

ICTUS

- ➡ **Incidenza In Italia:** 186.000 casi/anno
- ➡ **Mortalità:** il 20% muore entro il primo mese successivo all'ictus (è la terza causa di morte dopo malattie cardiovascolari e tumori)
- ➡ **Invalidità:** il 30% dei sopravvissuti ha esiti gravemente invalidanti (principale causa di invalidità)
- ➡ **Patogenesi:** 85% ischemico (20% cardioembolici, il resto trombotici), 15% emorragico (10% emorragia spontanea, il resto ESA)

ICTUS

➔ Fattori di rischio

<i>Non modificabili</i>	<i>Modificabili</i>
Età	Ipercolesterolemia, ipertensione
Sesso	Fumo
Ereditarietà	TIA
Razza	Diabete

ICTUS

➔ Incidenza

Età	Valore minimo (100.000)	Valore massimo (100.000)
0-44	9	28
45-54	57	246
65-74	119	496
75-84	979	1682
>85	1513	3632
45-84	223	596

L'incidenza aumenta con l'età

Fattori contestuali nei pazienti con stroke

1) Caratteristiche del paziente

- ➔ **Demografiche (età, sesso, razza, lingua, istruzione)**
- ➔ **Anamnesi neuropsichiatrica**
- ➔ **Anamnesi personale e lavorativa**
- ➔ **Livello precedente di attività (da basso a molto elevato)**
- ➔ **Livello precedente di socializzazione (da isolato a estroverso)**
- ➔ **Pregresse strategie di adattamento**
- ➔ **Attività ricreative ed hobby**
- ➔ **Partecipazione a programmi sociali durante la riabilitazione**
- ➔ **Prospettive prognostiche**
- ➔ **Capacità di utilizzare i supporti**

Fattori contestuali nei pazienti con stroke

2) Caratteristiche della famiglia e dei caregiver

- **Demografiche (età, sesso, etnia, lingua, istruzione)**
- **Legame di parentela e relazione con il paziente**
- **Situazione familiare (bambini piccoli, pensionamento, ecc)**
- **Altri membri della famiglia con stretto grado di parentela**
- **Altri potenziali assistenti**
- **Anamnesi familiare**
- **Abuso di alcol o stupefacenti**
- **Struttura e organizzazione della famiglia**
- **Modalità di socializzazione della famiglia**
- **Capacità di fornire supporto fisico, emotivo e strumentale**
- **Modelli di imitazione e adattamento familiare**
- **Capacità di utilizzare i supporti**
- **Attitudine all'assistenza del paziente**
- **Convinzioni culturali e norme in grado di influenzare l'esito della riabilitazione**
- **Occupazione familiare, entrate, risorse economiche**
- **Assicurazioni sanitarie**

Fattori contestuali nei pazienti con stroke

3) Caratteristiche dell'ambiente domestico e sociale

- ➡ **Accesso all'edificio e possibilità funzionali dell'ambiente domestico**
- ➡ **Accesso ai servizi e alle attività sociali**
- ➡ **Livello di stimolazione in casa e in comunità**

Fattori contestuali nei pazienti con stroke

4) Istituzioni e agenzie

- ➔ Precedente associazione o contatti con luoghi di culto, scuole, gruppi con specifici interessi**
- ➔ Disponibilità di risorse sociali potenzialmente utili**
- ➔ Disponibilità di servizi riabilitativi e sanitari**
- ➔ Agenzie di assistenza domiciliare**
- ➔ Precedente posto di lavoro**

Valutazione basale per l'ammissione ad un programma riabilitativo

1) Anamnesi

- ➡ Relazione clinica alla dimissione dall'ospedale**
- ➡ Profilo completo risultante dallo screening**

Valutazione basale per l'ammissione ad un programma riabilitativo

2) Valutazione clinica generale: obiettività neurologica e clinica e indagini mirate di laboratorio

- ➡ Tipo/i e gravità dei deficit neurologici e delle inabilità**
- ➡ Tipo/i e gravità dei disturbi associati**
- ➡ Complicanze dello stroke**
- ➡ Parametri vitali: nutrizione e idratazione, capacità di deglutizione, controllo sfinterico, assenza di piaghe da decubito, resistenza fisica, caratteristiche del sonno**
- ➡ Condizioni cliniche precedenti allo stroke**

Valutazione basale per l'ammissione ad un programma riabilitativo

3) Fattori sociali e ambientali

- ➡ Presenza del coniuge o di una figura di riferimento**
- ➡ Qualità di vita precedente allo stroke**
- ➡ Etnia e lingua madre**
- ➡ Adattamento del paziente e dei familiari alle conseguenze dello stroke**
- ➡ Aspettative di paziente e familiari nei confronti della riabilitazione**
- ➡ Grado di sostegno da parte della famiglia**
- ➡ Caratteristiche degli ambienti in cui il paziente può vivere dopo la dimissione dall'ospedale**

Valutazione basale per l'ammissione ad un programma riabilitativo

4)Strumenti standard

➤ **Scala dei deficit causati dallo stroke e screening dello stato mentale se non effettuati allo screening**

➤ **Valutazione dei deficit**

- *Funzione motoria*

- *Mobilità*

- *Equilibrio*

- *Linguaggio e parola*

➤ **ADL**

➤ **Valutazione della famiglia**

Esiti della valutazione neurologica

Tipo di deficit	Valutazione	Caratteri aspecifici	Effetti di deficit persistenti sulla riabilitazione
1) Deficit dell'eloquio e del linguaggio	Osservazione dell'eloquio spontaneo, dell'uso e comprensione del linguaggio e, se possibile, della lettura e scrittura	Afasia, disartria, e aprassia di linguaggio	Gravi problemi di comunicazione impediscono la riabilitazione, il trattamento del disturbo diventa parte integrale della riabilitazione
2) Disfagia	Anamnesi, test di valutazione per la deglutizione di liquidi e solidi, cinefluoroscopia con mdc	Alterato meccanismo di deglutizione, aspirazione	La disfagia richiede particolare attenzione per evitare la polmonite ab ingestis

Esiti della valutazione neurologica

Tipo di deficit	Valutazione	Caratteri aspecifici	Effetti di deficit persistenti sulla riabilitazione
3) Patologia dell'affettività	Anamnesi,osservazione clinica,test di screening per la depressioni	Sintomi di depressione	La depressione potrebbe impedire la riabilitazione se non trattata adeguatamente
4) Livello di coscienza alterato	Ripetute osservazioni e valutazione della risposta a stimoli esterni,scala del coma di Glasgow	Assopito, stuporoso, comatoso	Un alterato livello di coscienza è una controindicazione alla riabilitazione

Esiti della valutazione neurologica

Tipo di deficit	Valutazione	Caratteri aspecifici	Effetti di deficit persistenti sulla riabilitazione
5) Dolore	Descrizione del dolore da parte del paziente:osservazione della limitazione dei movimenti, osservazione della mimica facciale o della resistenza ai movimenti	Localizzazione e gravità del dolore, cause scatenanti	Il dolore potrebbe richiedere un trattamento specifico. Impedisce la riabilitazione

Esiti della valutazione neurologica

Tipo di deficit	Valutazione	Caratteri aspecifici	Effetti di deficit persistenti sulla riabilitazione
6) Livello di coscienza alterato	Ripetute osservazioni e valutazione della risposta a stimoli esterni, scala del coma di Glasgow	Assopito, stuporoso, comatoso	Un alterato livello di coscienza è una controindicazione alla riabilitazione
7) Deficit cognitivi delle funzioni superiori, memoria e capacità di apprendimento	Osservazione: domande per valutare le funzioni mentali, test di screening standardizzati	Grado e tipo di deficit	Un grave deficit è una controindicazione alla riabilitazione, un deficit moderato potrebbe impedire la riabilitazione e rende necessario il suo inserimento nel piano riabilitativo

Esiti della valutazione neurologica

Tipo di deficit	Valutazione	Caratteri specifici	Effetti di deficit persistenti sulla riabilitazione
8) Deficit motori	Test di forza e tono muscolare degli arti superiori e inferiori e della faccia	Gradi e sedi dell'astenia, incoordinazione, movimenti anomali	I deficit motori sono l'indicazione primaria alla riabilitazione. L'assenza di ogni movimento volontario è un segno prognostico sfavorevole
9) Alterazioni dell'equilibrio e della coordinazione	Test di coordinazione, postura, deambulazione	Grado e tipi di deficit	I deficit ostacolano ma non sono una controindicazione alla riabilitazione

Esiti della valutazione neurologica

Tipo di deficit	Valutazione	Caratteri specifici	Effetti di deficit persistenti sulla riabilitazione
10) Deficit somato-sensoriali	Test specifici di valutazione sensoriale (dolore,tatto,ecc),test per le sensazioni complesse	Gradi e tipi di deficit	I deficit ostacolano ma non sono una controindicazione alla riabilitazione
11) Disturbi della visione	Riflessi pupillari, motilità oculare, esame del fundus oculi, campo visivo e acuità visiva	Riduzione del visus e alterazione del campo, deviazione coniugata	Grave compromissione del visus o alterazioni della mobilità oculare possono impedire la riabilitazione
12) Emi-nattenzione	Osservazione: descrizione di figure complesse, valutazioni sensoriali	Disinteresse per una metà del corpo, spesso ad autorisoluzione	Ostacola la riabilitazione ma non è una controindicazione

Valutazioni per la riabilitazione dopo stroke

1) Valutazione clinica durante la fase acuta

Scopi	<ul style="list-style-type: none">•Determinare eziologia, patologia e gravità dello stroke•Valutare le comorbilità•Documentare il decorso clinico
Quando	<ul style="list-style-type: none">• All'ammissione e durante l'ospedalizzazione
Da parte di	<ul style="list-style-type: none">•Medico dell'unità di terapia intensiva•Personale infermieristico•Consulenti riabilitativi

Valutazioni per la riabilitazione dopo stroke

2) Screening riabilitativo

Scopi

- Identificare i pz che possono beneficiare della riabilitazione
- Determinare i setting riabilitativi più appropriati
- Identificare le problematiche su cui intervenire

Quando

- Appena le condizioni cliniche si sono stabilizzate

Da parte di

- Clinici della riabilitazione

Paziente non proponibile per la riabilitazione

- Nessuna o minima invalidità
- Eccessiva compromissione per partecipare alla riabilitazione
- Fornire servizi di supporto
- Riconsiderare e rivalutare in futuro se le condizioni cliniche migliorano

► Proposta di riabilitazione individuale (infermieri professionali, fisioterapisti, psicologi, logopedisti)

► Stadi di valutazione come per un programma interdisciplinare

Assegnazione di un programma riabilitativo interdisciplinare in strutture ambulatoriali, a domicilio, in reparto ospedaliero o in struttura residenziale protetta

Valutazioni per la riabilitazione dopo stroke

3) Valutazione all'ammissione

Scopi	<ul style="list-style-type: none">• Validare le decisioni• Sviluppare il piano riabilitativo• Fornire la baseline di riferimento per monitorizzare i progressi
Quando	<ul style="list-style-type: none">• Entro tre giorni lavorativi per un programma intensivo• Una settimana per un programma ospedaliero meno intensivo• Tre visite per in programma ambulatoriale o domiciliare
Da parte di	<ul style="list-style-type: none">• Clinici della riabilitazione/equipe riabilitativa

Valutazioni per la riabilitazione dopo stroke

4) *Valutazione durante la riabilitazione*

Scopi	<ul style="list-style-type: none">• Valutare i progressi• Personalizzare il trattamento• Fornire elementi per la dimissione
Quando	<ul style="list-style-type: none">• Settimanalmente per un programma intensivo• Almeno ogni quindici giorni per programmi meno intensivi
Da parte di	<ul style="list-style-type: none">• Clinici della riabilitazione/equipe riabilitativa

Valutazioni per la riabilitazione dopo stroke

3) Valutazione all'ammissione

Scopi	<ul style="list-style-type: none">•Valutazione dell'adattamento all'ambiente domestico•Valutazione della necessità di servizi riabilitativi continuativi•Valutazione degli oneri del caregiver
Quando	<ul style="list-style-type: none">•Entro un mese dalla dimissione•Ad intervalli regolari durante il primo anno
Da parte di	<ul style="list-style-type: none">•Clinici della riabilitazione•Medico responsabile