "Cincinnati Prehospital Stroke Scale" (CPSS), composta da tre punti. L'alterazione di ciascuno dei tre segni è suggestiva per un ictus.

Si valuta:

- la paresi facciale: chiedere al paziente di sorridere o di mostrare i denti e chiedere di notare se entrambi i lati della faccia si muovono allo stesso modo o meno;
- il deficit motorio degli arti superiori: 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 o uno cade;

-anomalie del linguaggio: chiedere al paziente di ripetere una frase e chiedere di notare se il paziente usa le parole correttamente o se usa parole inappropriate o se è incapace di parlare.

Dopo che si ottiene positività della Cincinnati Prehospital Stroke Scale l'operatore assegna il codice rosso o il codice giallo, garantendo la medicalizzazione dell'evento specie se sono presenti i criteri di inclusione (esordio dei sintomi inferiore alle 4 ore e mezza) per un eventuale trombolisi.

Se il paziente è vigile senza alterazioni del respiro e almeno un criterio della CPSS, assegnare il codice giallo, far mantenere al paziente la posizione semiseduta, non somministrare cibi, bevande o farmaci.

In caso di perdita di coscienza assegnare il codice rosso, mantenere il paziente in posizione laterale di sicurezza e ABC (Airway, Breathing, Circulation - Vie aeree, respiro, circolo), non somministrare cibi, bevande e farmaci.

Per valutare in seguito la gravità dell'ictus, si utilizzano delle scale:

-**la scala di Barthel (Barthel Index)**, usata per la valutazione dell'autonomia, fornisce un punteggio indicativo delle capacità del soggetto di alimentarsi, vestirsi, gestire l'igiene personale, lavarsi, usare i servizi igienici, spostarsi dalla sedia al letto e viceversa, deambulare in piano, salire e scendere le scale, controllare la defecazione e la minzione. Il punteggio assegnato per ogni funzione può essere 15,10,5 o 0. Ad esempio vengono assegnati 10 punti se il soggetto si alimenta autonomamente e 5 se richiede aiuto. Per il controllo della minzione e defecazione si considera indipendente il paziente che gestisce autonomamente i propri bisogni; con aiuto se richiede l'aiuto (anche parziale) di altri per utilizzare strumenti quali pappagallo o padella; dipendente se usa il catetere o presenta episodi di incontinenza, anche saltuari. Il punteggio massimo è assegnato solo se il paziente esegue il compito in modo completamente indipendente, senza la presenza di personale di assistenza. Il punteggio massimo è 100 e presenta la totale indipendenza in tutte le attività di base della vita quotidiana.

BARTHEL INDEX

(scala di valutazione delle attività di vita quotidiana)

<i>Alimentazione</i>	<i>Punteggio</i>
- Completamente dipendente	0
- Necessita di aiuto per tagliare, versare..	5
- Indipendente	10
<i>Trasferimenti (letto-sedia/carrozzina e ritorno)</i>	
- Dipendente, non controlla il tronco da seduto	0
- Necessita di molto aiuto (1 o 2 persone)	5
- Necessita di poco aiuto verbale o fisico	10
- Indipendente	15
<i>Trasferimenti bagno</i>	
-Dipendente	0
- Necessita di qualche aiuto per l'equilibrio	5
- Indipendente	10
<i>Pulizia del mattino</i>	
-Necessita di aiuto	0
- Indipendente per viso, mani, denti o dentiera, pettinarsi, radersi	5
<i>Vestirsi</i>	
- Dipendente	0
-Necessita di aiuto ma può fare qualcosa da solo	5
- Indipendente (mettere e togliere gli abiti, usare la carta igienica)	10
<i>Fare il bagno</i>	
- Dipendente	0
- Indipendenza (anche in doccia)	5
<i>Mobilità</i>	
- Non è in grado di spostarsi	0
- Indipendente con la carrozzina, anche per girare	5
- Cammina con l'aiuto, verbale e fisico, di una persona	10
- Indipendente	15

Scale	
- Completamente dipendente	0
- Necessità di aiuto (verbale, fisico, meccanico)	5
- Indipendente	10
Alvo	
- Incontinente (o è necessario clistere fatto dall'assistente)	0
- Incontinenza occasionale (una volta a settimana)	5
- Continente	10
Vescica	
-Incontinenza o cateterizzato da altri	0
- Incontinenza occasionale (meno di una volta nelle 24 ore)	5
- Continente	10
Totale	.../100

-la scala Rankin, utilizzata per valutare il grado di disabilità nei pazienti con ictus.

Punteggio 1: Assenza di disabilità di rilievo malgrado la presenza di sintomi; si mantiene la capacità di realizzare le attività abituali. I sintomi fisico/cognitivi si presentano con difficoltà nell'espressione verbale, nella lettura o nella scrittura; difficoltà nei movimenti, nelle sensazioni, visione o capacità di inghiottire; umore. Il paziente è in grado di realizzare (portare avanti) le sue precedenti attività lavorative, sociali o hobbies.

Punteggio 2: Disabilità lieve; non riesce più di svolgere tutte le attività precedenti, ma è autonomo/a nel camminare e nelle attività della vita quotidiana. Si presenta con incapacità di realizzare alcune delle attività abituali prima dell'Ictus; guidare un veicolo, ballare, leggere o lavorare; è in grado di prendersi cura di se senza assistenza quotidiana, vestirsi, muoversi nell'abitazione, nutrirsi, igiene personale, preparare pasti semplici, fare spese o fare viaggi brevi. Non è richiesta supervisione. Il paziente può essere lasciato da solo in casa, per periodi anche superiori ad una settimana, senza preoccupazione.

Punteggio 3: Disabilità moderata; richiede qualche aiuto nelle attività della vita quotidiana, ma cammina senza assistenza. E' in grado di muoversi da solo con ausilio di bastone, stampella o "girello". E' in grado di vestirsi da solo, provvedere alla propria igiene personale e ad alimentarsi. Necessita di aiuto per le attività più complesse. Richiede di essere assistito più frequentemente di una volta la settimana. Richiede inoltre di essere consigliato. Necessita di supervisione finanziaria.

Punteggio 4: Disabilità moderatamente grave. Non è più in grado di camminare senza aiuto né di badare ai propri bisogni corporali. Non è in grado di muoversi da solo. Necessita di aiuto per alcune attività quotidiane come camminare, vestirsi, nutrirsi o eseguire l'igiene personale. Necessita di visite perlomeno quotidiane o deve vivere in prossimità di qualcuno che lo aiuti. Il paziente può essere lasciato solo per brevi periodi durante la giornata.

Punteggio 5: Disabilità grave. Costretto/a a letto, incontinente e bisognoso/a di assistenza infermieristica e di attenzione costante. È necessaria la presenza di qualcuno che sia costantemente disponibile durante il giorno ed eventualmente durante la notte; non necessariamente un infermiere professionale, può trattarsi di un "badante".

SCALA DI RANKIN

	<i>Punteggio</i>
Nessun sintomo	0
Non disabilità significativa nonostante la presenza di sintomi; in grado di eseguire le abituali attività quotidiane	1
Disabilità lieve; non in grado di eseguire le abituali attività quotidiane, ma capace di badare a se stesso senza bisogno di aiuto	2
Disabilità moderata: richiede aiuto, ma è in grado di deambulare senza assistenza	3
Disabilità moderatamente grave; incapace di deambulare e di provvedere alle sue esigenze personali senza assistenza	4
Disabilità grave; allettato; incontinente; richiede assistenza infermieristica continuativa	5

-la scala National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), è universalmente utilizzata nella pratica clinica quotidiana e nella ricerca per quantificare la gravità del deficit neurologico provocato da un ictus cerebrale acuto. E' costituita da 15 items ed il punteggio totale va da un minimo di 0 = esame neurologico normale ad un massimo di 42, grave deficit neuro-sensoriale-motorio. Se abbiamo uno score da 1 a 7 si parla di deficit neurologici lievi, se è uguale a 8 i deficit sono moderati, mentre se è uguale o maggiore di 14 si tratta di deficit gravi.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE SCALE

<i>Funzioni da esaminare</i>	<i>Punteggi</i>
Livello di coscienza: vigilanza.	0-1-2-3
Livello di coscienza: orientamento	0-1-2
Livello di coscienza: comprensione ed esecuzione di ordini semplici	0-1-2
Sguardo	0-1-2
Campo visivo	0-1-2-3
Paralisi facciale	0-1-2-3
Motilità dell'arto superiore sinistro	0-1-2-3- 4-NV
Motilità dell'arto superiore destro	0-1-2-3- 4-NV
Motilità dell'arto inferiore sinistro	0-1-2-3- 4-NV
Motilità dell'arto inferiore destro	0-1-2-3- 4-NV
Atassia degli arti	0-1-2-NV
Sensibilità	0-1-2
Linguaggio	0-1-2-3
Disartria	0-1-2-NV
Inattenzione	0-1-2

-la Glasgow Coma Scale: con questa scala si valuta:

→ L'apertura degli occhi allo stimolo nocicettivo. Si applica uno stimolo comprimendo il letto ungueale con una penna o eseguendo la compressione con il pollice a livello della fossetta sovraorbitale.

→La risposta motoria. Si chiede al paziente di sollevare due dita: se non si ottiene risposta si applica uno stimolo doloroso e si osserva la risposta in flessione (flessione delle estremità superiori verso lo stimolo).

→La risposta verbale. Il paziente è orientato quindi risponde correttamente a domande su nome, mese, anno e luogo. Lo score può assumere valori da 3 a 15. Quest'ultimo valore corrisponde ad uno stato di coscienza, mentre punteggi progressivamente più bassi indicano una sempre maggiore compromissione della coscienza fino al coma, che corrisponde ad uno score uguale o inferiore a 8.

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

<u>Apertura degli occhi</u>	Spontanea	4
	Agli stimoli verbale	3
	Solo al dolore	2
	Nessuna risposta	1
<u>Risposta verbale</u>	Orientata	5
	Confusa	4
	Con parole inappropriate	3
	Con parole incomprensibili	2
	Nessuna risposta	1
<u>Risposta motoria</u>	Obbedisce al comando	6
	Localizza gli stimoli dolorosi	5
	Si ritrae in risposta al dolore	4
	Flette gli arti superiori in risposta al dolore	3
	Estende gli arti superiori in risposta al dolore	2
	Nessuna risposta	1

In seguito, il paziente, dovrà essere sottoposto a esami di laboratorio. Si eseguono esami ematologici per evidenziare la presenza di fattori di rischio per lo sviluppo di patologie cerebrovascolari. Tra questi esami ci sono: l'esame emocromocitometrico con piastrine, glicemia ed elettroliti sierici, creatininemia, azotemia, proteine totali, bilirubina, transaminasi, profilo coagulativo ed esame urine.

Vi sono inoltre degli esami strumentali a cui viene sottoposto il paziente. La diagnostica strumentale è ampia, prevede uno svariato numero di esami e serve soprattutto a chiarire cause e modalità dell'ictus.

-Rx torace: si esegue per valutare nelle prime ore la presenza di scompenso cardiaco, polmoniti ab ingestis o altre patologie cardiache o polmonari che possono complicare il decorso o condizionare il trattamento.

- Elettrocardiogramma: anomalie elettrocardiografiche possono evidenziare la presenza di fattori di rischio per l'insorgenza di ictus (Fibrillazione Atriale).

- Ecocardiogramma: Se l'ictus deriva da un embolo, permettono di individuare da che punto del cuore è partito l'embolo.

- TAC diretta e Angio-TAC: mostra dettagliatamente il cervello e permette di capire la sede dell'insorgenza dell'ictus. Riconosce se ci sono altri disturbi cerebrali, come ad esempio un tumore. Se si fa uso di un liquido di contrasto (Angio-TAC), si possono osservare il flusso sanguigno nei vasi arteriosi e venosi del collo e dell'encefalo.

- Risonanza magnetica (RMN): fornisce un'immagine dettagliata del cervello e individua il tessuto danneggiato da un ictus ischemico ed emorragico.

- Ecografia carotidea: mostra in modo preciso l'interno delle arterie carotidee del collo. Se ci sono delle placche aterosclerotiche vengono evidenziate.

- Ecodoppler: in grado di evidenziare un'eventuale stenosi carotidea.

- Angiografia cerebrale: mediante un liquido di contrasto, opportunamente iniettato, si riesce a vedere com'è il flusso di sangue all'interno dei grossi vasi, che raggiungono il cervello.

Terapia:

La scelta della terapia più appropriata dopo un episodio di ictus dipende, innanzitutto, dal tipo di ictus stesso (ischemico o emorragico) e, in secondo luogo, dall'area cerebrale coinvolta e dalla causa scatenante. Infatti, si pensi che, nei casi di ictus ischemico, si somministrano farmaci anti-trombotici e anti-coagulanti (come l'aspirina), che non vengono utilizzati nei pazienti con ictus emorragico.

Se si tratta di ictus ischemico si deve ristabilire il flusso di sangue all'interno dei vasi ostruiti che attraversano il cervello. I farmaci adatti a questo scopo sono gli anti-trombotici (o trombolitici) e anti-coagulanti. Servono per dissolvere e prevenire la formazione di trombi.

- L'Aspirina è il principale farmaco anti-trombotico per il trattamento immediato dell'ictus. Ma, ha anche azione preventiva, in quanto si prescrive la sua somministrazione anche dopo l'emergenza.

- L'attivatore tissutale del plasminogeno (TPA), viene somministrato per via endovenosa. Ha funzione trombolitica, ossia discioglie i trombi all'interno dei vasi sanguigni.

- altri farmaci sono l'eparina o il dipiridamolo. Usati raramente nelle emergenze perché non hanno un'azione immediata.

Se le condizioni del paziente lo richiedono, è necessario intervenire chirurgicamente. Il medico chirurgo può eseguire diverse procedure d'intervento, tutte utili a liberare i vasi sanguigni occlusi in modo parziale o totale da un coagulo o da una placca aterosclerotica.

- possiamo avere la somministrazione, direttamente in situ, del TPA. Il chirurgo inserisce un piccolo catetere in un vaso arterioso del paziente e lo conduce fino al cervello. Qui, il catetere rilascia TPA direttamente nel punto in cui è avvenuta l'ostruzione da parte del coagulo di sangue. Ha un effetto più veloce, rispetto alla somministrazione per via endovenosa.

- rimozione del coagulo di sangue. Il chirurgo utilizza un catetere che può afferrare e rimuovere i coaguli di sangue.

- angioplastica e stent. Il chirurgo infila un tubicino metallico espandibile a livello della carotide. Condotta nel punto dove c'è l'occlusione, il tubicino viene gonfiato per riaprire il vaso ostruito dalla placca aterosclerotica.

Se si tratta, invece, di un ictus emorragico, bisogna fermare e controllare la perdita di sangue in corso e ridurre la pressione.

Questo tipo di ictus richiede la somministrazione di farmaci ad azione pro-coagulante, per fermare l'emorragia, soprattutto nei casi in cui il paziente è in terapia con farmaci anti-coagulanti. In seguito il paziente va tenuto in osservazione in attesa che l'ematoma si riassorba. Anche in questo caso si può intervenire chirurgicamente.

Riabilitazione:

La riabilitazione per un paziente colpito da ictus è un passaggio fondamentale e obbligato. Senza di essa, infatti, il recupero di alcune facoltà (di tipo motorio, di linguaggio, di equilibrio, ecc) non sarebbe possibile. Il percorso riabilitativo restituisce forza e coordinazione al malato e gli consente di tornare, quasi sempre, a una vita indipendente. Ovviamente, il percorso non è uguale per tutti: pazienti con ictus gravi hanno bisogno di molte più attenzioni e non è detto che recuperino tutte le loro funzioni motorie o di linguaggio; viceversa, pazienti con ictus meno gravi hanno maggiori probabilità di riprendersi. È necessario iniziare la riabilitazione il prima possibile, appena le condizioni generali del paziente lo consentono.

Le due finalità principali della riabilitazione sono:

- rinforzare e rieducare il paziente, per aiutarlo a migliorare
- insegnare al paziente a gestire una vita il più normale possibile, entro i limiti dati dai suoi deficit.

Gli specialisti, che si occupano di un paziente colpito da ictus, sono diversi: fisioterapista, fisiatra, logopedista, psichiatra, neurologo, dietologo, infermiere ecc. L'aiuto da parte di determinati esperti dipende dall'area di cervello colpita.

Gli obiettivi della riabilitazione sono: il tentativo di recupero della mobilità dell'emisoma, prevenire l'immobilizzazione e favorire il recupero motorio. Si deve stimolare e incoraggiare il paziente allo svolgimento delle attività quotidiane. La mobilizzazione serve per prevenire trombosi, polmoniti, l'insorgenza di lesioni cutanee, contratture e stipsi, e ha effetti positivi sul lato psicologico. È necessario effettuare dei cambi di postura ogni 2-4 ore.

L'attività dell'infermiere riveste un ruolo importante nella conduzione del processo di riabilitazione delle gravi disabilità; le attività assistenziali verranno svolte con modalità riabilitativa utilizzando un modello di assistenza personalizzato sui singoli pazienti in base ai loro reali bisogni e operando per obiettivi e non per singole prestazioni e mansioni.

L'infermiere in riabilitazione valuta ed interviene sui seguenti bisogni del paziente:

- cure igieniche (in collaborazione con le figure di supporto, OSS)
- programmi per raggiungere l'autonomia vescicale, rettale e nell'alimentazione;
- interventi specifici per mantenere l'integrità cutanea e curare le eventuali ulcere cutanee già presenti;
- fattori ambientali quali la temperatura, il rumore, il controllo degli effetti personali, il controllo delle infezioni e la sicurezza ambientale;
- l'uso di dispositivi necessari per la comunicazione, l'alimentazione, la mobilità, l'evacuazione, il vestirsi e la deambulazione;
- specifiche misure per prevenire gli effetti dell'immobilità;
- specifiche misure per promuovere il raggiungimento di un'ottimale indipendenza;
- somministrazione farmacologica.

Si possono distinguere due diversi tipi di interventi riabilitativi in relazione alla tipologia e all'intensità dell'intervento:

- 1) Riabilitazione intensiva, diretta al recupero di disabilità medio-gravi in fase acuta, attraverso un'equipe multidisciplinare, in cui un intervento riabilitativo dura almeno tre ore. Si effettua in regime di ricovero ospedaliero.
- 2) Riabilitazione estensiva, diretta al recupero delle disabilità nella fase post acuta e prolungata nel tempo. Si effettua presso istituti di riabilitazione come ad

esempio il Santa Maria Bambina di Oristano, il S. Giovanni Battista di Ploaghe e il centro riabilitativo di Alghero.

La riabilitazione può avvenire in varie tipologie di strutture.

IL RUOLO DELL'INFERMIERE

La gestione dei pazienti colpiti da Ictus è notevolmente complessa ed implica un serio e costante lavoro di equipe che vede coinvolti Infermieri, Medici, Fisioterapisti, Assistenti Sociali, familiari e lo stesso paziente.

Le catastrofiche ripercussioni dell'episodio cerebrovascolare sul paziente e sulla famiglia presentano enormi problemi fisiologici, psicologici e sociali. Una volta formulata la diagnosi, la molteplicità di questi problemi richiede un immediato e intelligente intervento infermieristico, se si vogliono ridurre al minimo le complicanze.

Subito dopo il ricovero del paziente colpito da ictus, è necessario istituire misure infermieristiche per evitare le contratture, le piaghe da decubito, e la regressione intellettuale derivante dalla privazione sensoriale. L'infermiere deve essere in grado di formulare una diagnosi infermieristica, di programmare, attuare l'assistenza al paziente e valutare e modificare il piano d'assistenza, allorché le esigenze del paziente cambino. Una competente assistenza infermieristica del paziente con ictus impone che l'infermiere sia esaurientemente informato circa la causa e le complicanze che devono essere prese in considerazione nel programmare l'assistenza. E' altrettanto importante che l'infermiere comunichi il suo piano di assistenza al medico e agli altri membri del team.

Se non vengono istituite appropriate misure preventive dall'inizio dell'accidente, il paziente può andare incontro a gravi ed irreversibili complicanze. Troppo di frequente il paziente con ictus è semplicemente lasciato a letto. Questo criterio di assistenza favorisce l'instaurarsi delle principali complicanze quali: le piaghe da decubito, le contratture, l'incontinenza intestinale e vescicale, perdita del rispetto di sé e di dignità.

È necessario che l'infermiere metta in atto il processo di nursing. Il processo di assistenza infermieristica è un approccio per identificare, diagnosticare e trattare le risposte umane alla salute e alla malattia (American Nurses Association, 2003). È fondamentale per la pratica infermieristica ed è diviso in cinque fasi: accertamento, diagnosi infermieristica, pianificazione, attuazione e valutazione. Ogni volta che si incontra un paziente, come ad esempio un paziente anziano colpito da ictus, si applica il processo di assistenza infermieristica per fornire cure e assistenza appropriate ed efficaci. Il processo inizia con la prima fase, l'accertamento, la raccolta e l'analisi delle informazioni sullo stato di salute del paziente. Quindi si danno dei giudizi clinici sulle risposte del paziente ai problemi di salute sotto forma di diagnosi infermieristiche. Dopo aver definito le diagnosi infermieristiche appropriate, si costruisce un piano di assistenza. Questo prevede interventi personalizzati per ciascuna diagnosi infermieristica del paziente. Il passo successivo, l'attuazione, prevede la messa in pratica effettiva degli interventi previsti. Dopo aver erogato gli interventi, si valutano le risposte del paziente e l'efficacia degli interventi. Il processo di assistenza infermieristica è fondamentale per consentire di fornire un'appropriata ed efficace assistenza ai propri pazienti. Il processo di assistenza infermieristica serve per informare e sistematizzare la pratica infermieristica.

Prima fase: Accertamento

Come già detto la prima fase è l'accertamento: la raccolta di dati sistematica per determinare lo stato di salute attuale e passato di una persona e lo stato funzionale presente e passato dei modelli di adattamento della persona. L'accertamento infermieristico prevede due fasi:

- una fase di raccolta e verifica dei dati da una fonte primaria (il paziente) e da fonti secondarie (familiari, operatori sanitari, cartella clinica);
- una seconda fase di analisi di tutti i dati come base per sviluppare diagnosi infermieristiche, individuare i problemi collaborativi ed elaborare un piano assistenziale individualizzato.

Lo scopo dell'accertamento è quello di creare un archivio in cui sono presenti i bisogni della persona, i suoi problemi di salute, e le risposte a questi problemi. L'infermiere procederà quindi ad osservare i comportamenti della persona, a porre domande sulla natura del problema, ad osservare i segnali che la persona fornisce e a condurre un esame obiettivo. Talvolta si possono intervistare i familiari che sono a conoscenza del problema di salute e si consulteranno i dati presenti nella cartella clinica. Una volta che si conosce la natura e l'origine dei problemi di salute di un paziente, si è in grado di fornire interventi intesi a ripristinare, conservare o migliorare la salute della persona. L'uso degli atteggiamenti del pensiero critico quali curiosità, perseveranza e fiducia garantisce una raccolta di dati completa. Si impara a differenziare i dati importanti tra tutti quelli raccolti. Un segno è un'informazione che si ottiene attraverso l'uso dei sensi. È possibile non vedere dei segni importanti quando si costruisce il quadro iniziale.

Esistono due approcci per un accertamento completo. Il primo riguarda l'uso di una raccolta dati strutturata, basata su un quadro teorico condiviso o standard pratici. La teoria o standard pratico fornisce categorie di informazioni che l'infermiere deve valutare. Nel caso dei modelli funzionali di salute di Gordon, il modello offre un quadro olistico per l'accertamento di qualsiasi problema di salute.

<u>Tipologia degli 11 modelli funzionali della salute</u>
<u>Modello di percezione e gestione della salute</u> : descrive l'autovalutazione della salute e del benessere del paziente; le modalità di gestione della salute; conoscenza delle pratiche di prevenzione sanitaria.
<u>Modello nutrizionale metabolico</u> : descrive il modello giornaliero/settimanale di assunzione di cibo e liquidi del paziente; peso attuale, perdita o aumento di peso.
<u>Modello di eliminazione</u> : descrive i modelli della funzione escretoria.
<u>Modello di attività ed esercizio fisico</u> : descrive i modelli di esercizio fisico, attività, tempo libero e svago; capacità di eseguire le attività di vita quotidiana.
<u>Modello di riposo e sonno</u> : descrive i modelli di sonno, riposo e rilassamento.
<u>Modello cognitivo e percettivo</u> : descrive i modelli sensoriali-percettivi;

linguaggio adeguato, memoria, capacità decisionale.
<u>Modello di percezione di sé e concetto di sé</u> : descrive il modello del concetto di sé del paziente e le percezioni di sé.
<u>Modello di ruoli e relazioni</u> : descrive il modello delle relazioni e delle responsabilità correlate al ruolo del paziente.
<u>Modello di sessualità e riproduzione</u> : descrive i modelli di soddisfazione e insoddisfazione del paziente correlati alla sfera sessuale; modelli di riproduzione della persona; problemi della premenopausa e postmenopausa.
<u>Modello di coping e tolleranza allo stress</u> : descrive la capacità di gestire lo stress del paziente; fonti di supporto; efficacia dei modelli in termini di tolleranza allo stress.
<u>Modello di valori e convinzioni</u> : descrive i modelli dei valori e delle convinzioni e gli obiettivi che guidano le scelte o le decisioni del paziente.

L'accertamento parte dal generale per scendere nello specifico. Si valutano, infatti, gli 11 modelli di Gordon e, quindi si determina se ci sono problemi o modelli. Si pongono domande più specifiche sui modelli di salute che suggeriscono l'esistenza di un problema. L'accertamento identifica i modelli funzionali (punti di forza del paziente) e i modelli disfunzionali (i problemi riscontrati dal paziente) che aiutano nello sviluppo del piano di assistenza infermieristica.

Il secondo approccio per lo svolgimento dell'accertamento completo è quello orientato al problema. Si concentra sulla situazione presente del paziente e inizia dalle aree problematiche. Ad esempio, si fanno domande precise: descriva il suo dolore; dia un valore al suo dolore in una scala da 1 a 10; ha notato se il dolore peggiora durante un'attività oppure se è associato al mangiare?; nello stesso istante in cui portiamo avanti un colloquio-intervista con il paziente facciamo anche un accertamento fisico osservando segni non verbali, come espressioni facciali, ispezionando l'area indicata dal paziente. Possiamo quindi raccogliere sia dati soggettivi (ciò che ci riferisce il paziente), sia dati oggettivi (ciò che riscontriamo noi osservando il paziente). Dopo aver raccolto informazioni

dettagliate sul paziente, è il momento di analizzare e interpretare i dati. L'analisi inizia con l'organizzazione delle informazioni in gruppi significativi e utilizzabili, tenendo conto della risposta del paziente alla malattia. Durante il raggruppamento dei dati è necessario organizzare i dati e focalizzare l'attenzione sulle funzioni del paziente che hanno bisogno di sostegno o assistenza per il recupero. È necessario, dopo aver raccolto accuratamente i dati, annotarli in cartella. Le annotazioni devono essere descrittive, concise e complete e non comprendere deduzioni o dichiarazioni interpretative.

Nel caso di un paziente anziano colpito da ictus l'infermiere deve:

- *valutare i parametri vitali;*
- *valutare il movimento (con la collaborazione del fisiatra e del fisioterapista) attraverso*
 - *osservazione attenta della capacità di muoversi e cambiare posizione del paziente;*
 - *osservazione dell'attività e delle situazioni che aumentano o riducono il tono muscolare;*
 - *verifica dell'integrità cutanea;*
 - *verifica della capacità di evacuare;*
- *valutare lo stato neurologico attraverso l'utilizzo di scale di valutazione (vedi capitolo 2);*
- *valutare la liberazione efficace delle vie aeree attraverso*
 - *valutazione grado disfagia attraverso delle apposite scale (vedi capitolo 2) e con la collaborazione del logopedista;*
 - *valutare i rumori respiratori e la capacità di rimuovere le secrezioni;*

- *valutare il livello di conoscenza sulla patologia*
 - *valutare la comprensione da parte dell'assistito e del caregiver per quanto riguarda la diagnosi e i bisogni assistenziali;*
 - *valutare il tono dell'umore dell'assistito e del caregiver;*
- *valutare il grado di compromissione nella comunicazione verbale*
 - *valutare la capacità di espressione;*
 - *valutare la capacità di comprensione;*
- *valutare le caratteristiche del dolore (sede, qualità, severità)*
- *valutare il grado di eminegligenza*
 - *valutare la risposta dell'assistito al tocco, al dolore e alla temperatura;*
 - *osservare le risposte dell'assistito nelle ADL (attività di vita quotidiana);*

Seconda fase: Diagnosi infermieristica:

Una volta completato l'accertamento, si analizzano a fondo la natura e la gravità del problema, in modo da essere in grado, in seguito, di sviluppare un piano di assistenza. La fase successiva del processo diagnostico è la formulazione di conclusioni diagnostiche che possano determinare l'assistenza infermieristica che il paziente riceve. Le conclusioni diagnostiche includono i problemi trattati primariamente dagli infermieri (diagnosi infermieristiche) e i problemi che richiedono il trattamento da parte di più discipline (problemi collaborativi). La diagnosi infermieristica, la seconda fase del processo di nursing, classifica i problemi di salute all'interno del dominio infermieristico. Il processo di diagnosi è il risultato dell'analisi dei dati e della conseguente identificazione delle risposte

specifiche ai problemi di salute. Una diagnosi infermieristica consiste in un giudizio clinico sulle risposte di un individuo, una famiglia o una comunità ai problemi di salute reali o potenziali oppure ai processi di vita (NANDA International, 2007). È un'enunciazione che descrive la risposta reale o potenziale di un paziente ai problemi di salute che un infermiere è autorizzato e competente a trattare.

Le diagnosi infermieristiche forniscono la base per la selezione degli interventi infermieristici atti a raggiungere i risultati per cui l'infermiere è responsabile. L'infermiere necessita di conoscenze infermieristiche approfondite per accertare il rischio specifico di un paziente per questi problemi, per identificare i problemi immediatamente e poi adottare tutte le misure preventive. L'uso delle enunciazioni formali standard delle diagnosi infermieristiche serve a diversi scopi:

- Fornisce una precisa definizione che dà a tutti i membri dell'equipe assistenziale un linguaggio comune per comprendere le necessità del paziente.
- Permette agli infermieri di comunicare cosa fanno tra di loro, agli altri professionisti sanitari e al pubblico.
- Distingue il ruolo dell'infermiere da quello del medico o dell'operatore sanitario.
- Aiuta gli infermieri a concentrarsi sul punto centrale della pratica infermieristica.
- Sostiene lo sviluppo della conoscenza infermieristica.

L'identificazione dei bisogni del paziente permette di individualizzare le diagnosi infermieristiche considerando anche tutti i dati dell'accertamento e concentrandosi sui dati più attinenti.

La NANDA-I ha identificato quattro tipi di diagnosi infermieristiche: diagnosi reali, diagnosi di rischio, diagnosi di benessere e diagnosi infermieristiche di promozione della salute.

Una **diagnosi infermieristica reale** descrive le risposte umane alle condizioni di salute oppure i processi presenti in un individuo, una famiglia o una comunità. La selezione di una diagnosi reale indica che sono disponibili sufficienti dati dall'accertamento per stabilire la diagnosi infermieristica. Una **diagnosi infermieristica di rischio** descrive le risposte umane alle condizioni di salute o ai processi di vita che potrebbero svilupparsi in un individuo, una famiglia o una comunità vulnerabili. L'accertamento chiave per questo tipo di diagnosi è la presenza di dati che rivelano i fattori di rischio che supportano la vulnerabilità. Una **diagnosi infermieristica di promozione della salute** consiste nel giudizio clinico sulla motivazione o il desiderio di una persona, una famiglia o una comunità di migliorare il benessere e realizzare il potenziale di salute umana, come espresso nella loro disponibilità a sviluppare i comportamenti salutari specifici, quali corretta alimentazione ed esercizio fisico. Una **diagnosi infermieristica di benessere** descrive le risposte umane ai livelli di benessere di una persona, una famiglia o una comunità che hanno una disponibilità a migliorare. Si tratta di un giudizio clinico riguardante un individuo, un gruppo o una comunità in transizione da un livello specifico di benessere a un livello più alto. Si seleziona questo tipo di diagnosi quando il paziente desidera raggiungere o ha già raggiunto un livello ottimale di salute.

Per formulare una diagnosi si utilizza il modello PES (Gordon 1982), un acronimo in cui P sta per PROBLEMA (alterazione funzionale), E sta per EZIOLOGIA e S sta per SEGNI e SINTOMI. Le componenti delle diagnosi infermieristiche sono il titolo diagnostico, corrisponde al nome della diagnosi infermieristica e descrive l'essenza della risposta di un paziente alle condizioni di salute con il minor numero di parole possibile; i fattori correlati e la definizione che descrive le caratteristiche della risposta umana identificata.

Vediamo nello specifico le diagnosi infermieristiche di un paziente anziano colpito da ictus:

- *Compromissione della mobilità correlata ad emiparesi che si manifesta con restrizione obbligata nei movimenti;*

- *Compromissione dell'integrità cutanea correlata ad emiparesi che si manifesta con l'insorgenza delle lesioni da compressione;*
- *Compromissione della deglutizione secondaria a ictus che si manifesta con stasi del cibo e/o soffocamento;*
- *Compromissione della comunicazione verbale secondaria a danno cerebrale;*
- *Deficit nella cura di sé, bagno e/o igiene personale – vestirsi e curare il proprio aspetto secondario a mancanza di coordinazione motoria e atrofie ed emiparesi;*
- *Disturbo dell'immagine corporea conseguente a variazioni dell'aspetto, dello stile di vita che si manifesta con ipersensibilità alle critiche;*
- *Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno secondaria a disfagia;*
- *Confusione mentale correlata al danno cerebrale;*
- *Compromissione dell'eliminazione urinaria e fecale;*
- *Rischio di aspirazione e soffocamento secondario a disfagia;*
- *Rischio di insorgenza di lesioni da decubito secondario ad immobilità;*
- *Rischio di lesione e di trauma secondario a disturbo della percezione sensoriale.*

Terza fase: Pianificazione

Dopo aver identificato le diagnosi infermieristiche per un paziente e i suoi punti di forza, inizia la pianificazione dell'assistenza infermieristica. La pianificazione, la terza fase del processo di nursing, è una categoria di comportamenti infermieristici in cui un infermiere stabilisce gli obiettivi centrati sul paziente e i risultati attesi e, quindi, pianifica gli interventi infermieristici. Si devono selezionare gli interventi che risolveranno i problemi del paziente e raggiungeranno gli obiettivi e i risultati sperati. Un aspetto importante della pianificazione è l'identificazione delle priorità del paziente. La pianificazione ben riuscita richiede la collaborazione con il paziente e la famiglia, il consulto con

altri membri dell'equipe e anche una revisione della letteratura inerente. Un piano assistenziale è dinamico e cambierà a mano a mano che si incontreranno problemi nuovi o si soddisferanno quelli vecchi. L'identificazione delle priorità consiste nella disposizione delle diagnosi infermieristiche o dei problemi del paziente usando le nozioni di urgenza e/o di importanza per stabilire un ordine preferenziale di azioni infermieristiche. Mentre si assiste un paziente vi sono quindi alcuni aspetti dell'assistenza di cui ci si deve occupare prima. Le priorità aiutano a prevedere e a organizzare gli interventi infermieristici quando un paziente mostra diagnosi infermieristiche multiple e problemi collaborativi. Per quanto riguarda l'importanza, è di aiuto classificare le priorità come alte, intermedie e basse. Le diagnosi infermieristiche che, se non trattate, possono dare risultati dannosi al paziente o ad altri hanno la priorità più alta. Le diagnosi infermieristiche a priorità intermedia implicano i bisogni del paziente che non ne mettono a rischio la vita o che non sono urgenti. Invece, quelle a bassa priorità non sono sempre direttamente connesse con una specifica malattia o con una prognosi, ma influenzano il futuro benessere del paziente. Molte diagnosi a priorità bassa si concentrano sulla salute e sui bisogni assistenziali a lungo termine del paziente. L'ordine delle priorità cambia con il mutare della situazione del paziente, talvolta anche nel giro di pochi minuti. L'ordinamento corretto delle priorità assicura il soddisfacimento dei bisogni del paziente in modo efficace e tempestivo. Secondo White la pianificazione si suddivide in tre fasi: iniziale, continua e alla dimissione. La pianificazione iniziale include lo sviluppo di un piano preliminare di assistenza successivo all'accertamento iniziale e alla selezione delle diagnosi infermieristiche. La pianificazione continua include il costante aggiornamento del piano di assistenza del paziente. La pianificazione delle dimissioni, l'ultima fase, include la previsione critica e la preparazione per soddisfare i bisogni del paziente dopo le dimissioni. Una volta che si è identificata una diagnosi infermieristica, chiedersi sempre quale sia il migliore approccio per risolvere il problema. Gli obiettivi e i risultati attesi sono enunciazioni specifiche del comportamento del paziente oppure reazioni fisiologiche che l'infermiere stabilisce per raggiungere la risoluzione della diagnosi infermieristica o dei problemi collaborativi. Un obiettivo è un fine, uno

scopo. È una definizione ampia che descrive i cambiamenti desiderati nelle condizioni o nel comportamento del paziente. Gli obiettivi e i risultati attesi servono per fornire un'indicazione per la selezione e l'uso degli interventi infermieristici e fornire un focus per valutare l'efficacia degli interventi stessi. Un obiettivo a breve termine è un comportamento oggettivo o una reazione che il paziente può obiettivamente raggiungere in un breve periodo di tempo, solitamente meno di una settimana. Un obiettivo a lungo termine è un comportamento oggettivo o una reazione che un paziente può plausibilmente raggiungere in un periodo più lungo, solitamente giorni, settimane e talvolta anche mesi. L'identificazione comune degli obiettivi è un'attività che include sia il paziente sia la famiglia nell'ordinare le priorità degli obiettivi assistenziali e nello sviluppare un piano d'azione. Per avere la partecipazione dei pazienti nell'individuare gli obiettivi, questi devono essere vigili e avere un certo grado di indipendenza nel completare le attività della vita quotidiana, nel risolvere i problemi e nel prendere decisioni. Dagli obiettivi a breve e lungo termine si traggono i risultati attesi. Di norma si sviluppano diversi risultati attesi per ogni diagnosi infermieristica e obiettivo; questo perché a volte una singola azione infermieristica non è sufficiente a risolvere un problema. In più, la lista dei risultati attesi fornisce una guida pratica nella pianificazione degli interventi. Solitamente si scrivono i risultati attesi associandoli a un limite temporale, che mostra l'andamento progressivo in cui lo stato del paziente progredisce fino alla guarigione. Possiamo aggiungere inoltre che esistono diversi tipi di linee guida per descrivere gli obiettivi e i risultati attesi:

- Incentrato sul paziente. I risultati e gli obiettivi riflettono il comportamento del paziente e delle sue reazioni agli interventi infermieristici.
- Obiettivi e risultati singoli. Ogni obiettivo e risultato si rivolge soltanto a un singolo comportamento e a una singola reazione.
- Osservabile. L'infermiere deve essere in grado di osservare se ha luogo un cambiamento nello stato del paziente.

- Misurabile. Si scrivono gli obiettivi e i risultati attesi che stabiliscono degli standard rispetto ai quali misurare la reazione del paziente all'assistenza.
- Limitato nel tempo. Il limite temporale per ogni obiettivo e risultato previsto indica quando bisogna aspettarsi la risposta.
- Realistico. Individuare gli obiettivi e i risultati che il paziente è in grado di raggiungere.

Per selezionare gli interventi, l'infermiere deve essere competente in tre aree: 1) conoscenza del razionale scientifico dell'intervento; 2) possesso delle abilità psicomotorie e interpersonali necessarie e 3) capacità di funzionamento in un particolare ambiente sanitario, per utilizzare le risorse assistenziali disponibili in modo efficace. Esistono tre tipologie di interventi infermieristici: iniziati dall'infermiere, iniziati dal medico e collaborativi. L'infermiere deve basare i propri interventi sui bisogni dei pazienti. Gli interventi iniziati dall'infermiere sono interventi infermieristici indipendenti, o comunque azioni compiute solo dall'infermiere. Non richiedono quindi direzione o prescrizione da parte di un altro professionista. Riguardano le attività quotidiane, l'educazione e la promozione della salute. Gli interventi iniziati dal medico sono interventi dipendenti, azioni che richiedono direzioni da parte di un medico o di un altro professionista sanitario. Gli infermieri devono intervenire eseguendo gli ordini verbali o scritti del medico, come ad esempio la somministrazione della terapia, mettere in pratica una procedura invasiva o preparare il paziente a degli esami diagnostici. Gli interventi collaborativi, invece, vengono definiti anche come interventi infermieristici interdipendenti. Sono terapie che richiedono una combinazione di conoscenza, abilità e competenza di più professionisti sanitari.

Il piano infermieristico scritto include le diagnosi, infermieristiche, gli obiettivi e/o risultati attesi, e gli interventi infermieristici specifici, così che qualsiasi infermiere possa identificare velocemente i bisogni clinici del paziente e la sua situazione. Tutti gli infermieri che si prendono cura di un dato paziente porteranno a termine questi interventi entro una certa data durante tutto il periodo di ricovero del paziente.

Pianificazione assistenziale in paziente anziano con ictus

Obiettivi e risultati attesi:

- *Il paziente mantiene una stabilità neurologica;*
- *Il paziente svolge l'attività fisica in modo indipendente o entro i limiti consentiti;*
- *Il paziente dimostra l'uso di tecniche adattive che promuovono la deambulazione e il trasferimento;*
- *Il paziente non presenta complicazioni dovute all'immobilità;*
- *La pelle rimane asciutta e senza lacerazioni.*
- *Liberazione delle vie aeree efficace;*
- *La disfagia viene gestita correttamente;*
- *Il paziente raggiungerà un introito alimentare adeguato al proprio organismo;*
- *Il paziente non mostra variazioni del peso corporeo o alterazione dei livelli proteici;*
- *L'assistito e il caregiver riferiscono la comprensione del processo patologico e dimostrano di aver acquisito le giuste abilità per il soddisfacimento dei bisogni;*
- *Il paziente comunica in modo adeguato;*
- *Il paziente conferma l'assenza o la riduzione del dolore;*

Quarta fase: Attuazione

L'attuazione, la quarta fase del processo di nursing, inizia dopo che l'infermiere ha sviluppato un piano di assistenza. Un intervento di assistenza infermieristica è un qualsiasi trattamento basato sulle conoscenze e sul giudizio clinico che l'infermiere mette in atto per migliorare i risultati del paziente. Gli interventi includono misure di assistenza sia diretta sia indiretta. Gli interventi di assistenza diretta sono trattamenti attuati attraverso l'interazione con i pazienti. Gli interventi

di assistenza indiretta sono trattamenti attuati lontano dal paziente, ma nell'interesse suo o di un gruppo di pazienti. L'assistenza infermieristica è sia arte che scienza, non è una professione basata sui semplici compiti da eseguire. Quindi, ogni intervento è svolto tenendo in considerazione l'unicità di ogni singolo caso clinico. Si interviene sul paziente considerando il quadro generale della sua situazione clinica. La scelta e l'esecuzione degli interventi di assistenza infermieristica per un paziente sono parte del prendere decisioni cliniche. Per attuare un intervento bisogna considerare cosa si sa sul suo scopo, le fasi per eseguirlo in modo corretto, le condizioni cliniche del paziente e la sua probabile risposta. È importante quindi avere una buona preparazione prima di ogni intervento sui pazienti. L'infermiere può creare e individualizzare un piano di assistenza per un paziente in modi differenti. In alcune situazioni sviluppa il piano di assistenza sulla base della propria conoscenza ed esperienza clinica. Tuttavia, esistono sistemi disponibili che forniscono interventi standard per gli infermieri che li possono utilizzare nella formulazione dei piani di cura. Gli interventi standard, iniziati sia dall'infermiere che dal medico, sono disponibili sotto forma di linee guida o protocolli.

La preparazione per l'attuazione assicura l'efficienza, la sicurezza e l'efficacia dell'assistenza infermieristica. Le cinque attività preparatorie includono la rivalutazione del paziente, la revisione del piano assistenziale esistente, l'organizzazione delle risorse e l'erogazione delle cure, l'anticipazione e la prevenzione delle complicanze e l'implementazione degli interventi infermieristici. 1) La fase iniziale dell'attuazione prevede un nuovo accertamento del paziente. Questo aiuta a decidere se le azioni proposte sono ancora appropriate per il livello di benessere del paziente. 2) Successivamente è necessario rivedere il piano di assistenza, confrontare i dati dell'accertamento e convalidare le diagnosi infermieristiche e determinare se gli interventi pianificati vanno ancora bene per la situazione attuale. 3) L'organizzazione delle risorse consente di fornire un'assistenza tempestiva, efficace e qualificata. 4) L'infermiere deve essere in grado di riconoscere i rischi (che possono provenire sia dalla malattia che dal trattamento), adattare gli interventi selezionati alla situazione, valutare i benefici

relativi del trattamento rispetto ai rischi e adottare misure di prevenzione dei rischi.

La pratica infermieristica comprende abilità cognitive, interpersonali e psicomotorie. L'infermiere deve sapere quando preferire un'abilità di implementazione rispetto a un'altra e avere le necessarie conoscenze e competenze per eseguirle.

L'implementazione in un paziente anziano con ictus:

- *Somministrazione dei farmaci come da prescrizione medica;*
- *Mobilizzare il paziente frequentemente, documentando i cambi di posizione su una scheda apposita;*
- *Effettuare esercizi attivi e passivi (in collaborazione con il fisioterapista);*
- *Insegnare all'assistito e al caregiver gli esercizi e le tecniche di trasferimento;*
- *Usare dispositivi per attenuare la pressione sul letto e sulla sedia;*
- *Eseguire l'igiene del paziente;*
- *Spiegare al caregiver il concetto di spasticità e i modi per ridurre il tono muscolare;*
- *Applicare dispositivi di immobilizzazione alle estremità spastiche con una continua valutazione per l'aumento del tono;*
- *Eseguire dei clisteri evacuativi in caso di stipsi;*
- *Incoraggiare il paziente a respirare profondamente e a tossire.*
- *Aspirare la bocca e le vie aeree per rimuovere le secrezioni;*
- *Aiutare l'assistito e il caregiver con la scelta iniziale dei cibi e dei liquidi.*
- *Alimentare il paziente tramite sondino naso gastrico o peg se necessario;*
- *Fare assumere al paziente una posizione ortopnoica durante l'alimentazione;*
- *Preparare i familiari e l'assistito ai possibili cambiamenti del comportamento;*
- *Includere il caregiver nel processo di riabilitazione per imparare ad assistere e a fornire un sostegno emotivo per gli sforzi dell'assistito;*

- *Fornire un sostegno emotivo al caregiver stesso;*
- *Educare assistito e caregiver a seguire una corretta gestione della terapia;*
- *Stabilire una buona comunicazione infermiere-paziente e collaborare con il logopedista;*
- *Utilizzare la comunicazione non verbale per stabilire la relazione con il paziente;*
- *Incoraggiare i familiari a comunicare con l'assistito;*

Quinta fase: Valutazione

La valutazione, la fase finale del processo di nursing, è cruciale per determinare se, dopo l'applicazione del processo, le condizioni o il benessere del paziente migliorano. Si devono utilizzare tutte le informazioni sul paziente e le sue condizioni, così come le esperienze con i pazienti precedenti, per valutare se gli interventi sono stati efficaci. La valutazione è un processo che si verifica ogni volta che si hanno contatti con un paziente. Si devono applicare gli atteggiamenti e gli standard per il pensiero critico per stabilire se i risultati sono stati raggiunti. Durante la valutazione si prendono decisioni cliniche e si indirizza continuamente l'assistenza infermieristica. Le valutazioni positive si verificano quando si raggiungono i risultati desiderati e questi portano a concludere che gli interventi hanno raggiunto in modo efficace gli obiettivi previsti per il paziente. Un risultato insoddisfacente indica che il paziente non ha risposto agli interventi come previsto. Di conseguenza, l'infermiere cambia il piano di assistenza, provando terapie diverse o cambiando la frequenza e l'approccio di quelle attuali.

Esempio:

Valutazione degli esiti

- *Il paziente mantiene uno stato neurologico stabile;*
- *Il paziente è autonomo nella mobilizzazione;*
- *Il caregiver ha appreso correttamente le misure di assistenza per il paziente;*

- *Il paziente mantiene l'integrità cutanea;*
- *Il paziente mantiene la regolarità intestinale;*
- *Il paziente ha appreso le tecniche di liberazione delle vie aeree;*
- *Il paziente mantiene stabile il peso corporeo;*
- *Il paziente ha compreso le conseguenze della malattia*
- *Il paziente e il caregiver gestiscono correttamente la terapia;*
- *Il paziente e il caregiver non presentano calo del tono dell'umore;*
- *Il paziente riesce ad esprimersi correttamente;*
- *Le condizioni migliorano.*

CASO CLINICO

Quasi l'80% dei sopravvissuti ad un episodio di ictus ritorna a casa, e più di un terzo necessita di assistenza continuativa. Grazie a questo caso clinico possiamo vedere quale è il percorso assistenziale di un paziente anziano affetto da ictus.

Donna di 74 anni con storia di ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale e scompenso cardiaco. La mattina del 6 Giugno 1995 alle ore 8:00 viene trovata dal figlio in stato confusionale e afasico, e successivamente portata al Pronto Soccorso. All'esame obiettivo la paziente presenta emiplegia destra associata a disartria. In seguito all'esecuzione della TC cranio, negativa per emorragia cerebrale, si evidenziano esiti di lesioni ischemiche (ictus ischemico cerebrale). Non è stato possibile eseguire il protocollo per la fibrinolisi perché l'insorgenza dei sintomi non era databile. È stata ricoverata nel reparto di Neurologia per intraprendere un programma riabilitativo di tipi intensivo con un'equipe multidisciplinare. La paziente presenta una disfagia di primo grado al test dell'acqua (Three-oz Water Swallow test) e per questo viene impostata una dieta semiliquida. In settimana giornata viene dimessa, in accordo con i familiari, in dimissione protetta. Su consiglio del MMG viene attivata l'ADI per iniziare la riabilitazione di tipo estensivo a domicilio. Dopo diversi anni ha riportato due episodi di sub occlusione intestinale distanziati nel tempo che sono stati risolti prontamente dall'infermiere dell'ADI. Dopo sedici anni dall'insorgenza dell'ictus la paziente, in seguito ad un aggravamento della disfagia, è andata incontro ad un episodio di polmonite ab ingestis, che ne ha richiesto il ricovero immediato nel reparto di Pneumologia in cui è deceduta in quarta giornata.

Poiché a domicilio non è possibile avere la presenza costante di un infermiere, o comunque di un professionista, la paziente del caso sopraelencato è stata assistita da un caregiver, una figura che è andata affermandosi negli anni. Il termine “caregiver” significa “persona che si prende cura”. Questa figura perciò rappresenta una fondamentale risorsa per la famiglia ed inoltre un importante collegamento tra i pazienti e il personale sanitario. Il caregiver deve quindi offrire un supporto psicologico ed affettivo, ad esso si affiancano funzioni concrete come il soddisfacimento dei bisogni primari, la gestione delle questioni burocratiche ed economiche e il proseguimento del percorso riabilitativo. Chi riceve l’aiuto del caregiver sono in prevalenza gli anziani non autosufficienti o gli affetti da invalidità acquisita. Il caregiver condivide quotidianamente la vita con la persona malata diventando pertanto risorsa e interlocutore per la progettazione di qualsiasi piano di intervento. Prendersi cura della persona è motivo di preoccupazione e stress e può portare ripercussioni sulla salute del caregiver. A risentirne è la salute fisica e psichica: frequentemente si manifestano disturbi del sonno e irritabilità. Talvolta questo si può ripercuotere anche a livello familiare. Il caregiver deve essere istruito ed educato dal personale infermieristico attraverso interventi educativi perché spesso non ha le abilità e le conoscenze necessarie per rispondere ai bisogni dell’assistito.

Nel nostro caso il caregiver, che è un familiare, si occupava quotidianamente dell’assistenza diretta della paziente rispondendo ai bisogni primari quali igiene personale, preparazione e somministrazione dei pasti, somministrazione dei farmaci e medicazioni, attenzioni, sostegno e sorveglianza. Talvolta vi era la collaborazione con dei professionisti quali:

- L’infermiere si occupava di un’eventuale somministrazione di terapia endovenosa o intramuscolare, di fornire una corretta educazione sulle tecniche di assistenza, di dare un supporto emotivo;
- Il fisioterapista si occupava del mantenimento del tono muscolare adeguato;
- Il logopedista cercava di correggere la disfagia e la disartria;

CONCLUSIONI

In conclusione nell'assistenza domiciliare, definita anche come "Home care, i principali obiettivi dell'ADI sono sostanzialmente orientati alla soddisfazione di bisogni plurimi correlati ad una condizione di non autosufficienza parziale o totale, attraverso la continuità e l'integrazione assistenziale, con una particolare attenzione alla qualità di vita del paziente, perseguita attraverso il mantenimento del suo abituale ambiente di vita e delle sue relazioni significative. I vantaggi per gli ammalati derivanti dall'assistenza domiciliare integrata non sono soltanto di natura umana (miglioramento della qualità della vita) ma anche clinica. Essere allontanati dall'ambiente familiare può essere deleterio per moltissimi anziani: possono insorgere problemi di depressione a causa dell'allontanamento dai propri affetti, aggravando facilmente il loro stato di salute. Gli svantaggi comprendono un aumento del carico di lavoro del caregiver. È compito dei vari professionisti sanitari stabilire la giusta e adeguata assistenza fornita dai caregiver, e stabilire obiettivi sia a breve che a lungo termine. Il caregiver per fornire un adeguato supporto al paziente deve essere una persona che possiede buone capacità di adattamento. Ma anche i caregiver hanno dei limiti, in quanto devono essere persone emotivamente forti perché, soprattutto se il paziente è un familiare, possono essere stati colpiti da uno shock e avere agito impulsivamente trascurando loro stessi. Si deve sottolineare che il grado di recupero è correlato significativamente alla quantità di sostegno che la famiglia e gli amici riescono a dare. Questo non sempre accade nel caso in cui il paziente viene assistito in ospedale, basti pensare al fatto che l'assistenza non viene erogata sempre e solo da un'unica persona.

Per cui potrebbe essere utile l'uso di opuscoli e materiale informativo per aiutare i caregiver durante l'assistenza al domicilio inoltre un sistema di follow-up infermieristico a domicilio potrebbe migliorare gli outcomes di salute sia dei pazienti sia dei loro caregiver, diminuendo stress e senso di isolamento. Infine,

giocano un ruolo fondamentale la comunicazione, il rispetto e la fiducia reciproca tra assistente e assistito nella presa in carico di un paziente fragile.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Nursing diagnosis: process and application, ed 3, St.Louis, 1994, Mosby; e Carpenito. Moyet;
- Nursing diagnosis: application to clinical practical, ed 11;
- L'assistenza agli anziani. Il processo di programmazione e gli strumenti manageriali a supporto. Franzo Angeli, Serena Casciola;
- Infermieristica clinica in medicina interna, Hoepli, Pier Maria Battezzati, A. Destrebecq, B. Lessio, A. Lleo, M. Melesi, C.Selmi;
- Fondamenti di infermieristica. Settima edizione, Patricia A. Potter, Anne Griffin Perry, Elsevier;
- Il paziente con stroke: presa in carico globale, Annarita D'Antuono;
- Assistenza al paziente anziano fragile; Luigi Aprea, Alberto Firenze, Maria Antonella Di Benedetto;
- La persona colpita da ictus: il percorso riabilitativo visione organica e complessiva delle problematiche della persona e della sua famiglia; A. Rota; 2007;
- L'anziano fragile e vulnerabile: il significato delle sindromi geriatriche; G. Bellelli;
- Il care infermieristico nel paziente con ictus cerebrale; Peron; 2012;
- La gestione della disidratazione nel paziente anziano fragile; M. Marin; 2009;
- Infermieristica preventiva e di comunità; S. Scalorbi; McGraw-Hill; 2012;
- Il manuale dell'infermiere; S. M. Nettina; 2010;
- Greenwood N, Mackenzie A, Cloud G & Wilson N (2009) Informal primary carers of stroke survivors living at home-challenges, satisfactions and coping. Disability&Rehabilitation 31,337-51;
- Rittman M, Hinojosa M & Findley K (2009) Subjective sleep, burden, depression and general health among caregivers of veterans post stroke. American Association of Neuroscience Nurses 41,39-52;

- <http://www.sigg.it/vmd/vmd%20sezione%201.htm>;
- <http://www.iso-spread.it>;
- <http://www.siapav.it/pdf/SPREAD%202007.pdf>;
- https://www.researchgate.net/publication/271831129_La_presa_in_carico_infermieristica_dei_caregiver_dei_pazienti_con_ictus_interventi_di_supporto_e_difficolta_relazionali_ricerca_descrittiva_in_un_centro_riabilitativo;

RINGRAZIAMENTI

“Una sola parola, logora, ma che brilla come una vecchia moneta: ‘Grazie!’”
(P.Neruda)

Grazie, Thank you, Gracias, Merci, Dank, Shokran.. scritte in modo diverso, pronunciate in modo diverso, eppure, tutte queste parole hanno lo stesso identico significato. Già, perché per esprimere gratitudine esistono veramente tanti modi.

Ringrazio innanzitutto la mia relatrice, la Dott.ssa Karina Del Pin, e la mia correlatrice, la Dott.ssa Monica Sara, per la disponibilità e per avermi seguito nella stesura di questa tesi.

Sono stati tre anni importanti, ricchi di cambiamenti, sorprese, nuove conoscenze, delusioni e tante, tante gratificazioni. Le soddisfazioni più grandi sono state, senza alcun dubbio, quelle ricevute nei vari reparti; per questo voglio ringraziare tutto il personale del reparto di Geriatria/Gastro per l’affetto e la simpatia. Siete stati una seconda famiglia per me! Ringrazio i miei tutor e tutte le persone che ho conosciuto nei diversi reparti frequentati durante questo mio percorso. Grazie per avermi regalato parte del vostro sapere!

Ho iniziato questo percorso da sola, ma ho conosciuto veramente tante persone che hanno contribuito a renderlo così bello. Ringrazio in particolar modo Silvia, la mia prima coinquilina, non dimenticherò mai le nostre avventure in quel di Coppino e il San Valentino a guardare film strappalacrime; un grazie speciale va a Momi, una presenza che ha significato tanto nella mia vita, pensa che quando sono in ansia anch’io ora mi gratto la testa!; grazie anche a Tony, mi manca via Oslo. Ma come faccio senza le tue panedde e la colazione pronta al mattino?; un ringraziamento va a Paola, ci siamo avvicinate durante l’ultimo anno ed è nata un’amicizia speciale. Ehh, ti dovrebbero fare SANTA!

Lezioni, studio e tirocinio purtroppo mi hanno tenuta lontana dagli amici storici. Ragà grazie anche a voi per aver sopportato le mie assenze. Farò di tutto per recuperare, promesso. E poi..... ho voglia di giocare a Risiko!

Famiglia, non mi sono mica dimenticata di voi! Inizio ringraziando i miei zii e cugini che hanno sempre creduto in me. In modo particolare Rita ... Amica? Cugina? Sorella? Che differenza fa?! Il legame che c'è tra noi è veramente unico, cosa faccio se almeno una volta al mese non litigo con te?. #Grazieperlatepiùvera.

Ora arriva la parte più difficile Omar, sei il fratello che tutti vorrebbero, un pilastro importante della mia vita. Mi hai sempre sostenuta e so che sempre lo farai. Forse per orgoglio non te lo dico spesso ma Ti voglio bene, su carrà!

Caspita, mamma starà già piangendo, lo so! Mamy il grazie più grande va a te, che mi hai permesso di raggiungere questo traguardo, e che, grazie ai tuoi sacrifici, hai fatto nascere in me questa passione.

Chissà se questi ultimi due ringraziamenti arriveranno a destinazione, ma io vi considero delle presenze costanti. Grazie a te, nonna, che con la tua fragilità e dolcezza mi hai fatto capire il vero significato del prendersi cura di una persona. Sei sempre nel mio cuore! Per finire, ringrazio te, papà. Un pensiero sempre presente, spero di renderti orgoglioso di me.

Giada