



## Prove di efficacia del teamwork nella gestione del paziente con stroke.

Logopedista: Alda Monari; Fisioterapista: M. Antonietta Mandriolie;  
Infermiera: Patrizia Fabbri.

### OBIETTIVO DELLA RICERCA

- Valutare se la presa in carico di pazienti colpiti da stroke da parte di un team multiprofessionale organizzato produce migliori outcomes.

### P.I.C.O.

P: pazienti colpiti da stroke e ospedalizzati

I: teamwork

C: assenza del lavoro in team

O: determinare se il teamwork produce effetti sull'outcome (maggiore autonomia alla dimissione, riduzione dell'istituzionalizzazione).

### KEY WORDS

- Stroke AND teamwork, components stroke unit, stroke units.

### STRATEGIA DI RICERCA

- La ricerca è stata effettuata attraverso Internet, dalle pagine EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del S.Orsola Malpighi.
- Per prima cosa abbiamo cercato su varie banche dati (BD) linee guida recenti sullo stroke per trovare eventuali raccomandazioni relative al lavoro in team, ne abbiamo selezionate 3 e scelto una da SIGN dove, sia la composizione dello staff multidisciplinare che l'organizzazione del lavoro in team erano affrontate per esteso. Abbiamo sottoposto la linea guida a valutazione critica tramite Agree e l'abbiamo trovata di buona qualità.
- Le raccomandazioni relative al lavoro in team erano supportate da revisioni sistematiche di RCT e da RCT, citati in bibliografia. Siamo andate principalmente alla ricerca sia di questi studi che di altri trials, ma abbiamo anche selezionato alcuni articoli che, pur essendo basati su opinioni degli autori, potevano tuttavia fornirci alcuni spunti interessanti. Questi ultimi sono citati solo in bibliografia.
- Le BD consultate sono le seguenti:
  - BD generali: MEDLINE  
EMBASE  
CINHAL
  - BD di Revisioni Sistematiche: COCHRANE

- BD di Linee Guida: NCG  
 NEW ZEALAND GUIDELINE GROUP  
 SIGN  
 UK HEALTH CENTRE

- I criteri di selezione sono stati:
  - 1) Pertinenza col tema, accettando solo gli studi sul lavoro in team nella specifica situazione della gestione dello stroke in ospedale.
  - 2) Revisioni Sistematiche e singoli RCT.
  - 3) Studi pubblicati dopo il 1999.
  - 4) Articoli in lingua inglese.
  - 5) Presenza di abstract.
  - 6) Possibilità di recuperare il full-text tramite internet o biblioteca centralizzata.

#### TABELLA

BANCA DATI	KEY WORDS	DOC. RILEVATI	DOC. SELEZIONATI	DESCRIZIONE ARTICOLO
NCG		2	0	
NEW ZEALAND GUIDELINES GROUP		1	0	
UK HEALTH CENTER		1	0	
COCHRANE	stroke units	7	2	<p>1) <a href="#">Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients.</a>            Early Supported Discharge Trialists. <i>The Cochrane Library</i>, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p> <p>2). <a href="#">Organised inpatient (stroke unit) care for stroke.</a>            AA.VV. Stroke Units Trialists' Collaboration, <i>The Cochrane Library</i>, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley &amp; Sons, Ltd.</p>

<b>CINAHL</b> Limiti: lingua inglese e trial	stroke AND teamwork	1	1	Treatment in a combined acute and rehabilitation <b>stroke</b> unit: which aspects are most important? <b>AU:</b> <a href="#">Indredavik-B</a> ; <a href="#">Bakke-F</a> ; <a href="#">Slordahl-SA</a> ; <a href="#">Rokseth-R</a> ; <a href="#">Haheim-LL</a> <b>SO:</b> <a href="#">Stroke (STROKE)</a> 1999 May; 30(5): 917-23.
<b>EMBASE</b> Limiti : lingua inglese e articoli	Stroke AND teamwork	14	1	<b>TI:</b> Treatment in a combined acute and rehabilitation <b>stroke</b> unit: Which aspects are most important? <b>AU:</b> <a href="#">Indredavik-B</a> ; <a href="#">Bakke-F</a> ; <a href="#">Slordahl-SA</a> ; <a href="#">Rokseth-R</a> ; <a href="#">Haheim-LL</a> <b>SO:</b> <a href="#">STROKE. Stroke-</a> . 1999; 30(5): 917-923.
	components stroke unit	2	1	What are the <b>components</b> of effective <b>stroke unit care</b> ? <b>AA.VV.</b> <a href="#">Langhorne-P</a> e altri, <i>Age and Ageing</i> , 2000 Sept.; 31 (5): 365-371.
<b>MEDLINE</b> Limiti : RCT e lingua inglese	Stroke AND teamwork	1	1	Treatment in a combined acute and rehabilitation <b>stroke</b> unit: which aspects are most important? <b>AU:</b> <a href="#">Indredavik,-B</a> ; <a href="#">Bakke,-F</a> ; <a href="#">Slordahl,-S-A</a> ; <a href="#">Rokseth,-R</a> ; <a href="#">Haheim,-L-L</a> <b>SO:</b> <a href="#">Stroke</a> . 1999 May; 30(5): 917-23.

## INTRODUZIONE

Il termine ictus (stroke, in inglese), definisce un evento improvviso, acuto, che determina la sofferenza di una o più aree cerebrali, con la conseguente comparsa di deficit neurologici che persistono oltre le 24 ore (paralisi degli arti, disturbi del linguaggio, della visione, della memoria ecc.).

Nel mondo occidentale lo stroke rappresenta una delle maggiori cause di morte e disabilità (1). E' dimostrato che, per fornire le cure e gli interventi necessari ad incrementare al massimo il potenziale di recupero del paziente colpito da stroke, sono richieste le competenze di varie figure professionali (5, 2).

Lo scopo della presente ricerca è di verificare se, durante la degenza, il lavoro in team coordinato e organizzato, migliora gli outcomes di questi pazienti rispetto ad un lavoro multidisciplinare più frammentario (maggiore autonomia alla dimissione, riduzione dell'istituzionalizzazione).

## IL LAVORO IN TEAM E LA STROKE UNIT

In letteratura le prove di efficacia del lavoro in team nella gestione dello stroke sono indissolubilmente legate all'efficacia delle Stroke Units, cioè reparti dedicati esclusivamente alla cura e riabilitazione dello stroke.

Tutti gli studi concordano nel considerare caratteristiche essenziali di questo tipo di struttura:

- 1) presenza di uno staff multidisciplinare: medico, infermieristico e terapeutico (che include solitamente fisioterapista, terapeuta occupazionale, logopedista, assistente sociale);
- 2) cura in team multidisciplinare coordinato che comprende incontri almeno una volta alla settimana (6, 7).

Da più di 20 anni si discute sulla validità, per i pazienti colpiti da ictus, di cure in Stroke Units organizzate. Il dibattito si svolge attorno al seguente problema: valutare se gli sforzi e i costi che comportano tali strutture si associano a sensibili benefici per i pazienti stessi.

Una revisione sistematica recente del gruppo Cochrane (6), eseguita su tutti i trials disponibili, è stata specificatamente dedicata a rispondere a questa domanda e, nella versione estesa ed aggiornata nel 2001, rileva che le Stroke Units organizzate, confrontate con reparti di medicina generale, determinano i seguenti risultati:

- 18% di riduzione di mortalità (intervallo di confidenza al 95%, 6-29%);
  - 20 % di riduzione di mortalità o di istituzionalizzazione (intervallo di confidenza al 95%, 19-29%);
  - 22 % di riduzione di mortalità o dipendenza (intervallo di confidenza al 95%, 11-32 %)
- (5, 7).

I risultati indicano che i benefici di una cura organizzata in Stroke Unit, al contrario della cura convenzionale in reparti di medicina generale, non sono chiaramente dovuti alla struttura, al setting dipartimentale, allo staff misto o alla quantità di input medici, infermieristici e fisioterapici.

I tratti caratteristici più importanti sembrano essere piuttosto:

- **l'organizzazione** (cura da parte di un team multidisciplinare coordinato, integrazione dell'assistenza infermieristica con la cura multidisciplinare e coinvolgimento dei familiari nel processo di riabilitazione),
- **la specializzazione** (interesse medico ed infermieristico e competenza nello stroke e nella riabilitazione),
- **la formazione** (programmi di formazione e training per lo staff, i pazienti e i familiari).

**Tutte queste caratteristiche erano comuni alla maggior parte delle Stroke Units ed assenti nelle cure convenzionali (6).**

Sebbene sia dimostrato che l'ammissione ad una Stroke Unit organizzata rappresenta il trattamento di elezione, questo può non essere sempre possibile. Ad esempio piccoli ospedali possono non essere dotati di tali strutture.

La revisione sistematica più recente sulle Stroke Units (7) ha preso in esame trials svolti in strutture diversamente organizzate:

- reparti di riabilitazione mista, dove le cure sono fornite ad una serie di pazienti disabili, inclusi quelli con stroke;
- cure prestate da un team mobile per lo stroke, da cui è però escluso lo staff specialistico infermieristico, che fornisce le cure in una varietà di situazioni.

Tutti questi servizi dovevano corrispondere alla definizione basilare di cura organizzata e cioè : **presenza di staffing multidisciplinare coordinato attraverso regolari incontri di team.**

Tutti i tipi di cure organizzate procuravano benefici maggiori rispetto alle cure convenzionali in reparti di medicina generale o geriatrica ma i benefici procedevano in ordine discendente dai servizi più organizzati a quelli meno organizzati. I risultati migliori sembravano provenire da quelli basati su un reparto dedicato.

Le conclusioni dei revisori sono state le seguenti:

- ai pazienti con stroke in fase acuta dovrebbero essere prestate cure da parte di un team multidisciplinare coordinato in reparti di degenza organizzati (Stroke Units). Questo team opera all'interno di un reparto dedicato esclusivamente allo stroke, dove il paziente può usufruire di un sostanziale periodo di riabilitazione, se necessario.
- Non ci sono valide ragioni per restringere l'accesso in base all'età del paziente, al sesso o alla severità dello stroke.
- Le Stroke Units devono mirare a replicare le caratteristiche essenziali identificate nei trials randomizzati.
- Gli assoluti benefici delle cure in degenze organizzate (Stroke Units) sono abbastanza estesi da giustificare la riorganizzazione dei servizi.
- Dove non è possibile la cura in Stroke Units riabilitative, la riabilitazione dovrebbe essere effettuata in un generico reparto riabilitativo (7).

I pazienti con stroke ricevono convenzionalmente una parte consistente della loro riabilitazione in ospedale con costi notevoli per il servizio sanitario nazionale. Una revisione sistematica del gruppo Cochrane (1) ha esaminato i servizi che permettono ai pazienti una dimissione precoce con riabilitazione sul territorio. Pur non potendo tracciare conclusioni sicure, poiché mancano dati per esplicitare ulteriormente la relazione tra qualità del servizio e risultati, i revisori hanno trovato che i servizi coordinati e forniti da un team multidisciplinare sembravano più efficaci, mentre la dimissione precoce senza nessuna coordinazione multidisciplinare mostrava una tendenza negativa (1, 5).

## **QUALI SONO LE COMPONENTI DI UNA STROKE UNIT EFFICACE?**

Attraverso un'indagine dei trials più recenti svolti nelle Stroke Units che si sono dimostrate efficaci, coerentemente con le revisioni sistematiche di Cochrane, si è cercato di verificare l'ipotesi che esistano codici comuni di pratica.

Questa analisi rivela un quadro complesso di interventi forniti da un team multidisciplinare coordinato attraverso regolari incontri.

Le caratteristiche costanti sembrano essere:

- valutazione globale dei problemi medici, della menomazione e della disabilità;
- attenta gestione delle anomalie fisiologiche;
- mobilitazione precoce e tendenza ad evitare l'allettamento;
- cura da parte di infermieri specializzati;
- formulazione precoce di progetti riabilitativi che coinvolgono anche i familiari;
- valutazione precoce e programmi per rispondere ai bisogni che si presenteranno alla dimissione.

(4, 5).

In tutte le units viene descritto un nucleo essenziale (team) formato da uno staff di medici, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali e logopedisti.

La maggioranza (7\10) riporta anche la presenza dell'assistente sociale.

La comunicazione multidisciplinare avviene tipicamente attraverso un incontro formale alla settimana, più uno o due incontri informali settimanali, questi ultimi spesso con la partecipazione dei pazienti e delle famiglie.

Nella maggior parte delle units sono fissati obiettivi che devono essere messi in atto e monitorati dal team multidisciplinare.

Ai pazienti ed ai familiari vengono fornite sempre informazioni sullo stroke, sulla riabilitazione e sul recupero.

In tutte le units si effettuano programmi di formazione e aggiornamento per lo staff che variano da seminari regolari sulla cura dello stroke a workshops e giornate di training molte volte all'anno.

Il controllo della qualità del servizio include verifiche regolari, indagini sulla soddisfazione dei pazienti e feedback da parte dei gruppi di supporto dello stroke (4, 5).

## CONCLUSIONI

**Una meta-analisi di tutti i trials randomizzati controllati disponibili ha mostrato che la cura dei pazienti colpiti da stroke in una Stroke Unit organizzata riduce la mortalità, l'istituzionalizzazione e la dipendenza.**(3, 6, 7).

Il motivo per cui il trattamento in Stroke Unit funzioni meglio è ancora in discussione.

Il “focus” sulla riabilitazione, il lavoro in team, la formazione dello staff e il coinvolgimento sia dei pazienti che dei loro familiari nel processo di riabilitazione sono stati identificati come tratti caratteristici nella maggior parte delle Stroke Units che si sono dimostrate efficaci (3, 6, 7).

La cura in Stroke Unit, tuttavia, è costituita da molti elementi che lavorano insieme e il tentativo di identificare i fattori più importanti nel determinare migliori risultati si scontra col fatto che non tutti sono valutabili attraverso trials clinici.

Tra i fattori che è stato possibile misurare, la mobilitazione precoce era il fattore più importante associato al rientro a casa entro 6 settimane, seguito dalla pressione arteriosa diastolica stabilizzata.

La mobilitazione precoce può aver ridotto tutte le complicazioni legate all'allettamento, quali polmoniti, trombosi venosa profonda, embolie polmonari, contratture, ulcere da decubito e problemi di pressione ortostatica. E' anche possibile che abbia avuto importanti effetti psicologici.

Gli effetti diretti di tratti caratteristici delle Stroke Units, quali uno staff specialmente addestrato, un approccio in team riabilitativo, l'enfasi sul training funzionale e l'integrazione tra personale infermieristico e riabilitativo, sono fattori che purtroppo non è possibile misurare. Tali fattori sono probabilmente i più importanti nei modelli più efficaci di Stroke Unit (3).

**Il lavoro in team multiprofessionale organizzato, pur essendo considerato fondamentale per fornire le cure e gli interventi necessari a massimizzare il potenziale del paziente per il recupero dallo stroke, rientra tra quei fattori che non è possibile misurare e l'evidenza della sua efficacia è solo indiretta** (2).

## BIBLIOGRAFIA

1. Early Supported Discharge Trialists. Services for reducing duration of hospital care for acute stroke patients ( Cochrane Review ). In : *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
2. Gibbon B., Watkins C., Barer D., Waters K., Davies S., Lightbody L., Leathley M.. Can staff attitudes to team working in stroke care be improved? *Journal of Advanced Nursing*. 2002 Oct; 40 (1): 105-111.
3. Indredavik B., Bakke F., Slordahl S.A., Rokseth R., Haheim L.L.. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: Which aspects are most important? *Stroke*. 1999; 30 (5): 917-923.
4. Langhorne P., Pollock A .in Conjunction with The Stroke Unit trialists' Collaboration. What are the components of effective stroke unit care? *Age and Ageing*, 2002 Sept.; 31(5): 365-371.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of Patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and Management of complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline, November 2002.

6. Stroke Units Trialists' Collaboration (1997). Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *British Medical Journal* 317, 1151-1159.
7. Stroke Units Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.

Fisioterapista: M. Antonietta Mandrioli, int. 2252/2257  
Unità Operativa Medicina Fisica e Riabilitazione  
[igle62@yahoo.it](mailto:igle62@yahoo.it)

**Logopedista: Alda Monari, int. 4200**  
Unità Operativa Medicina Fisica e Riabilitazione  
[aldagraz@tin.it](mailto:aldagraz@tin.it)

Infermiera: Patrizia Fabbri, int. 4032/3254  
Unità Operativa Nefrologia S.O.  
[pat.fab@libero.it](mailto:pat.fab@libero.it)