

SCENARIO[®]

Il nursing nella sopravvivenza

1

2014

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1, comma 1 DCB Firenze 1

Organo Ufficiale

an/arf
www

Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica

ISSN 1592-6951

MAGGIOLI
EDITORE

Le competenze infermieristiche avanzate nel trattamento dello stroke in fase acuta in Italia. Strategia per l'identificazione (II parte)

Advanced nursing skills in the stroke treatment in the acute phase in Italy. Strategy for identification (part II)

✉ **MARIA LUISA REGA¹, SERENA GUERRIERO², SILVIA SCELSI³, CARLO TALUCCI¹, CATERINA GALLETTI⁴, ERCOLE VELLONE⁵, MARI KANGASNIEMI⁶, ALVARO ROSARIA⁷**

¹ Dottoranda di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

² Infermiere, Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

³ Responsabile SAI e Formazione Continua e di Base, ARES 118 Lazio

⁴ Coordinatore didattico Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Docente Scienze Infermieristiche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

⁵ Assegnista di Ricerca, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

⁶ Mari Kangasniemi, Professore, Università Orientale della Finlandia, Facoltà di Scienze della Salute, Dipartimento di Scienze Infermieristiche, Kuopio (Finlandia)

⁷ Professore Associato in Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

RIASSUNTO

Introduzione: lo scopo di questo studio è stato evidenziare le competenze infermieristiche avanzate all'interno del percorso clinico assistenziale dello stroke, per trovare strategie efficaci di trattamento dei pazienti, utili per garantirgli maggiori possibilità di guarigione e di recupero funzionale. Questo attraverso tre obiettivi: evidenziare la presenza e l'utilizzo di strumenti di pratica clinica avanzata; indagare alcune conoscenze fondamentali per la cura dello stroke; sondare la presenza e la tipologia di formazione post base e la frequenza ai corsi di aggiornamento.

Materiale e metodi: il disegno di studio è stato di tipo trasversale osservazionale. Il campione di convenienza è stato di 109 infermieri operanti in tre realtà sanitarie romane nelle diverse aree che costituiscono il percorso del paziente con stroke. Le variabili sono state misurate utilizzando un questionario elaborato ad hoc, da settembre 2011 a gennaio 2012.

Risultati: gli infermieri che lavorano in emergenza (Emergenza Sanitaria 118 pari al 91% e Dipartimento Emergenza Accettazione pari al 81%) utilizzano la Cincinnati Prehospital Scale e la Glasgow Coma Scale; in Stroke Unit il 98% usa l'Italian National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS). Una bassa percentuale di professionisti utilizza gli strumenti della Clinical Governance come l'audit clinico (37%) e l'Evidence Based Nursing-EBN (33%). Per quanto riguarda l'assistenza, il 70% riconosce nella Tomografia Computerizzata del cranio senza mezzo di contrasto, l'esame diagnostico di elezione per determinare la natura della lesione e l'80% sa che la finestra temporale per la somministrazione del trattamento tromboembolico con rTPA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) è di 3 ore. Il 33% degli intervistati ha una formazione post base a livello di master, privilegiando l'area critica; il 46% ha partecipato di recente a corsi di aggiornamento, l'8% ha scelto corsi sull'ictus.

Discussione: l'infermiere con competenze avanzate è colui che deve accrescere il proprio *expertise* ed estendere il proprio ruolo attraverso una formazione clinica specifica. Inoltre deve espanderle attraverso l'acquisizione di conoscenze di livello superiore che gli permetteranno di acquisire gli strumenti necessari per la governance della pratica clinica avanzata.

Conclusioni: nell'ambito dell'assistenza allo stroke vengono messe in campo conoscenze e competenze cliniche avanzate, spesso senza riconoscimento formale, per la complessità e l'instabilità del paziente.

Parole chiave: Competenze cliniche avanzate, Audit clinico, Infermiere clinico specialista, Cura e stroke, Gestione infermieristica e stroke, Percorso clinico stroke.

ABSTRACT

Introduction: the aim of this study was to highlight the advanced nursing competences in the stroke clinical pathway in order to define effective strategies for patients treatment, useful in ensuring greater chances of functional recovery. Three major objectives were identified: to stress the presence and the application of advanced clinical practice tools; to look into the basic knowledge specific for stroke care; to explore postgraduate education programs and the actual attendance at professional continuing education courses.

Materials and Methods: a cross-sectional observational study design was used to study a convenience sample of 109 nurses working in the various units involved in the stroke clinical pathway of three Roman hospitals. The variables were measured by an investigator-developed questionnaire, from September 2012 to January 2013.

Results: nurses working in the emergency area use the Cincinnati Prehospital Scale and the Glasgow Coma Scale with a rate of 91% in the Territorial Emergency Service and 81% in the Casualty and Emergency Department; the Italian National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) is used by 98% of nurses working in the Stroke Units. A low percentage of professionals uses clinical governance tools such as clinical audit (37%) and Evidence Based Nursing (33%). 70% of nurses recognize the importance of brain tomography for stroke diagnosis and 80% of them know the time limit for the administration of treatment of thromboembolism rTPA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator); 33% of nurses attended a master, mainly in critical care; 46% attended refresh courses, 8% chose courses on stroke.

Discussion: nurses with advanced competencies are called to improve their expertise and to extend their role through specific training sessions. Nurses should also expand their knowledge on how to acquire an advanced clinical practice.

Conclusions: advanced clinical knowledge and skills are currently used by nurses involved in the management of stroke. Both knowledge and skills are key to manage such complex and instable patients, though these nursing advanced competences usually don't receive any formal recognition.

Key words: stroke care, stroke nursing management, advanced nursing practice, clinical nurse specialist, stroke clinical pathways, audit clinic.

Articolo originale

PERVENUTO IL 20/03/2014

ACCETTATO IL 03/04/2014

Corrispondenza per richieste:

rega@rm.unicatt.it

Gli autori dichiarano di non aver conflitto di interesse.

Introduzione

L'ictus cerebrale è una malattia devastante, una causa primaria di morbidità e mortalità nel mondo e una delle malattie più costose da trattare.¹ È una patologia ad alto impatto socio-sanitario per l'elevata incidenza e mortalità e per il notevole grado di disabilità.^{2,3} Linee guida internazionali e nazionali definiscono l'ictus cerebrale acuto un'emergenza medica, che necessita di immediato ricovero in una struttura ospedaliera dotata di un'unità dedicata (Stroke-Unit), di un rapido inquadramento diagnostico clinico-strumentale e di provvedimenti terapeutici mirati ed efficaci.⁴

La WHO nel 2006 ha definito lo stroke come "un deficit neurologico focale (a volte globale) con insorgenza improvvisa che duri più di 24 ore (o che porti alla morte) e di presunta origine vascolare". Ci sono due tipi di stroke: l'emorragico e l'ischemico. L'emorragico comporta

un sanguinamento di un vaso nel cervello (emorragia intracerebrale) o quando il sanguinamento è tra l'interno e lo strato esterno del cervello (emorragia sub aracnoidea). L'ischemico è dato dall'occlusione di un vaso arterioso da parte di una placca ateromastica, un trombo o un embolo. I fattori di rischio sono: ipertensione, diabete, fumo, obesità, inattività fisica, malattie cardiovascolari, livelli elevati di colesterolo nel sangue e fibrillazione atriale.⁴

L'American Stroke Association evidenzia cinque categorie principali di sintomi: intorpidimento o debolezza del viso, braccia, gambe specialmente su un lato del corpo; confusione, difficoltà nell'eloquio e comprensione; deficit visivo di uno o entrambi gli occhi; difficoltà nella deambulazione, vertigini, perdita dell'equilibrio; forte mal di testa senza cause conosciute.⁵ Nel mondo quindici milioni di persone vengono colpite da stroke: di queste,

cinque milioni muoiono e cinque milioni rimangono con gravi disabilità, come abbassamento della vista, problemi nell'eloquio, paralisi e confusione mentale. Ne vengono colpiti anche l'8% dei bambini.^{6,7} Dopo quanto detto è facile capire come il paziente e la sua famiglia vadano incontro ad un importante cambiamento del loro modo di vivere che, se non affrontano in maniera adeguata e preparati, porta ad una compromissione della qualità di vita.⁸

Entro l'anno 2020 la mortalità per ictus cerebrale sarà duplicata a causa dell'aumento dei soggetti anziani e della persistenza dell'abitudine al fumo di sigaretta. L'ictus cerebrale rappresenta anche la prima causa di disabilità nell'anziano con un rilevante impatto individuale, familiare e socio-sanitario. Molto importante è il ruolo rivestito dai caregiver informali, i quali possono rappresentare una fonte preziosa di informazioni su cui

prendere decisioni assistenziali.⁸ È dimostrato in tutto il mondo che la prevalenza aumenta in base all'età, raggiungendo valori tra il 4,61 e il 7,33 per 100 abitanti in soggetti con età superiore ai 65 anni. Eccetto che in quest'ultima fascia d'età, l'incidenza è più alta nei maschi che nelle femmine. Da studi nazionali ed internazionali risulta che il 75% degli ictus cerebrali colpisce l'età geriatrica.⁹

Nella regione Lazio, dopo i 35 anni si verificano circa 10.000 eventi cerebrovascolari acuti, l'80% dei quali in persone con più di 65 anni; si osservano più di 9.000 ricoveri ordinari per acuti, mentre i casi prevalenti oscillano tra i 30.000 ed i 45.000. Sono identificati come causa principale in 3.100 decessi, la maggior parte dei quali riguarda persone con più di 75 anni.¹⁰ Secondo i dati regionali relativi alle diagnosi in Pronto Soccorso e alle dimissioni ospedaliere (relative al 2007) con pazienti con ictus cerebrale acuto e pazienti con malattie cerebrovascolari:

- le dimissioni ospedaliere per ictus acuto sono state 8.907; il tasso di ospedalizzazione regionale è pari a 2,0 per 1.000 residenti. Le dimissioni per malattie cerebrovascolari sono state 24.092;
- il tasso di ospedalizzazione regionale è pari a 5,5 per 1.000 residenti variabile da un minimo di 4,4 delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) Roma F e Roma D, ad un massimo di 6,9 della ASL di Rieti;
- le diagnosi in Pronto Soccorso (PS) per ictus acuto sono state 5.684. Si è rilevato un tasso regionale di accesso in PS di 1,3 per 1.000 residenti. Il tasso più basso si è avuto nella ASL Ro-

ma A (0,8 per 1.000). Le diagnosi in PS per malattie cerebro vascolari sono state 19.949, con un tasso regionale di accesso di 4,1 per 1.000 residenti. Il tasso più basso si è avuto nella ASL Roma A (2,9 per 1.000).

Le differenze di casistica tra accessi e dimissioni evidenziano una non completa concordanza tra le diagnosi ospedaliere e quelle di PS, risultato che potrebbe essere legato a quadri clinicamente non definiti in PS, difficoltà di accesso tempestivo ad esami diagnostici, problemi di accuratezza nella codifica.^{11,12}

Analizzando il percorso clinico assistenziale dell'ictus cerebrale redatto dalla regione Lazio, si comprende la rilevanza quali-quantitativa del contributo fornito dal personale non medico nella gestione e nello sviluppo complessivo del processo e la rilevanza del ruolo giocato dal personale infermieristico, proprio con riferimento al delicato rapporto con il paziente.¹³ Questo anche in virtù del fatto che la percezione della vita dei pazienti colpiti da stroke e poi dimessi, dipende molto da come hanno vissuto la fase acuta della malattia in ospedale.¹⁴

Il valore di questa ricerca consiste nel fatto che è una dei primi lavori che esprime l'esigenza e offre un esempio concreto di una clinica infermieristica avanzata, identificandone la necessità, il percorso formativo e le caratteristiche.

Obiettivo

L'obiettivo principale dello studio è stato di indagare le conoscenze in merito ad alcune competenze avanzate del professionista infermiere che eroga as-

sistenza al paziente con ictus cerebrale. Questo attraverso tre sotto-obiettivi, consistenti nella rilevazione:

1. dell'utilizzo di strumenti di pratica clinica avanzata nella cura ed assistenza dei pazienti affetti da stroke (audit clinico, briefing infermieristico, utilizzo delle scale di valutazione per l'assessment del paziente);
2. del possesso di alcune conoscenze fondamentali in merito allo stroke ed il suo management (epidemiologia, riconoscimento segni e sintomi, esami diagnostici e trattamento, individuazione delle priorità di intervento assistenziale);
3. della presenza e tipologia di formazione post base degli infermieri intervistati e la frequenza o meno a corsi di aggiornamento professionale, mettendo in evidenza quelli con argomento inerente lo stroke.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Il disegno dello studio è stato quantitativo di tipo cross-sectional.

Il campionamento

Il campione è stato selezionato attraverso due fasi:

1. selezione delle aziende ospedaliere del territorio romano attraverso due criteri di inclusione: presenza di un Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) di II livello, della Stroke Unit e presenza di una postazione 118 dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES);
2. reclutamento di tutta la popolazione infermieristica afferente all'organico

delle unità operative (setting spaziale dello studio), con un unico criterio di inclusione, che fosse inserito a tempo pieno nei turni di lavoro.

Nel campionamento sono stati volutamente esclusi gli infermieri della riabilitazione post-ictus per la quantità elevata di strutture pubbliche e private e di professionisti operanti in tale servizio. L'interesse si è soffermato solo su una parte del percorso, in quanto allargare l'indagine conoscitiva avrebbe richiesto l'elaborazione di uno strumento adattato per ulteriori e differenti variabili.

Strumento

Lo strumento utilizzato è un questionario progettato ed elaborato ad hoc per raccogliere i dati di interesse in rapporto agli obiettivi di ricerca e strutturato su tre dimensioni:

- assistenza infermieristica in stroke care, indagata su sei variabili;
- conoscenza sullo stroke, indagata su cinque variabili per DEA e Stroke Unit e su 6 variabili per il Servizio 118;
- anagrafica: genere ed età, anni di servizio, titolo di studio, formazione ulteriore, corsi di aggiornamento, pubblicazioni e docenze.¹⁵

Procedura

Lo studio è stato approvato dalle Direzioni Sanitarie delle strutture coinvolte. Sono stati contattati tutti i coordinatori infermieristici consegnando loro con modalità "face to face" gli strumenti per la raccolta dati, spiegandone finalità e modalità di compilazione. A distanza di una settimana i questionari sono stati ritirati.

Setting spaziale

Le sedi dell'indagine presentano i requisiti strutturali e funzionali per trattare tempestivamente i pazienti con ictus e sono state: il Policlinico Umberto I, il Policlinico Tor Vergata, l'Azienda Ospedaliera San Camillo, il Policlinico A. Gemelli.

Setting temporale

Lo studio è stato condotto da settembre 2011 a gennaio 2012.

Analisi dei dati

Tutti i dati sono stati inseriti in un data-base (EXCEL 7.0 per Windows®) per poi essere processati con package statistico Epiinfo 3.3. Sono state ricercate frequenze, percentuali ed indici di posizione centrale e di dispersione.

Risultati

Considerando come unità statistiche gli infermieri facenti parte dell'organico delle unità operative di Stroke Unit, DEA e postazioni ARES 118, il totale de-

gli intervistati è stato di 112. Di questi, 3 sono stati persi per assenza prolungata dal servizio e per aver negato il consenso all'indagine. Gli intervistati sono stati 109 così suddivisi:

- 39 infermieri di ARES 118
- 33 infermieri di DEA di II livello
- 37 infermieri di Stroke Unit

La percentuale di risposta ai questionari è stata del 92,3%.

Ares 118

Il campione intervistato conta 39 infermieri (Tabella 1).

Il 91% utilizza le scale di valutazione ed in particolare modo la Cincinnati Prehospital Scale (56%) seguita dalla Glasgow Coma Scale (31%).

Nel garantire assistenza, il 53% si avvale principalmente dell'Evidence Based Nursing. Nell'indagare l'utilizzo degli strumenti per un'organizzazione multidisciplinare dell'assistenza, il 18% del totale del campione dichiara di utilizzare l'Audit Clinico per analizzare procedure e

Tabella 1 - Dati socio demografici degli infermieri intervistati presso ARES 118

Variabili	Media (DS)	Ranges	N	%
Genere				
Male			24	62
Female			15	38
Età	49,9 (7,7)	27-64		
Titolo di studio				
Diploma regionale			26	67
Diploma universitario			7	18
Laurea			6	15
Formazione ulteriore				
Si			18	46
No			54	54
Anni di servizio totali	18,3 (8,1)	1-40		
Anni di servizio presso il 118	12,7 (7,2)	1-40		
Docenza				
Si			6	15
No			33	85
Pubblicazioni				
Si			6	15
No			33	85

Tabella 2 - Definizione di Infermiere Specialista nel campione esaminato

Definizione di infermiere specialista	N	%
Riconosciute competenze cliniche avanzate	15	38
Integrare pratica, formazione, ricerca, management	11	28
Possedere autonomia professionale e pratica indipendente	6	15
Essere Case manager ovvero gestire un proprio numero di assistiti presi in carico	0	0
Offrire servizi di consulenza	1	3
Essere il primo punto di contatto con l'assistito	5	13
Altro	1	3
Totale degli intervistati	39	100

Tabella 3 - Dati socio demografici degli infermieri intervistati presso DEA

Variabili	Media (DS)	Ranges	N	%
Genere				
Male			13	39
Female			20	61
Età	38 (5,5)	25-50		
Titolo di studio				
Diploma regionale			4	12
Diploma universitario			18	55
Laurea			11	33
Formazione ulteriore				
Sì			11	33
No			22	67
Anni di servizio totali	11,3 (4,2)	1-18		
Anni di servizio presso il DEA	7,1 (3,9)	1-15		
Docenza				
Sì			3	9
No			30	91
Pubblicazioni				
Sì			2	6
No			31	94

protocolli (61%) e per studiare casi clinici (10%), mentre per il 26% "non è mai stato organizzato".

Se vengono riscontrati dei limiti nell'assistenza infermieristica al paziente affetto da stroke, il 46% "si avvale della consulenza di un collega del suo stesso reparto", il 23% "chiama il medico", il 20% "cerca in internet o su supporti cartacei", il 10% "si affida all'esperienza".

Il 33% degli intervistati ritiene che la risposta che viene data al paziente in triage e la scelta del codice colore (23%) implicino una riflessione etica, così come l'attesa del paziente prima di essere sottoposto a trattamento (28%), poi-

ché la finestra per la somministrazione del trattamento trombolitico con rtPA dall'insorgenza dei sintomi è di tre ore ed ha un ruolo chiave nella prognosi del paziente.¹⁶

Analizzando le conoscenze degli intervistati circa la patologia, il 79% è a conoscenza che l'ictus è la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie; tra i segni premonitori dello stroke il 69% individua "la difficoltà nell'eloquio", il 67% "la perdita della vista ad uno o entrambi gli occhi" il 56% il "mal di testa", il 51% la "perdita di equilibrio", il 41% la "debolezza improvvisa degli arti", il 53% "Codice giallo se parame-

tri ABC non alterati con almeno uno dei segni e sintomi alterati da più di sei ore", al 59% è noto che "il trattamento trombolitico può essere avviato entro tre ore dall'esordio dei sintomi".

Quando si chiede di scegliere una definizione, o individuare alcune caratteristiche a loro parere indispensabili e prioritarie, di infermiere specialista, il 38% del campione indica il "possedere riconosciute competenze cliniche avanzate" (Tabella 2).

Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA)

Il campione intervistato presso i Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione si presenta come riportato (Tabella 3).

La maggior parte degli infermieri intervistati (81%) utilizza le scale di valutazione dell'ictus con maggiore prevalenza della Glasgow Coma Scale (45%) seguita dalla Cincinnati Prehospital Scale (21%). Nel garantire assistenza il 45% si avvale principalmente dell'Evidence Based Nursing e il 39% dell'esperienza maturata nel corso degli anni di servizio.

Nell'analizzare gli strumenti per un'organizzazione multidisciplinare dell'assistenza, il 18% del totale del campione utilizza l'Audit Clinico per vagliare procedure e protocolli (15%) e per studiare casi clinici (9%), mentre per il 75% "non è mai stato utilizzato".

Se vengono riscontrati dei limiti nell'assistenza infermieristica il 56% "si avvale della consulenza di un collega del suo stesso reparto", il 24% "chiama il medico" e il 12% "cerca in internet o su supporti cartacei".

Analizzando le conoscenze degli in-

Tabella 4 – Definizione di Infermiere Specialista nel campione esaminato

Definizione di infermiere specialista	N	%
Riconosciute competenze cliniche avanzate	16	49
Integrare pratica, formazione, ricerca, management	11	33
Possedere autonomia professionale e pratica indipendente	3	9
Essere Case manager ovvero gestire un proprio numero di assistiti presi in carico	0	0
Offrire servizi di consulenza	0	0
Essere il primo punto di contatto con l'assistito	3	9

Tabella 5 – Dati socio demografici degli infermieri intervistati presso le Stroke Units

Variabili	Media (DS)	Ranges	N	%
Genere				
Male			16	43
Female			21	57
Età	37,1 (7,7)	23-53		
Titolo di studio				
Diploma regionale			11	30
Diploma universitario			14	28
Laurea			12	32
Formazione ulteriore				
Sì			8	22
No			29	78
Anni di servizio totali	12,1 (6,9)	2-31		
Anni di servizio presso il DEA	4,7 (3,9)	1-12		
Docenza				
Sì			5	14
No			32	86
Pubblicazioni				
Sì			1	3
No			36	97

tervistati, l'82% del totale degli intervistati "è a conoscenza che l'ictus è la terza causa di morte" dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie; tra i segni premonitori dello stroke il 91% individua la difficoltà "nell'eloquio", il 55% la "perdita della vista ad uno o entrambi gli occhi", il 61% il "mal di testa", il 58% "la perdita di equilibrio", il 52% la "debolezza improvvisa degli arti", il 70% "riconosce la Tomografia computerizzata (TC) cranio senza mezzo di contrasto" come primo esame da eseguire presso il DEA, il 67% "assegnerebbe il codice rosso sempre" all'ictus come codice di priorità al triage, il 70% sa che la "TC cranio senza mezzo di contrasto" è l'esame di elezione per il

paziente che giunge in Pronto Soccorso con sospetto ictus e l'88% sa che il "trattamento trombotico può essere avviato entro tre ore dall'esordio dei sintomi".

Quando si chiede loro di scegliere una definizione, a loro parere indispensabile e prioritaria, di infermiere specialista, il 49% del campione indica il "possedere riconosciute competenze cliniche avanzate" (Tabella 4).

Stroke Unit

Il campione intervistato presso le Stroke Units si presenta come riportato (Tabella 5).

La maggior parte degli infermieri intervistati presso le stroke unit (97%) uti-

lizza le scale di valutazione per l'assessment del paziente con una maggiore percentuale di somministrazione della NIHSS (78%), seguita dalla scala di Braden (16%).

Il 32% riconosce la possibilità di somministrare le scale di valutazione a distanza, per fare una tempestiva diagnosi di stroke attraverso il telenursing.

Nell'analizzare gli strumenti per un'organizzazione multidisciplinare dell'assistenza l'Audit Clinico è conosciuto dal 43% degli infermieri. Alla domanda sul perché venga organizzato, il 54% degli infermieri risponde "Non è mai stato organizzato" mentre il 30% risponde che viene principalmente organizzato "per studiare i casi clinici", il 13% "per studiare procedure e protocolli" ed il 3% "per analizzare l'attività medica".

Anche per quanto concerne l'organizzazione del briefing il 27% degli infermieri risponde "Non viene fatto", il 35% risponde che viene organizzato per "Analizzare ogni singolo caso clinico sotto il punto di vista multidisciplinare", il 29% che è "uno strumento solo medico" ed il restante 8% che "Viene utilizzato per fare la sintesi sugli esami diagnostici ai quali è stato sottoposto il paziente".

La conoscenza che "l'ictus è la terza causa di morte" dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie è del 86%; tra i segni premonitori dello stroke l'89% individua "la difficoltà nell'eloquio", il 54% la perdita "della vista ad uno o entrambi gli occhi", il 46% il "mal di testa", il 41% la "perdita di equilibrio", il 41% la "debolezza improvvisa degli arti" e il 94% sa che "il trattamento trombotico può essere avviato entro tre ore dall'esordio dei sintomi".

Tabella 6 – Definizione di Infermiere Specialista nel campione esaminato

Definizione di infermiere specialista	N.	%
Riconosciute competenze cliniche avanzate	10	27
Integrare pratica, formazione, ricerca, management	17	46
Possedere autonomia professionale e pratica indipendente	4	10
Essere Case manager ovvero gestire un proprio numero di assistiti presi in carico	1	3
Offrire servizi di consulenza	1	3
Essere il primo punto di contatto con l'assistito	1	3
Altro	3	8
Totale degli intervistati	37	100

Quando si chiede di scegliere una definizione di infermiere specialista il 46% del campione indica la "capacità di *"Integrare pratica, formazione, ricerca, management"* (Tabella 6).

Discussione

L'infermiere che eroga assistenza infermieristica avanzata ha elevate competenze per la raccolta dati e la valutazione clinica (assessment), il ragionamento diagnostico, la pianificazione del trattamento, l'attuazione e la valutazione. Nella fase dell'emergenza è importante una valutazione accurata, sistematica e tempestiva del paziente e la determinazione del tempo di insorgenza dei sintomi. Al triage i pazienti vengono valutati dal personale infermieristico come persone che necessitano di trattamento immediato al pari del trauma e dell'infarto miocardico acuto.^{17,18,19} Nel DEA l'infermiere si occupa del triage dove esegue la valutazione del paziente, elabora una prima ipotesi diagnostica attraverso l'assegnazione di un codice colore che, dall'analisi dei dati e in linea con quanto affermato in letteratura, è riconosciuto essere il codice rosso (67%), poiché il paziente deve essere valutato nel più breve tempo possibile per essere candidato

o meno alla trombolisi o trasferito presso la Stroke Unit per un costante monitoraggio dei segni, dei sintomi e dei parametri vitali.²⁰ Per determinare la natura dell'ictus, ischemico o emorragico, l'esame diagnostico di elezione rimane la TC cranio (70%) senza mezzo di contrasto e l'infermiere di triage dovrebbe attivare la radiologia affinché l'esame venga eseguito nell'arco di 25 minuti.²⁰ Oggi rientra in tutti i dibattiti, anche a livello internazionale, la possibilità dell'infermiere di fare diagnosi. All'interno della pratica clinica avanzata è necessario vedere questo concetto come *"una presa di decisione consapevole fornita da un professionista della salute con o per conto dell'assistito o della sua famiglia"*.²⁰

Deve essere considerato come un aspetto universale della pratica clinica e non una pertinenza di un singolo gruppo professionale al fine di garantire la continuità delle cure del paziente e per mirare ad avere un linguaggio diagnostico comune.²¹

Tutte le linee guida internazionali raccomandano l'uso routinario delle scale di valutazione validate e standardizzate per documentare l'analisi dei quadri clinico-funzionali dei pazienti. Permettono di valutare in maniera costante e preci-

sa il paziente e di documentare in maniera standardizzata i segni dello stroke ed i mutamenti che intervengono nella presa in carico globale del paziente.²² La maggior parte degli infermieri intervistati utilizza le scale di valutazione dell'ictus:

- presso l'ARES 118 c'è maggiore prevalenza della Cincinnati Prehospital Scale (56%) seguita dalla Glasgow Coma Scale (30%),
- presso il DEA, della Glasgow Coma Scale (45%) seguita dalla Cincinnati Prehospital Scale (21%) e la NIHSS (78%).

Questa diversità nella scelta risiede nel fatto che molto spesso non è sufficiente un'unica scala per determinare un punteggio completo, bensì la combinazione di più variabili. Bisogna porre attenzione sull'utilizzo della scala giusta al momento giusto. La Cincinnati Prehospital Scale e la Glasgow Coma Scale sono due scale utilizzate nell'emergenza territoriale ed ospedaliera, di veloce somministrazione in quanto il tempo è la variabile fondamentale da considerare nella prima diagnosi del paziente con sospetto ictus (*"Time is brain"*): il trattamento trombolitico con rIPA (Recombinant Tissue Plasminogen Activator) è ancora l'unico trattamento riconosciuto dalla Food and Drugs Administration da somministrarsi entro tre ore dall'insorgenza dei sintomi.²² Questa finestra temporale è riconosciuta come fondamentale dall'80% degli infermieri intervistati.

Solo il 37% dei 109 intervistati utilizza l'Audit Clinico all'interno della propria realtà. Eppure i professionisti infermieri hanno molti motivi per partecipare e contribuire attivamente all'Audit Clinico

poiché questo offre l'opportunità per migliorare la cura dei pazienti, contribuisce alla formazione e al miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica stessa.²³ Chi lo conosce, e quindi risponde di averlo organizzato o di avervi partecipato all'interno della propria realtà professionale, afferma che è uno strumento per studiare dei casi clinici (17%) e per analizzare procedure e protocolli (31%).

Per quanto concerne il Briefing ottimo strumento di integrazione professionale che fornisce continuità delle cure e diffusione delle informazioni di ogni singolo paziente per identificare le priorità assistenziali,²⁴ in Stroke Unit solo nel 35% dei casi viene utilizzato per analizzare, in multidisciplinarietà, ogni singolo caso clinico. Il 30% degli intervistati lo vede come strumento medico, forse perché non viene coinvolto. Gli elementi salienti delle stroke care sono: la multidisciplinarietà di approccio da parte di un team esperto in malattie cerebrovascolari, l'organizzazione di riunioni periodiche per la gestione dei singoli casi (briefing), l'applicazione di protocolli espliciti per la prevenzione delle complicanze maggiori, la precocità di avvio dell'intervento riabilitativo e la messa in atto di interventi mirati alla formazione e all'aggiornamento continuo del personale.^{25,26}

Nei punti ARES 118, il 45% degli intervistati utilizza le migliori prove di efficacia (EBN). Nei DEA presi in esame, il 53% si affida all'Evidence Based Nursing per garantire assistenza ed il 39% all'esperienza maturata nel corso degli anni. L'esperienza è una componente fondamentale della definizione di competenza infermieristica avanzata, elaborata dall'A-

merican Nurses Association, insieme alla formazione post-base per consentire agli infermieri non solo di acquisire abilità e conoscenze specialistiche superiori, ma anche di estendere le loro competenze cliniche attraverso lo sviluppo di capacità di ragionamento e di gestione dei problemi di assistenza ad elevata complessità. L'infermiere con competenze cliniche avanzate acquisisce il know how, ovvero il sapere pratico, attraverso l'esperienza nell'assistenza al paziente.^{27,28}

Dei 109 intervistati solo il 33% ha una formazione post base. Questo nonostante siano trascorsi già 10 anni da quando sono stati attivati i due cicli formativi e la formazione post laurea (laurea di base; laurea specialistica/magistrale; master di primo livello; master di secondo livello) previsti dall'ordinamento universitario con il DM 509/1999. Sono inoltre trascorsi sette anni dall'approvazione della legge 43/2006, che sancisce la possibilità di attribuire le funzioni di coordinamento e quelle specialistiche agli infermieri in possesso di uno specifico diploma di master. Infatti, se si prende in considerazione il campione con formazione post base (ovvero 35 infermieri), nel 69% è privilegiato il master di I livello tra i percorsi di formazione ulteriori e, di questi, la specializzazione è quella in area critica (50%), l'unico master oggi esistente in Italia che tratta, seppur in maniera parziale, le malattie cerebro vascolari.²⁹

Per quanto riguarda la formazione continua, elemento necessario per una maggiore consapevolezza dei problemi e una più sicura padronanza della strumentazione metodologica, scientifica e tecnica, il 46% degli intervistati ha parte-

cipato di recente a corsi di aggiornamento e la maggior parte si concentra presso il DEA (64%). Si spiega perché l'argomento scelto con maggiore frequenza sia il Basic Life Support e tutte le sue forme di approfondimento (35%), seguito dal trauma (11%) e dall'ictus (8%). La formazione continua così come lo sviluppo professionale, sono considerate necessarie per aggiornare e continuare a perfezionare le proprie abilità e conoscenze. Per la pratica avanzata, una formazione continua appropriata è un modo per garantire la qualità dell'erogazione dell'assistenza.²⁹ L'infermiere di pratica clinica avanzata è un professionista in grado di realizzare l'accertamento complessivo dei bisogni di salute, dimostrare un elevato livello di autonomia ed abilità nella diagnosi precoce e nel trattamento, dare delle risposte individuali o collettive ai problemi di salute, integrare nel suo ruolo funzioni di formazione, management, leadership e consulenza agendo da collegamento con gli infermieri stessi e gli altri professionisti.²⁰

Conclusioni

Nell'ambito dell'assistenza e della cura del paziente con stroke, molte conoscenze e competenze avanzate vengono attuate perché la complessità della patologia e dei pazienti lo richiede, ma senza riconoscimento formale specifico.

Nonostante i dati epidemiologici parlino chiaro in merito all'incremento dell'incidenza della patologia, nonostante l'infermiere sia da tutti considerato il perno dell'assistenza in quanto garantisce il continuum assistenziale perché a contatto con il paziente lungo tutto il per-

corso clinico-assistenziale, non si sente la necessità di riconoscere in maniera formale la figura dell'infermiere con competenze avanzate nella cura dello stroke, lasciando alla sola iniziativa personale del singolo professionista la formazione ulteriore.

L'intero studio è stato effettuato dagli autori con una prima parte di individuazione degli indicatori e costruzione dello strumento per la loro misurazione¹⁵ ed una seconda parte rappresentata dallo studio pilota, che ha permesso di identificare la metodologia per l'individuazione delle competenze infermieristiche cliniche avanzate in Italia, che potrà essere riproposto per ogni specificità clinica. Questo perché l'intero percorso risulta impostato su un modello teorico consolidato di sviluppo delle competenze infermieristiche avanzate.³⁰

Gli aspetti riportati nel modello sono stati quelli indagati nella realtà italiana e contestualizzati con le linee guida cliniche specifiche.

È necessario regolamentare la formazione di questa figura ed inserire nella pratica assistenziale figure come l'infermiere di pratica clinica avanzata che sia riconosciuto prima di tutto dall'organizzazione come leader formale all'interno del team multidisciplinare e che si occupi anche dell'integrazione dei ruoli, della formazione e della valutazione dei suoi colleghi.

Per completare lo studio sarebbe necessario estendere i questionari ai professionisti dell'intero percorso e andare ad osservare direttamente sul campo quali competenze avanzate il professionista mette in campo nell'assistenza quotidiana

al paziente con stroke, al fine di tracciarne il profilo per arrivare a stilare un percorso formativo ad hoc, sia per la parte specialistica sia per la parte avanzata.

Bibliografia

1. CHIARI P, MODENA L. *Valutazione dell'ictus attraverso il continuum di assistenza*. 2005; 19. [ultimo accesso 27-12-2011] www.evidencebasednursing.it
2. Regione Lazio. *Percorso clinico-assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico*. Dall'emergenza alla fase post-acute. 2009; 7 www.asplazio.it
3. DE LUCA A, GABRIELE S, GUASTICCHI G. *Ictus cerebrale nel Lazio. Rilevanza epidemiologica e Sistema di sorveglianza*. 2003 [ultimo accesso 27-11-2011] www.asplazio.it
4. GOLDSTEIN LB, ADAMS R, ALBERTS LJ, BRASS LM, BUSHNELL CD. *Primary prevention of ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Association Stroke Council*. *Stroke*. 2006; 37:1583-1633.
5. BEAL C. *Gender and stroke symptoms: a review of the current literature*. *J of Neurosc Nurs*. 2010; 42(2):80-9.
6. SARTI C, RASTENYTE D, CEPAITIS Z, TUOMILEHTO J. *International trends in mortality from stroke, 1968-1994*. *Stroke*. 2000; 31:1588-1601.
7. World Heart Organization. *The atlas of heart disease and stroke*. 2010 [ultimo accesso 14-12-2011] www.who.int
8. VELLONE E, SAVINI S, FIDA R, DICKSON VV, D'ERAMO MELKUS G, CAROD-ARTAL FJ, ROCCO G, ALVARO R. *Psychometric Evaluation of the Stroke Impact Scale 3.0*. *Journal of Cardiovascular Nursing In Press*. DOI: 10.1097/JCN.000000000000145.
9. VELLONE E, SAVINI S, SIMEONE S, BARBATO N, CAROVILLANO G, CARAMIA MD, ALVARO R. *Affidabilità del caregiver nel valutare la qualità di vita del paziente con ictus cerebrale: uno studio esplorativo*. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*. 2011; 30(4):180-188. Doi 10.1702/1007.10956.
10. Ministero della Salute. *Organizzazione dell'assistenza all'ictus: le Stroke Units*. Quaderni. 2010; 2:4.
11. Piano sanitario della prevenzione regione Lazio. 2010-2012 [ultimo accesso 14-12-2011] www.regione.lazio/prevenzione
12. Regione Lazio. *Percorso clinico-assistenziale per il paziente affetto da accidente cerebrovascolare acuto non traumatico*. Dall'emergenza alla fase post-acute. 2009; 7 [ultimo accesso 27-11-2011] www.asplazio.it
13. CASATI G, VICHI MC. *Il percorso clinico assistenziale del paziente in ospedale*. Milano: Mc Graw Hill; 2002.
14. SIMEONE S, SAVINI S, COHEN MZ, ALVARO R, VELLONE E. *The experience of stroke survivors three months after being discharged home: A phenomenological investigation*. *European Journal of Cardiovascular Nursing In press* DOI:10.1177/1474515114522886.
15. REGA ML, GUERRIERO S, SCELSI S, TALUCCI C, GALLETI C, VELLONE E, KANGASNIEMI M, ALVARO R. *Le competenze infermieristiche avanzate nel trattamento dello stroke in fase acuta in Italia. Strategia per l'identificazione* (I parte). *SCENARIO. Il Nursing della sopravvivenza*. 2013; 30(4).
16. ADAM HP, DEL ZOPPO G, ALBERTS MJ, BAHTI DL, BRASS L, FURLAN A, GRUBB RL, HIGASHIDA RT, JAUCH EC, KIDWELL C, LYDEN PD, MORGENSTERN RD, ROSSENWASSERS RH, SCOTT PA, WJUDICKS EF. *Guidelines for the early management of adult with ischemic stroke*. *Stroke*. 2007; 38:1655-1711.
17. WOJNER AW, MORGENSTERN L, ALEXANDROV AV, RODRIGUEZ D, PERSSE D, GROTA JC. *Paramedic and emergency department care of stroke: baseline data from citywide performance improvement study*. *AJCC*. 2003; 12:407-11.
18. GILBOY N, TANABE P, TRAVERS D, ROSENBAU A, EITEL D. *Emergency severity index vers. 4: Implementation handbook*. 2005; Rockville, Md: Agency for health care research and quality 5.
19. GREEN T, NEWCOMMON N. *Advancing nurse practice: the role of the nurse practitioner in an acute stroke program*. *Journal of neuroscience nursing*. 2006; 38(4): 328-30.

20. SHOEBER M, AFFARA F. *Assistenza infermieristica avanzata*. Milano: CEA 2008.
21. KIDWEL CS, STARKMAN S, ECKSTEIN M. *Identifying stroke in the field. Perspective validation of the Los Angeles prehospital stroke screen (LAPSS)*. Stroke. 2000; 31(1): 71-6.
22. National Institute for clinical excellence. *Principles for best practice in clinical audit*. Oxford: Radcliff Medical Press. position statement; 2002; Wellington.
23. SACCONI A. *Esperienze di area critica*. In: Convegno "Le attività del nuovo ospedale per intensità di cure". Genova, 21 ottobre 2010.
24. BENNER P. *L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza*. Milano: Mc Graw Hill. 2003.
25. Agenzia Regionale di Sanità Regione Toscana. *Indicatori per la valutazione di adesione alle linee guida. Manuale d'uso per l'azienda*. Ictus. 2007; 33.
26. TREMBLY A. *Stroke care in the 21th century*. 2011 [ultimo accesso 25-03-2012] www.nursingmanagement.it
27. Aiken LH. *Nursed for the future*. New England Journal of medicine. 2011; 364: 196-8.
28. DONNELLY G. *The essence of advanced nursing practice*. The internet Journal of advanced nursing practice. 2006; 8(1) [ultimo accesso 14-12-2011] www.ispub/journal
29. PALESE A, PITACCO G. *Essere infermieri oggi. Alcuni nodi problematici di una professione che cresce*. Quaderni, supplemento de "L'infermiere". 2004; 5(4).
30. HAMRICK AB, SPROSS JA, HANSON CM. *Definition of Advanced Practice Nursing*. Advanced Practice Nursing. St. Louis: Elsevier Saunders. 2005; 85-108.