



**S.I.M.F.E.R.**

Società Italiana Medicina Fisica e riabilitazione



**S.N.O.**

Scienze Neurologiche Ospedaliere

**Linee organizzative  
per il governo clinico dello stroke.  
Documento interdisciplinare**

**2004**

#### Visto

che nello statuto della SIMFER si annovera, fra gli scopi della società, quello di “mantenere rapporti interdisciplinari con le diverse associazioni scientifico-professionali italiane” e che nello statuto della SNO si legge che uno degli scopi della società è quello di “provocare e favorire la collaborazione con le altre associazioni mediche e laiche a fini scientifici ed assistenziali”;

#### Considerato

che in ambito sanitario (e in particolare nel contesto ospedaliero) si vanno sempre più consolidando nuovi modelli basati sull’attività dipartimentale e sull’osmosi delle diverse conoscenze e delle varie competenze, pur nel rispetto di ambiti e responsabilità connesse alle singole specialità;

#### Tenuto conto

delle innovazioni conseguenti ai nuovi approcci per il mantenimento e il recupero della salute in ambito di prevenzione, diagnosi e cura e riabilitazione nelle diverse patologie, basati su esigenze di documentata efficacia ed efficienza, linee-guida, protocolli diagnostici, percorsi assistenziali e – nel complesso – da comportamenti che richiedono la più ampia o condivisa collegialità;

#### Verificata

l’esigenza primaria di ogni società scientifica di promuovere ogni possibile forma di integrazione e di interazione con società scientifiche operanti in settori contigui e di reciproco interesse;

#### Condivisa

l’ineludibile necessità di promuovere ogni opportuna iniziativa tesa all’arricchimento scientifico e culturale nonché ogni soluzione destinata al miglioramento assistenziale, specie in ambito ospedaliero;

i delegati dalle società scientifiche SIMFER e SNO hanno individuato un’importante possibilità di collaborazione su settori scientifici, organizzativi e gestionali nell’ambito delle attività connesse alle malattie cerebro-vascolari (e allo stroke in particolare).

La scelta di far convergere i primi momenti di detta attività collegiale sul governo clinico dello stroke deriva dalla notevole rilevanza di questa patologia e dalla necessità di un approccio integrato atto a ottimizzare le componenti di efficienza e di efficacia e fornire risposte sempre più adeguate ai bisogni del paziente.

L’esperienza quotidiana e specificamente ospedaliera, insegna che fisiatri e neurologi (ma anche molti altri colleghi), impegnati nell’assistenza e nel trattamento del paziente colpito da stroke, possono rispondere al meglio – attraverso la tempestività, organicità e globalità dell’intervento – alle complesse esigenze di questi pazienti che debbono compiere il lungo percorso che nasce dall’emergenza e termina nel reinserimento.

È chiaro che i singoli specialisti operano attraverso modalità di approccio peculiari, tipiche della propria disciplina, e che nessuno deve ipotizzare attività vicarianti o sovrapposte, ma tutti debbono possedere conoscenza complessiva del sistema, degli obiettivi e delle necessarie metodologie di integrazione interdisciplinare e multiprofessionale.

Appare inoltre evidente come il fattore “tempo” caratterizza la qualità (e la non-qualità) di questo settore (come di altri in Sanità). Fattore inteso come tempestività della presa in cura intensiva per modificare la storia naturale dell’affezione, come tempestività dell’impostazione del Progetto riabilitativo individuale per modificare la storia naturale delle menomazioni e disabilità, e come tempestività della presa in carico globale della persona per modificare la potenzialità di salute da difendere o riconquistare. Tempo però che non deve esser mai scollegato dalla qualità e competenza dei diversi “attori” nelle diverse fasi, pena la totale inutilità di ogni intervento. Solo grazie a un

governo complessivo del Piano di trattamento del paziente basato sulla collaborazione responsabile di strutture idonee operanti tra loro in sinergia, possono esser realmente tutelati i diritti delle persone colpite da ictus. Le indicazioni della letteratura scientifica, dei Piani sanitari nazionali e regionali, le Linee guida ministeriali per la riabilitazione e recentemente le indicazioni contenute nella seconda versione di SPREAD, accanto a numerose e positive esperienze operative realizzate nel Sistema sanitario italiano concordemente vanno nella stessa direzione: manca però ancora un modello condiviso e complessivo per la realizzazione organizzativa di questi contenuti.

È senza dubbio la “persona” che dobbiamo porre al centro di questo modello per dare concretezza ai suoi diritti di qualità, accessibilità e adeguatezza del complesso delle prestazioni per difendere e sviluppare le condizioni di “salute” come indica la recentissima classificazione ICF dell’Organizzazione mondiale della sanità: le due società si propongono quindi di dar vita a un progetto avente lo scopo di sistematizzare – sulla scorta di evidenze scientifiche consolidate – una serie di utili indicazioni per garantire una presa in cura del complesso delle problematiche preventive, terapeutiche e riabilitative poste dallo stroke e dalle disabilità che ne conseguono.

Obiettivo primario è quello di individuare modalità organizzative e operative congrue per garantire la efficacia/efficienza di cui sopra, e parimenti garantirne la fruibilità reale all’interno del Sistema sanitario dalla fase del Pronto soccorso a quella del reinserimento sociale. Di pari importanza è la condivisione di tali proposte con i soggetti cui compete il “governo” politico e amministrativo della Sanità a livello regionale e nazionale.

Con questo obiettivo ambizioso sarà indispensabile il coinvolgimento e la collaborazione di altri soggetti medico-scientifici, associativi e professionali, rappresentativi dei pazienti e delle famiglie, delle molteplici competenze coinvolte nel processo e da sempre autorevoli e attivi attorno a queste problematiche.

Di qui la volontà di dar vita a un gruppo di lavoro per un tavolo tecnico permanente di confronto tra le due società, con l’intento iniziale di concentrare, come detto, il proprio servizio di proposta alle problematiche connesse alle patologie cerebrovascolari (e allo stroke in particolare) e al loro trattamento.

*In questa fase operativa le due Società hanno deciso di redigere un documento sintetico, indirizzato specificatamente a delineare alcuni punti fermi (responsabilità, competenze e integrazioni) nelle varie fasi del percorso assistenziale della persona colpita da stroke.*

## **Lo stroke**

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

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

Pertanto ogni 100.000 cittadini (specie se con una incidenza di ultrasessantacinquenni pari o superiore al 20%) avremo ogni anno oltre 220 casi di stroke (comprensivo di un 10% di recidive entro l’anno) che saranno di norma ricoverati in reparti per acuti, dei quali 85 evolveranno verso una disabilità più o meno grave.

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

- minimizzare il rischio di mortalità del paziente per cause cerebrali, cardiocircolatorie, respiratorie, infettive, metaboliche;
- contenere gli esiti della malattia limitando il danno cerebrale e le sue conseguenze;

- evitare le recidive di danno vascolare dell'encefalo;
- limitare la comorbilità conseguente al danno neurologico, alle condizioni cardiocircolatorie e all'immobilità;
- favorire il recupero delle abilità compromesse dall'ictus per facilitare il reinserimento sociale e utilizzare le capacità operative residue;
- definire la prognosi del quadro clinico osservato e i bisogni a questo correlati, al fine di agevolare la riorganizzazione precoce dell'attività del paziente e soddisfare la sua richiesta di assistenza;
- favorire il reinserimento sociale e professionale con opportuni interventi sull'ambiente.

È indispensabile che il percorso valutativo-assistenziale del soggetto con esiti di stroke debba essere seguito con ordinata organizzazione, onde evitare la perdita del continuum terapeutico, che rappresenta un punto di rilievo sostanziale per il buon successo clinico e riabilitativo.

Qui di seguito sono rappresentate in forma schematica le varie fasi del percorso clinico del paziente con stroke, dalla fase acuta, al trattamento della disabilità residua, alla stabilizzazione (tabelle 1-4). Per ognuna di queste fasi sono riportati gli obiettivi terapeutico-assistenziali prioritari e specifici, con il relativo programma operativo, la sede (*setting*) di svolgimento preferenziale, la durata (mediamente prevedibile) e gli operatori in vario modo responsabili dello svolgimento del programma.

**Tabella 1** – Fase dell'acuzie

<i>Obiettivi</i>	<i>Setting</i>	<i>Azioni</i>	<i>Operatori</i>
<p>Contenere l'instabilità clinica</p> <p>Prevenzione del danno terziario</p> <p>Formulazione della prima prognosi funzionale</p> <p>Organizzazione della risposta assistenziale finalizzata alla fase di acuzie</p>	<p>Reparto neurologico o internistico (codici reparti per acuti)</p> <p><i>Stroke unit</i>: intesa come struttura per acuti, che ricovera entro le prime ore dall'evento ictale e che è dotata di personale e attrezzature in linea con le indicazioni contenute nello SPREAD 2003 e altre normative sull'argomento</p>	<p>Identificare e trattare i fattori di danno conseguente alla malattia e all'immobilità</p> <p>Elaborare la prognosi sulla base dei dati lesionali e biologici</p> <p>Progettare il tempo e la sede dell'assistenza futura a seconda del potenziale di recupero e della situazione clinica</p>	<p>Medico del reparto per acuti (neurologo, internista)</p> <p>Infermieri</p> <hr/> <p>A consulenza:</p> <p>Medico fisiatra</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Team riabilitativo (fisioterapista, logopedista)</p>

Il tempo per la prima fase è di norma 10-20 giorni.

**Tabella 2** – Fase della stabilizzazione clinica e del recupero funzionale

<i>Obiettivi</i>	<i>Setting</i>	<i>Azioni</i>	<i>Operatori</i>
Raggiungimento della stabilità dei parametri e delle funzioni vitali	Reparti di riabilitazione intensiva o istituto riabilitativo (codice 56 e 75)	Formulazione del Progetto riabilitativo finalizzato all' <i>outcome</i> globale nel cui ambito attuare i Programmi riabilitativi con riferimento alle seguenti aree di intervento:	Medico fisiatra Infermieri Fisioterapisti
Recupero della tolleranza dell'attività fisica e delle funzioni	Reparti di lungodegenza post-acuzie (in caso di temporanea o definitiva non recuperabilità) (codice 60)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• area di stabilizzazione internistica e delle funzioni di base</li> <li>• area delle competenze comunicative e cognitivo-comportamentali</li> <li>• area della mobilità e trasferimenti</li> <li>• area dell'autonomia della cura della persona</li> <li>• area del reinserimento sociale</li> </ul>	Terapista occupazionale Logopedisti Assistente sociale Familiari
Remissione dei disturbi comportamentali o cognitivi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• addestramento ADL</li> <li>• fornitura e prescrizione di ausili</li> </ul>			A consulenza:
Informazione e addestramento dei familiari			Medico neurologo Medico cardiologo Altri specialisti d'organo Psicologo Nutrizionista

Il tempo per la seconda fase può essere di 40, 60 o 90 giorni, in rapporto alle diverse condizioni cliniche e di recupero e sempre in rapporto alle indicazioni organizzative per le strutture dell'acuzie, di riabilitazione intensiva ed estensiva e per il periodo massimo di permanenza previsto dalle Linee guida e dalle normative regionali.

**Tabella 3 – Fase della stabilizzazione funzionale**

<i>Obiettivi</i>	<i>Setting</i>	<i>Azioni</i>	<i>Operatori</i>
Perfezionamento o mantenimento delle abilità raggiunte  Addestramento ADL  Fornitura e prescrizione di ausili  Modifica dell'ambiente di residenza  Integrazione con l'assistenza territoriale  Controllo stabilità dei parametri clinici generali e neurologici	Reparti di riabilitazione estensiva  RSA riabilitative  Domicilio  H di comunità  DH riabilitativo  Ambulatori specialistici	Si prosegue nell'attuazione dei Programmi di cui allo schema precedente con i seguenti obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• completamento acquisizione di locomozione autonoma</li> <li>• adattamento alle attività quotidiane</li> <li>• protezione dai rischi connesse alle disabilità (cadute)</li> <li>• rimodellamento dell'ambiente</li> <li>• addestramento dei familiari per la vita a domicilio</li> <li>• comunicazione al medico curante e alle strutture sanitarie territoriali</li> <li>• programmazione di controlli e prestazioni a domicilio e in ambulatorio</li> <li>• valutazioni specialistiche neurologiche e internistiche</li> </ul>	Medico di Medicina generale  Medico fisiatra  ↓ Team riabilitativo (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale)  Psicologo  Assistente sociale  Volontariato  A consulenza: Medico neurologo Medico cardiologo Altri specialisti d'organo Psicologo Assistente sociale Nutrizionista

**Tabella 4** – Fase dell’ assistenza estensiva (di mantenimento)

<i>Obiettivi</i>	<i>Setting</i>	<i>Azioni</i>	<i>Operatori</i>
Mantenimento delle prestazioni acquisite	Presidi e centri di riabilitazione	Si prosegue nella attuazione dei Programmi di cui allo schema precedente con i seguenti obiettivi: <ul style="list-style-type: none"> <li>• utilizzo costante delle prestazioni acquisite</li> <li>• controlli periodici di carattere neurologico internistico e riabilitativo</li> <li>• acquisizione di strategie per il massimo inserimento sociale e professionale</li> <li>• trattamento intensivo dei deficit residui emendabili</li> <li>• apprendimento di capacità di superare ostacoli e risolvere problemi</li> <li>• informazione e aggiornamento con eventuale partecipazione a associazioni</li> </ul>	Medico di medicina generale
Prevenzione del decadimento funzionale	Domicilio		Assistente sociale
Miglioramento dei settori funzionali a maggior latenza di recupero (linguaggio)	RSA residenziali		Psicologo
Utilizzo dei servizi di supporto e cura domiciliare	Ambulatorio specialistico		Associazioni di volontari
Esaltazione di una vita attiva			A consulenza: Medico Fisiatra
Controllo stabilità dei parametri clinici generali e neurologici			↓ Team riabilitativo (fisioterapista, terapeuta occupazionale) Medico neurologo Altri specialisti d’organo



Presidente SIMFER: Alessandro Giustini

Presidente SNO: Stefano Perini

Gruppo intersocietario per la stesura del documento:

Carlo Cisari

Giovanni Diana

Alberto Freddi

Giuseppe Neri

Pasquale Pace

Maria Grazia Piscaglia