

Conoscere l'ictus

sintomi, cause, terapia, prevenzione,
riabilitazione, reintegrazione sociale

*per le persone colpite, per i loro familiari
e per coloro che li assistono*



A.L.I.Ce. Italia Onlus
Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale



Testi a cura di:

Arturo Consoli, Serena Galliani, Antonia Nucera, Simone Vidale,
Carlo Gandolfo per il gruppo di lavoro ALICE Liguria,
Giuseppe Micieli per il gruppo di lavoro ALICE Pavia

Coordinamento editoriale: Nicoletta Reale

Illustrazioni originali: Marco Penatti e Pietro Galletti

Progetto editoriale e realizzazione: M&R Comunicazione - Genova

Editore: Federazione A.L.I.Ce. Italia Onlus
www.aliceitalia.org

© 2008, Federazione A.L.I.Ce. Italia Onlus

Presentazione

*“C*onoscere l'Ictus” è una delle iniziative divulgative della Federazione ALICE Italia Onlus per far conoscere la patologia, le sue cause, come prevenirla e nello stesso tempo offrire gli strumenti di base necessari ad affrontare e risolvere al meglio le disabilità causate dall'ictus, alle persone che ne sono state colpite ed ai loro familiari.

“Conoscere l'Ictus” nasce dall'esigenza di offrire a tutte le Associazioni Regionali che compongono la Federazione, e quindi a tutti i soci, un supporto divulgativo sintetico, ma esaustivo. I contenuti sono stati estratti da opuscoli analoghi già pubblicati da ALICE Liguria e da ALICE Pavia, opportunamente aggiornati e completati da volontari, neurologi vascolari e non, che concorrono a tenere viva la Federazione con il loro impegno volontario ed a titolo totalmente gratuito, che ringrazio di cuore.

Conoscere la malattia di cui si soffre o che ha colpito i nostri cari è un diritto, quindi abbiamo deciso di non mettere in vendita l'opuscolo, bensì di offrirlo al pubblico a fronte di un simbolico contributo.

Non ho, però, remore nel ricordare che la Federazione vive sostanzialmente sui contributi volontari di chi la compone: una donazione proporzionale alle possibilità di quanti vorranno usufruire di questo opuscolo, quindi, è accettata volentieri.

Maria Luisa Sacchetti
Presidente
ALICE ITALIA ONLUS



1) Chi è ALICe Italia Onlus



A.L.I.Ce. è l'acronimo di Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale: è una Federazione di Associazioni Regionali a cui aderiscono 18 regioni italiane. È un'Associazione di volontariato, libera e non lucrativa, l'unica in Italia, formata da persone colpite da ictus, familiari, medici, personale addetto all'assistenza, riabilitazione e volontari. L'attività degli aderenti è basata sul volontariato e i finanziamenti derivano prevalentemente dai contributi dei soci e degli enti pubblici.

ALICE Onlus nasce ad Aosta nel 1997 su iniziativa del dott. Giuseppe D'Alessandro: grazie al suo impegno costante, nell'arco di pochi anni sono state fondate Associazioni ALICE capillarmente su tutto il territorio nazionale; nel 2004 viene fondata la Federazione ALICe ITALIA Onlus, presieduta da Giuseppe D'Alessandro fino al 2007. L'attuale Presidente di ALICe ITALIA Onlus è Maria Luisa Sacchetti, neurologa vascolare presso l'Azienda Policlinico Umberto I di Roma, esperta nella gestione e nella cura dei pazienti con ictus.

Le Associazioni Regionali sono formate da persone affette da ictus e loro familiari, neurologi e medici esperti nella diagnosi e trattamento dell'ictus, medici di famiglia, fisioterapisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, personale socio-sanitario e volontari. Scopo comune di tutte le Associazioni Regionali (**per indirizzi e riferimenti dei centri A.L.I.Ce. in Italia consultare il sito nazionale <http://www.aliceitalia.org/>**) è quello di migliorare la qualità della vita delle persone colpite da ictus, dei loro familiari e delle persone a rischio.

Pertanto, A.L.I.Ce. ITALIA Onlus si propone di:

- **diffondere** l'informazione sulla curabilità della malattia, specialmente perché questa coinvolge, oltre agli anziani, per i quali i margini di recupero sono più ampi di quanto non si creda, giovani, donne in età fertile, adulti e bambini;
- **creare** un collegamento tra pazienti, familiari, neurologi, medici di base, fisioterapisti, infermieri, terapisti della riabilitazione

ne e personale sanitario coinvolto dalla malattia al fine di facilitare al massimo il recupero funzionale, limitare le complicanze e consentire un rapido inserimento della persona colpita da ictus nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo nei casi potenziali;

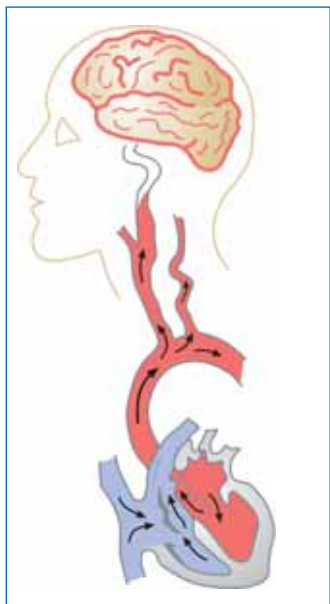
- **facilitare** l'informazione per un tempestivo riconoscimento dei primi sintomi come delle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza;
- **sollecitare** gli addetti alla programmazione sanitaria affinché provvedano ad istituire centri specializzati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle persone colpite da ictus e all'attuazione di progetti concreti di screening (a Roma, ad esempio, ce ne sono 4, peraltro ancora non riconosciute dall'autorità sanitaria regionale);
- **tutelare** il diritto dei pazienti ad avere su tutto il territorio nazionale livelli di assistenza dignitosi, uniformi ed omogenei.

A tutt'oggi l'ictus è considerato, a torto, una malattia incurabile ed inevitabile. Tuttavia, l'uso di farmaci specifici immediatamente dopo l'esordio dei sintomi può salvare i soggetti colpiti, oltre che ridurre le disabilità gravi. Inoltre, Unità di diagnosi e cura dedicate (in inglese "Stroke Unit"), gestite da esperti, applicando protocolli definiti, salvano più vite di qualunque altro trattamento. C'è da aggiungere, infine, che l'ictus è una malattia che si può prevenire, delineando trattamenti mirati e personalizzati per le persone più a rischio.

Riepilogando, molti sono i luoghi comuni da sfatare, tra cui non ultimo, quello che si tratti di una malattia che colpisce esclusivamente le persone anziane. In Italia sono più di 30 mila le persone giovani che ne sono state colpite e molte di queste ne portano ancora gli esiti invalidanti; spesso queste persone vengono escluse dal mondo del lavoro, nonostante la capacità, la volontà ed il bisogno di continuare a dare il proprio contributo lavorativo alla società; e questo per l'impotenza di chi valuta l'eventuale "inabilità" al lavoro dei pazienti.



2) Che cos'è un ictus



Lictus è un termine latino che letteralmente significa “colpo” (in inglese “stroke”). In Medicina indica un danno cerebrale persistente, ad esordio acuto, dovuto a cause vascolari. L'Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) lo definisce come l'improvvisa (ecco perché “ictus”) 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 (è importante precisare che un intervento tempestivo può dare risultati insperati).

La caratteristica principale del disturbo è, dunque, la sua improvvisa insorgenza: una persona in pieno benessere può accusare, di colpo, sintomi tipici che possono essere transitori, restare costanti o anche peggiorare nelle ore successive. Talvolta è possibile che alcuni sintomi precedano l'ictus, ad esempio una cefalea intensa e improvvisa, anche se non sono assolutamente specifici.

3) Che cos'è un T.I.A.

Li T.I.A., abbreviazione di **Attacco Ischemico Transitorio**, ha gli stessi sintomi di un ictus, ma i disturbi neurologici o oculari che lo caratterizzano durano soltanto poche ore o pochi minuti e, per definizione, la loro completa remissione avviene entro le 24 ore dall'esordio.

Un T.I.A. è un campanello d'allarme importante perché la sua manifestazione può precedere di qualche ora o giorno l'insorgenza di un ictus definitivo e quindi riconoscerlo tempestivamente può significare scoprire le cause e curarle per tempo.

4) Le dimensioni del problema

Lictus cerebrale in Italia rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie; è la prima causa assoluta di disabilità.

Sempre in Italia ogni anno circa 200.000 persone vengono colpite da ictus cerebrale, di cui l'80% sono i nuovi casi e la restante parte è costituita dalle recidive. Il 75% dei casi di ictus colpisce le persone con più di 65 anni e circa 10.000 eventi capitano a chi ha meno di 55 anni. Ogni anno un medico di famiglia italiano ha almeno 4-7 pazienti che vengono colpiti da ictus cerebrale e deve seguirne almeno una ventina sopravvissuti con esiti invalidanti.

Il 10-20% delle persone colpite da ictus cerebrale per la prima volta muore entro un mese ed un altro 10% entro il primo anno. Fra le restanti circa un terzo sopravvive con un grado di disabilità elevato, tanto da renderle non autonome, un terzo circa presenta un grado di disabilità lieve o moderato che gli permette di tornare al proprio domicilio in modo parzialmente autonomo e un terzo, i più fortunati o comunque coloro che sono stati colpiti da un ictus in forma lieve, tornano totalmente autonomi al proprio domicilio.

Coloro che sopravvivono con una disabilità importante spesso richiedono l'istituzionalizzazione in reparti di lungodegenza o in residenze sanitarie assistenziali; alcune famiglie, ma non tutte se lo possono permettere, si organizzano per riaccogliere il parente a domicilio. Inutile dire che i costi sia a carico delle famiglie che del sistema sanitario nazionale sono elevatissimi. Si calcola che una persona colpita da ictus costi nella fase acuta di malattia circa 10.000 euro. L'invalidità permanente delle persone che superano la fase acuta della malattia determina negli anni successivi una spesa che si può stimare intorno ai 100.000 euro. Sotto l'aspetto psicologico, personale e familiare, poi, i costi non sono calcolabili: per tutti questi motivi, l'ictus rappresenta un vero e proprio problema sociale.

5) Ictus: a cosa è dovuto

Come detto, l'ictus è un danno dovuto a cause vascolari. Il cervello riceve il sangue da diverse arterie (vasi sanguigni che dal cuore portano sangue e ossigeno in tutto il corpo): anteriormente da due arterie chiamate **carotidi (destra e sini-**



Ictus ischemico
...il sangue non riesce ad arrivare al cervello che non riceve più nutrimento...

- il vaso si può occludere (per aterosclerosi, trombi, coaguli, ecc..) e in questo caso parliamo di **ictus ischemico** (che rappresenta circa il 75% dei casi)
- il vaso può andare incontro a rottura (soprattutto per ipertensione, aneurismi, ecc...) e si parla di **ictus emorragico** (rappresenta il restante 25% circa).



Emorragia cerebrale
...si rompe un'arteria...

stra) e posteriormente dalle arterie vertebrali, che decorrono in entrambi i lati del collo. Il cervello, per lavorare in modo corretto, ha bisogno più di qualsiasi altro organo di un continuo apporto di ossigeno e di nutrimento tramite il sangue, del buon funzionamento dei vasi sanguigni e della normale contrazione del cuore. Il danno a questi vasi sanguigni può essere di due tipi:

Nelle forme ischemiche la parte di cervello che viene irrorata dal vaso occluso non viene più rifornita di sangue e ossigeno, fondamentali per consentire la sopravvivenza delle cellule cerebrali, che vanno quindi incontro a morte cellulare (necrosi) e quella zona di cervello perde la sua funzione, manifestando la sintomatologia dell'ictus (cecità, paralisi, vertigini ecc..., a seconda

della zona di cervello che non riceve più sangue). Affinché si realizzi questa situazione è necessario che il periodo di ischemia sia prolungato e persistente, altrimenti se dura per poco tempo e successivamente si ha la ripresa totale delle funzioni cerebrali, si verifica quello che viene classificato come T.I.A..

Nelle forme emorragiche il sangue distrugge, con azione meccanica, una parte del cervello.

6) Ictus: come si manifesta

I sintomi legati all'ictus sono diversi e dipendono dalla zona di cervello che è stata danneggiata. Di solito un ictus che colpisce un lato del cervello provoca difficoltà nella parte opposta del corpo.

Vi sono alcuni sintomi improvvisi che devono mettere in allarme il soggetto non appena li avverte.

Quali sono i sintomi dell'ictus?



- non riuscire più a muovere (paralisi - plegia) o muovere con minor forza (paresi), un braccio o una gamba o entrambi gli arti di uno stesso lato del corpo;
- accorgersi di avere la bocca storta;



- rendersi conto di non sentire più, di sentire meno o in maniera diversa (formicolio), un braccio o una gamba o entrambi gli arti di uno stesso lato del corpo;
- non essere in grado di coordinare i movimenti e di stare in equilibrio;



- far fatica a parlare sia perché non si articolano bene le parole (disartria) sia perché non si riescono a scegliere le parole giuste o perché non si comprende quanto viene riferito dalle persone intorno (afasia);
- non riuscire a vedere bene metà o una parte degli oggetti (emianopsia);
- essere colpiti da un violento mal di testa, diverso dal solito.



7) Quali sono i fattori di rischio

Con il termine “fattori di rischio” si intendono le condizioni personali o ambientali che predispongono ad ammalarsi e che aumentano quindi il verificarsi di questa grave patologia.



Alcuni fattori di rischio purtroppo non possono essere corretti:

- età: l'incidenza di ictus aumenta con l'età e dopo i 65 anni aumenta quasi esponenzialmente;
- familiarità: avere un parente diretto che è stato affetto da questa malattia comporta un rischio maggiore rispetto a chi ha familiarità negativa per ictus;
- sesso: quello maschile è lievemente più colpito, specie nelle fasce di età più giovani, in quanto le donne sono protette dagli ormoni sessuali almeno fino alla menopausa. Dopo i 65 anni l'incidenza è la stessa, mentre dopo gli 80 risulta maggiormente affetto dalla patologia il sesso femminile, soprattutto perché le donne vivono più a lungo e sono, perciò, più numerose.

Vi sono invece fattori di rischio che possono essere corretti con comportamenti adeguati o specifici trattamenti farmacologici:

- ipertensione arteriosa: è il principale fattore di rischio sia per l'ictus ischemico sia per quello emorragico; si parla di ipertensione quando i valori della pressione si mantengono costantemente sopra i 140 di massima e gli 85 di minima;
- diabete mellito: si definisce quando i valori degli zuccheri nel sangue (glicemia a digiuno) superano i valori normali;
- ipercolesterolemia: livelli oltre la norma del colesterolo LDL (cattivo) e dei trigliceridi determinano l'incremento del rischio per ictus in proporzione all'aumento dei loro valori;
- fumo di sigaretta: aumenta di due - tre volte il rischio di ictus; dipende dal numero di sigarette fumate al giorno e dal numero di anni in cui si è fumato;
- cardiopatie: essendovi una stretta correlazione tra cervello e cuore, aritmie cardiache, in particolare la fibrillazione atriale, o anche la presenza di protesi valvolari, un recente infarto miocardico, un'endocardite infettiva o il forame ovale pervio, sono condizioni che aumentano il rischio di ictus, soprattutto ischemico;
- presenza di placche ateromasiche a livello dei grossi vasi del collo (stenosi carotidea);
- obesità (favorisce soprattutto l'insorgenza del diabete);
- ridotta attività fisica;

- emicrania;
- pillola estroprogestinica: sono a rischio le donne che la assumono e soffrono di emicrania e/o sono fumatrici;
- abuso di alcool: mentre una quantità moderata di vino, un bicchiere a pasto, può essere protettivo, l'eccesso di alcool causa l'effetto contrario, aumentando il rischio di ictus.

8) Come si può prevenire un ictus

L ictus si può prevenire e una quota non indifferente di casi (2 su 3) potrebbe essere evitata, seguendo alcune semplici norme di vita sana ed identificando i fattori di rischio individuali, modificandoli in misura personalizzata.

Almeno 2 volte l'anno è consigliabile misurarsi la pressione arteriosa in modo tale da svelare un'eventuale ipertensione arteriosa latente e misconosciuta.



Chi soffre già di ipertensione arteriosa

- deve attentamente monitorarne i valori per adeguare eventualmente la terapia;
- è consigliabile che effettui almeno 1 o 2 volte l'anno la misurazione della glicemia per rilevare un eventuale diabete latente o una semplice intolleranza ai carboidrati (stato che precede il diabete e che può essere corretto semplicemente con dieta e attività fisica).

Chi fosse già diabetico

- deve controllare spesso i valori glicemici e attenersi scrupo-



losamente alla dieta e alle terapie prescrittegli;

- è opportuno che smetta di fumare;
- è consigliabile che almeno 1 volta l'anno controlli i valori di colesterolo nel sangue. Se elevati dovrà seguire una dieta povera in grassi e, se necessario, assumere una terapia per ridurre i livelli di colesterolo.

Chi è affetto da cardiopatie, in particolare da fibrillazione atriale

- dovrà seguire una terapia antiaggregante o anticoagulante orale, per diluire il sangue e ridurre il rischio di ictus cerebrale embolico; in ogni caso andranno seguite periodiche visite di controllo cardiologiche ed eventualmente neurologiche;
- è consigliabile che svolga attività fisica almeno 2-3 volte alla settimana. Non è necessario che siano attività impegnative, è sufficiente camminare a passo sostenuto per almeno mezz'ora;
- è consigliabile alimentarsi in modo corretto scegliendo un'alimentazione non troppo ricca di grassi e di sale;
- è consigliabile che non ecceda con il consumo di alcolici.

Un'alimentazione corretta ed un'attività fisica costante permettono di mantenere anche un adeguato peso corporeo. L'obesità è anch'essa, infatti, un fattore di rischio per l'ictus.

Fra i giovani, in particolare fra le donne, chi soffre di emicrania dovrebbe evitare di fumare e di assumere la pillola estroprogestinica, poiché, in questo modo, ridurrebbe significativamente il rischio di ictus cerebrale.



Almeno 1 o 2 volte l'anno è consigliabile recarsi dal proprio medico di famiglia e seguirne i consigli per effettuare una valida prevenzione primaria.

Chi ha già avuto un ictus cerebrale deve almeno 2 volte l'anno effettuare le visite di controllo programmate sia dal neurologo che da altri specialisti, come ad esempio il cardiologo, e deve eseguire gli esami strumentali di controllo che gli vengono richiesti (per es. Ecocolor Doppler dei vasi del collo, Doppler Transcranico, Ecocardiogramma).

9) Cosa fare quando si manifestano i sintomi



L ictus è un'emergenza medica e quando ci si rende conto di avere uno dei sintomi sopra descritti, è importante recarsi immediatamente in Pronto Soccorso o meglio ancora chiamare il 118, che mette a disposizione personale qualificato, già in grado di effettuare una diagnosi e quindi di indirizzare negli ospedali dotati di reparti adeguati, attrezzati e competenti.

La diagnosi e le cure precoci possono evitare un aggravamento e le numerose complicanze che possono far seguito; contemporaneamente riescono a ridurre le conseguenze invalidanti.

10) Come si curano gli ictus

I risultati delle cure sulle persone colpite da questa patologia dipendono molto dal trattamento medico e, ancor più, dall'assistenza.

Gli obiettivi degli interventi terapeutici sono quelli di ridurre e migliorare la disabilità delle persone colpite da ictus, prevenire le complicanze e l'insorgenza di un nuovo ictus. Tali obiettivi possono essere raggiunti tramite il sostegno delle funzioni vi-

tali, la mobilitazione del paziente, stimolandolo ad essere il più possibile indipendente, e l'attenzione alle sue necessità assistenziali.

La riabilitazione inizia durante il periodo di ospedalizzazione, non appena è stata confermata la diagnosi e si sono stabilizzate le condizioni cliniche. Tanto più precocemente viene iniziata, migliori sono i risultati che solitamente si ottengono in termini di riduzione delle disabilità.

Poiché la persona colpita deve essere attentamente osservata durante le prime 24 - 48 ore, soprattutto con continua valutazione delle funzioni vitali e dei segni neurologici, anche per poter stabilire un programma di riabilitazione idoneo, è auspicabile che la stessa venga ricoverata in un Centro Ictus ("Stroke Unit").

Centri Ictus o "Stroke Unit"



Questi reparti, altamente specializzati, ricevono unicamente la persona colpita da questa malattia. Gli aspetti qualificanti di queste Unità sono rappresentati da équipe multiprofessionale (medici, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale,...) che si occupa prevalentemente dell'ictus, personale addetto solamente a quella patologia e continua formazione ed aggiornamento del personale attivo nella struttura.

Le risorse strutturali sono costituite dall'essere dotati di letti articolati, con materassini antidecubito e impianto per l'erogazione dei gas medicali. Sistemi di monitoraggio per la rilevazione delle funzioni vitali sono attivi 24 ore su 24 ed hanno l'obiettivo del controllo continuo della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della saturazione arteriosa di ossigeno e della temperatura.

Essenziali sono la cooperazione medica multidisciplinare, in particolare quella neurologica, cardiologica e fisiologica e la facilità di accedere a mezzi diagnostici, quali TC, Risonanza Magnetica (RM), Ecodoppler, laboratorio per gli esami ematochimici: il tutto al fine di mettere in atto le terapie più idonee in maniera professionale e tempestiva.



Nei Paesi dove queste strutture sono in funzione, compreso il nostro (anche se purtroppo non in tutte le regioni), si è assistito ad una significativa riduzione della mortalità, dell'invalidità, della durata dei ricoveri e dei loro costi.

L'organizzazione delle "Stroke Unit" (S.U.) si occupa di coloro che sono stati colpiti dagli ictus più gravi, quando la patologia è in fase "acuta". Una particolare attenzione da parte del medico e del personale infermieristico viene attuata nei confronti dei problemi connessi all'immobilità o a posizioni scorrette, con possibili conseguenti danni alla cute, alle articolazioni, all'apparato respiratorio e all'apparato digerente, alla deglutizione. Per prevenire le complicanze, si effettuano cure generali riguardanti la nutrizione in caso di problemi relativi alla deglutizione; si posiziona il catetere urinario (se possibile per tempi brevi) in caso di incontinenza o ritenzione; si suggeriscono le posizioni più idonee da tenere per evitare problemi muscolari o danni alle articolazioni delle spalle e delle anche; si favoriscono la ripresa della posizione seduta per ridurre il rischio di infezioni polmonari e, in un secondo tempo, la ripresa della stazione eretta. Durante la fase acuta e sub-acuta è possibile l'utilizzo di calze speciali per ridurre la possibilità di formazioni di coaguli nelle vene delle gambe.

La "Stroke Unit" permette una riduzione sia della mortalità che della grave disabilità delle persone che in essa vengono ricoverate rispetto ai tradizionali reparti (ogni 5 persone ricoverate in S.U. viene evitata una grave disabilità).

Trombolisi o fibrinolisi

Fino a qualche anno fa il trattamento dell'ictus si basava esclusivamente sulla gestione clinica di prevenzione delle complicanze e sulla fisioterapia. Oggi, grazie a importanti ricerche a disposizione, è possibile utilizzare un farmaco per l'ictus ischemico. Così come avviene nell'infarto cardiaco, l'ischemia cerebrale è provocata da una occlusione arteriosa. Tuttavia, intorno alla zona completamente danneggiata del cervello e con morte irreversibile dei neuroni cerebrali, esiste un'area, definita penombra ischemica, che contiene cellule cerebrali ancora in vita, ma parzialmente danneggiate. Se il flusso sanguigno

viene rapidamente ristabilito, è possibile salvare, almeno in parte, questa zona. È per questo che si è iniziato ad applicare un trattamento per l'ictus ischemico che permette la dissoluzione del trombo a livello arterioso, consentendo, quindi, un ripristino del circolo ematico e la potenziale sopravvivenza delle cellule cerebrali della penombra ischemica. Il farmaco utilizzato è il derivato di una molecola che è già presente nel nostro organismo e che serve ad evitare che il sangue possa coagularsi in condizioni normali. Per la sua capacità a rompere e dissolvere il trombo, esso è chiamato trombolitico o fibrinolitico. Purtroppo la somministrazione di questo farmaco non è esente da effetti collaterali. Il più importante è rappresentato, ovviamente, dall'emorragia, che può avvenire a livello cerebrale oppure in altre sedi. Per questo motivo il farmaco trombolitico non può essere somministrato a tutti ed i principali criteri per l'infusione del farmaco (viene iniettato nel circolo sanguigno) sono rappresentati dal tipo di ictus, cioè quello ischemico, e dal tempo. Il trombolitico, infatti, deve essere somministrato entro 3 ore dall'esordio dei sintomi. Quest'ultimo criterio limita notevolmente il numero di persone che potrebbero beneficiare della terapia: si è calcolato che in Italia solo il 5% circa delle persone con ictus ischemico sono state trattate con il fibrinolitico. In più, questa terapia può essere somministrata solo in centri specialistici che hanno determinate caratteristiche come la disponibilità 24 ore su 24 della TAC Encefalo e la presenza di un medico esperto nella gestione dell'ictus cerebrale. Proprio per questi motivi diventa ancor più importante il rapido riconoscimento dei sintomi sospetti di un ictus cerebrale e la rapida chiamata del servizio 118 o l'immediato invio al Pronto Soccorso, stante il fatto che davvero "il tempo è cervello".

Riabilitazione

Non appena il paziente appare stabile dal punto di vista neurologico, viene valutato dai fisioterapisti, medici specializzati in grado di individuare e decidere il trattamento riabilitativo più adatto ai singoli casi in modo da ottenere il massimo recupero dall'ictus e consentire a chi ne è stato colpito di riconquistare, per quanto possibile, la propria indipendenza.



Il trattamento dipende dalla gravità. Alcune persone hanno sintomi così lievi ed un recupero spontaneo così rapido da non aver bisogno di essere inseriti in trattamenti riabilitativi.

Il reinserimento nella vita sociale dopo una degenza ospedaliera causata da ictus risulta in genere molto difficile sia per il malato sia per la famiglia. La persona improvvisamente ha perso la propria autonomia, ha subito un danno fisico che in alcuni casi può persistere nel tempo e, in ogni modo, è costretta per un periodo più o meno lungo di tempo a mutare le proprie condizioni di vita familiare, affettiva e lavorativa.

Tutti i soggetti con ictus hanno bisogno di essere opportunamente istruiti ed aiutati con adeguate terapie, ma soltanto per alcuni si rende necessaria una riabilitazione vera e propria. A seconda della gravità della lesione a livello cerebrale, varia la possibilità del recupero delle funzioni motorie, sensitive e cognitive (linguaggio, attenzione, memoria, percezione) del malato.

In alcuni casi le persone non hanno alcuna necessità di riabilitazione; in altre condizioni, invece, la lesione è talmente grave da non consentire un recupero immediato, ossia già evidenziabile durante il ricovero nel Centro Ictus; in altre situazioni ancora, il malato riesce ad ottenere dei risultati nelle prime settimane dopo la comparsa dell'ictus.

In ogni caso, il trattamento riabilitativo eseguito dal fisioterapista in collaborazione con il fisiatra, risulta indispensabile e determinante per ciò che riguarda il recupero del movimento, della sensibilità e delle funzioni cognitive.

Tale trattamento, eseguito in fase acuta già in ospedale, serve per prevenire delle complicanze quali rigidità e dolori articolari o lesioni da decubito, nonché a convogliare l'attenzione del malato verso il riconoscimento di determinati movimenti proposti dal fisioterapista per il recupero della coordinazione e/o della debolezza muscolare e della sensibilità tattile.

Il trattamento riabilitativo, che varia a seconda del metodo seguito dal fisioterapista e in base alle condizioni della persona e al suo grado di collaborazione, può proseguire anche per lunghi periodi di tempo.

La riabilitazione dei problemi di comunicazione e di deglutizione è di competenza del logopedista.

11) Quali sono i problemi comuni dopo ictus gravi

Alla dimissione dall'Ospedale, in molti casi, ci si trova ad affrontare gli esiti derivanti dall'ictus. Ovviamente questi potranno essere diversi in base al tipo e alla zona cerebrale interessata dalla lesione. Tali esiti, con l'andare del tempo, possono creare problemi in relazione alla disabilità della persona colpita da ictus. Problemi comuni interessano non solo l'aspetto fisico, ma anche la sfera emotiva e psicologica.

Tra i più frequenti problemi:

Dolori articolari



I dolori articolari possono essere provocati sia dall'immobilità che dal mantenimento protratto di posizioni scorrette.

Spesso, a causa della paresi dell'arto superiore, si possono avere dei traumi dovuti al peso stesso del braccio o allo stiramento della spalla, perché il soggetto viene afferrato in modo non corretto, dall'arto paretico.

Il dolore alla spalla, che può essere prolungato e determinarne la rigidità, è stato riscontrato nel 70 - 80% delle persone colpite e, quando insorge,

occorre consultare il medico curante.

Lesioni da pressione (decubito)

Si tratta di danni della cute in corrispondenza del punto di appoggio della cute stessa sul piano del letto o della sedia.

Sono causate principalmente dall'immobilità che porta ad una riduzione dell'afflusso di sangue, e quindi di nutrimento e ossigeno, nelle parti del corpo che sono sottoposte a pressione: spesso questo accade dove i tessuti sono compressi fra una prominenza ossea (essenzialmente fianco, glutei o tallone) e un piano rigido (del letto o della poltrona).

Più lungo è il tempo di permanenza su queste zone e maggiore sarà il danno causato ai tessuti, che possono anche morire, determinando una lesione cutanea chiamata piaga o ulcera da decubito, la cui gravità va da uno stadio minimo, caratterizzato da un leggero arrossamento della pelle, ad uno massimo, in cui si formano profondi crateri che possono anche raggiungere il muscolo e l'osso.

Le lesioni si formano più frequentemente nelle persone che rimangono per lunghi periodi nella stessa posizione, a letto o sedute, che sono incapaci di muoversi, incontinenti, malnutrite o con scarsa lucidità mentale: evidentemente tanto è maggiore la presenza di queste condizioni quanto più aumenta la possibilità di incorrere nelle lesioni da decubito.

Fortunatamente, si può diminuire il rischio adottando provvedimenti quali cura e adeguata protezione della cute, corretta alimentazione e mobilizzazione precoce.

Afasia e altri disturbi cognitivi

Il soggetto destrimane con una emiparesi destra può avere difficoltà di comunicazione dovute alla lesione del centro cerebrale del linguaggio (afasia).

L'afasia può essere di comprensione, quando la persona si esprime in modo fluente, ma non comprende ciò che le viene

detto, oppure di espressione, quando, pur comprendendo ciò che le viene detto, non è in grado di poter esprimere verbalmente i concetti e le parole che ha in mente, fino all'assenza totale di espressione.

Tali difficoltà si possono manifestare sia nel linguaggio orale sia in quello scritto (lettura e scrittura).

Il logopedista è la figura professionale che può fornire aiuto, consigli e trattamento specifico per la rieducazione del linguaggio.



Nel caso in cui, anziché l'emisfero "dominante" (il sinistro nei destrimani) sia colpito quello "non dominante", all'emiparesi, usualmente sinistra, si può associare una ridotta capacità di ri-

cordare la parte sinistra del proprio corpo oppure la propria condizione di malattia.

Difficoltà di deglutizione (disfagia)

Si definisce disfagia la difficoltà a deglutire a causa di una patologia che interferisce con il transito del cibo dalla bocca allo stomaco.

Tra le persone colpite da ictus, il 30% può avere difficoltà nel deglutire cibi e bevande, causando frequentemente stati di de-nutrizione, di disidratazione o di infezione delle vie respiratorie; se il soggetto non può più deglutire o quando la deglutizione diventa fonte di rischi troppo elevati e l'assunzione di cibo non è più sufficiente per coprirne i fabbisogni nutrizionali, è necessario passare ad un'alimentazione artificiale, per esempio con Sondino Naso Gastrico (S.N.G.) o con Gastrostomia Endoscopica Percutanea (P.E.G.) che permette la somministrazione di cibi e liquidi attraverso un tubicino che, posizionato a livello dell'addome, permette una diretta comunicazione con lo stomaco.

In realtà, molte persone, in cui la disfagia è il risultato di un evento neurologico, si ristabiliscono spontaneamente.

Nel caso di soggetti colpiti da ictus, circa uno su cinque lamenta problemi di deglutizione per un tempo più protratto e richiede un trattamento di supporto, durante la fase acuta post-ictus, da parte di un logopedista, che indichi loro le modifiche posturali volte a proteggere le vie aeree dall'aspirazione (passaggio di cibo o di acqua nelle vie aeree invece che in quelle digestive) durante i pasti.

Poiché molti di coloro che sono affetti da problemi di deglutizione sono anziani e possono presentare un'insufficienza a livello cognitivo, la possibilità di ottenere delle correzioni volontarie non è sempre garantita. Pertanto, la modifica della composizione dei cibi e dei liquidi resta spesso la terapia di prima scelta per molti di loro.

Ne consegue la necessità di coinvolgere nel trattamento le persone che vivono a più stretto contatto con il malato (familiari e assistenti o "care giver"), in modo da essere certi che i metodi raccomandati vengano applicati e osservati per l'intera giornata.



Depressione dell'umore

L'ictus comporta l'improvvisa perdita di una o più funzioni neurologiche, facendo così trovare una persona, autonoma fino ad allora, in una condizione di perdita di alcune delle abilità precedentemente integre. Tale esperienza, come si è già accennato, comporta inevitabilmente una necessità di adattamento alla sopravvenuta situazione e spesso vi è una reazione emotiva negativa, con riduzione del tono dell'umore, tristezza, senso di inutilità.

Il supporto della famiglia e delle persone affettivamente legate è l'elemento più importante per superare tale passaggio.

I sintomi più comuni sono dati dal persistere di uno stato di malinconia, dalla perdita di interesse nei confronti di ogni attività, dall'incapacità a concentrarsi, disturbi del sonno, inappetenza, eccessiva affaticabilità e calo d'energia, pianto immotivato, eccessiva ansia o irritabilità.

Normalmente queste manifestazioni tendono a regredire spontaneamente durante la convalescenza, anche grazie all'incoraggiamento e alle attenzioni dei familiari e del personale medico e infermieristico.

Bisogna incoraggiare la persona e stimolarla ad affrontare la propria malattia; confortarla ed invitarla a riconoscere anche le più piccole conquiste che avvengono quotidianamente nella fase riabilitativa, sottolineando come qualsiasi miglioramento sia un passo avanti verso l'autosufficienza e l'autonomia.

Vi sono peraltro alcune situazioni in cui la depressione è un sintomo dovuto direttamente alla lesione cerebrale. In questi casi, e laddove il supporto psicologico non sia sufficiente ad alleviare la sofferenza emotiva, può essere indicato l'uso di farmaci specifici, previo parere dello specialista.

L'insonnia e l'agitazione notturne possono essere altri sintomi che si manifestano dopo un ictus.

Un pasto serale leggero o una piccola luce nella stanza da letto possono essere iniziali provvedimenti per ovviare a questi inconvenienti. In caso di sintomi più intensi, occorre consultare il proprio medico curante, che potrà intervenire con terapie specifiche.

Cefalea e altri dolori

Anche la cefalea può essere presente all'esordio di un ictus, mentre nelle fasi tardive non è frequente. In alcuni casi, tuttavia, il disturbo, anche se di minore intensità, può perdurare anche per qualche settimana dopo l'evento. Questa condizione si associa solitamente alle persone che hanno avuto un ictus di tipo emorragico.

Se la persona è già nota per soffrire di cefalea prima dell'ictus, questa può perdurare dopo l'evento, con caratteristiche talvolta differenti.

Se la cefalea avesse caratteristiche diverse dalle usuali, occorre prendere contatto con il proprio medico.

Perdita di coscienza

La perdita di coscienza, cioè la perdita del contatto cosciente con l'ambiente, può essere un evento transitorio o prolungato.

Dopo un ictus, la perdita di coscienza può avere svariate cause: un calo pressorio dopo il prolungato periodo a letto, un'alterazione del ritmo del cuore o una crisi epilettica. In ogni caso tale fenomeno non va mai sottovalutato e deve essere riportato urgentemente al medico curante o allo specialista e, in loro assenza, al medico della Guardia Medica o del 118. I sanitari prenderanno i provvedimenti del caso per capire quale è l'origine dell'episodio e instaurare la cura migliore.

Demenza vascolare

La persona che ha subito un ictus può sviluppare una compromissione delle funzioni mentali, che in genere si manifesta con alterazioni della memoria, dell'orientamento, del carattere e, talora, con episodi di confusione mentale, specie notturna. Tale quadro si definisce demenza vascolare.

La demenza dovuta a lesioni cerebro-vascolari è la seconda più frequente forma di demenza dopo la malattia di Alzheimer. La comparsa dei sintomi suddetti deve essere segnalata sempre al medico curante, anche perché si può spesso intervenire per attenuare o controllare tali sintomi.

I principali fattori di rischio modificabili per demenza vascolare sono l'ipertensione, il diabete, le cardiopatie emboligene, il fumo.



Spasticità

La spasticità è una condizione di aumentata attività muscolare. Essa fa seguito a lesioni di diversa natura (vascolare, traumatica, infiammatoria) a carico dell'encefalo o del midollo spinale. In una persona colpita da ictus, lo sviluppo di una condizione cronica, non controllata, di spasticità rappresenta un problema importante per la comparsa successiva di accorciamenti e contratture. Questi possono originare dolore, deformità, posture patologiche, ridotta mobilità e altre complicazioni. La spasticità, dunque, può costituire un fattore aggravante la già presente disabilità della persona colpita da ictus. Possibili approcci terapeutici sono rappresentati da interventi riabilitativi, solo in parte efficaci, farmacologici (tossina botulinica) e chirurgici.

12) Come si fa a ridurre il rischio di un altro ictus

È estremamente difficile prevedere chi avrà un altro ictus o chi ulteriori problemi neurologici o generali.

Non è sempre vero che un altro ictus sia necessariamente un evento molto grave; infatti, alcune persone, che hanno avuto anche più di un ictus, riescono a condurre comunque una vita attiva e indipendente.

In genere chi ha superato il primo ictus è a rischio di ricaduta, specialmente nel primo anno dalla comparsa dell'evento: la possibilità è di circa il 10%, che si riduce alla metà l'anno successivo e ulteriormente in seguito. Le terapie con farmaci riducono questo rischio.

Quello che è comunque importante è effettuare sempre controlli frequenti, identificare i fattori di rischio, che sono le condizioni che predispongono alla possibilità di incorrere in un ictus, modificando, se è il caso, abitudini alimentari e stile di vita.

In generale vale quanto riportato nel capitolo **Come si può prevenire un ictus.**

Interventi chirurgici

In persone accuratamente selezionate, che presentano un grave restringimento di un'arteria carotide nel collo, si può valutare l'opportunità di effettuare un intervento chirurgico volto alla "pulizia" del vaso arterioso.

Tale intervento è semplice, necessita di una degenza breve, riduce la probabilità di avere un altro ictus, ma non essendo privo di rischio, la sua indicazione deve essere valutata attentamente da medici esperti. In alternativa e in alcuni casi specifici, è possibile anche procedere ad angioplastica con posizionamento di stent (palloncino e retina) che permette all'arteria di riaprirsi.

Trattamenti farmacologici

Un'attenzione particolare andrà posta alla terapia prescritta alla dimissione. In particolare, il discorso è certamente più articolato per quanto riguarda l'ictus ischemico. Un primo tipo di terapia è rappresentato dai farmaci antiaggreganti. Si instaura per impedire alle piastrine di aggregarsi, quindi serve a mantenere fluida la circolazione del sangue e a bloccare la formazione di eventuali trombi, cioè occlusioni dei vasi arteriosi e venosi. La scelta del farmaco è comunque di competenza specialistica. Il farmaco più usato sia nella fase acuta dell'ictus ischemico che per la prevenzione delle recidive è l'acido acetilsalicilico, che va assunto solo dietro prescrizione medica, anche perché può provocare disturbi allo stomaco. Per chi non può assumerlo esistono farmaci alternativi che hanno la stessa funzione. In alcuni casi, invece, viene instaurata una terapia anticoagulante. Essa rallenta la normale attività di coagulazione del sangue, impedendo la formazione di coaguli; è indicata soprattutto nei pazienti che hanno avuto un'embolia originata dal cuore, cioè l'ostruzione di un vaso da parte di un coagulo proveniente dal cuore. Almeno ogni 15-20 giorni bisogna controllare se la dose di farmaco è efficace, effettuando un prelievo di sangue e mantenendo il livello di scoagulazione entro certi limiti, per evitare il rischio di emorragie.

13) Alcuni aspetti comportamentali dopo l'ictus

Sport ed esercizio fisico



Se l'episodio cerebrale ha comportato solo lievi riduzioni delle abilità motorie, non vi sono particolari limitazioni nello svolgimento delle attività sportive, anzi la loro ripresa può essere di stimolo nel cercare di recuperare il proprio stile di vita.

Va tenuto comunque presente che l'esercizio fisico provoca un aumento della pressione e della funzione cardiaca, per cui prima di riprendere attività impegnative e intense, occorre sempre un parere medico specifico.

Guidare ed andare in aereo

Per quanto riguarda la guida dell'auto dopo un ictus, è consigliabile una visita preliminare presso la motorizzazione civile per valutare se le funzioni motorie, sensitive e visive sono integre e consentono di guidare un autoveicolo senza rischio aggiunto per sé e per gli altri.

In ogni caso è buona norma fare trascorrere un certo tempo, di solito almeno tre mesi, tra l'evento ictale, anche se di lieve entità, e la ripresa della guida.

Esiste comunque una commissione medica preposta a valutare le condizioni psicofisiche della persona, in grado di suggerire eventuali adattamenti e di comprendere se è idonea. In caso di parere negativo, chi continua a guidare e ha un incidente non ha copertura assicurativa ed è legalmente responsabile di eventuali danni arrecati ad altri.

Circa i voli aerei, le principali modifiche che avvengono in alta quota riguardano la pressione (che tende ad innalzarsi), la concentrazione dei globuli rossi nel sangue (anch'essa aumenta nei viaggi di lunga durata) e la stasi di sangue nelle vene de-

gli arti inferiori (sempre in viaggi lunghi).

Chi ha sofferto di un ictus, prima di intraprendere un viaggio aereo, dovrebbe quindi verificare la propria condizione cardiaca, pressoria, circolatoria e sentire il parere del medico.

Attività sessuale

Non vi sono controindicazioni alla ripresa dell'attività sessuale dopo un ictus. Va tenuto presente che spesso le mutate condizioni fisiche e la differente percezione del proprio corpo possono comportare una riduzione del desiderio sessuale, che può essere recuperato con fiducia e sensibilità.

Il partner deve essere a conoscenza e sapersi adeguare alle conseguenze dei deficit motori, sensoriali e di attenzione, alla diminuita resistenza fisica e alla modificazione dell'auto-stima e dell'immagine corporea del proprio familiare.

14) Cosa fare quando si viene dimessi dall'ospedale

I problemi e le normative socio-assistenziali riguardano prevalentemente le persone con ictus al momento della loro dimissione. Si può prospettare il rientro al proprio domicilio, che ovviamente è la soluzione maggiormente auspicabile, oppure il trasferimento in strutture riabilitative e/o assistenziali, a seconda del grado di deficit residuo e delle condizioni socio-economiche.

Prima di procedere ad una dimissione è necessario valutare le funzioni della persona, l'adeguatezza dell'ambiente in cui vive, le possibilità di aiuto che può ricevere in famiglia o le forme di assistenza necessarie.

La presenza di un danno all'integrità biologica della persona conferisce il diritto al riconoscimento di un'invalidità civile, che viene valutata da un'apposita commissione per l'accertamento degli stati di invalidità, cui si deve rivolgere domanda per ottenere una valutazione collegiale del grado di invalidità. Qualora l'invalidità sia totale (100%) e sussistano le condizioni di necessità di un accompagnatore perché la persona "non è in



grado di deambulare” o “non è in grado di svolgere gli atti della vita quotidiana”, la commissione può riconoscere il diritto ad un'indennità di accompagnamento.

Il rientro a domicilio

Se l'ictus non ha lasciato deficit particolarmente gravi, la persona potrà rientrare nella propria abitazione, riprendere le attività lavorative e le abitudini di vita precedenti.

All'inizio molti si sentono affaticati e possono avere difficoltà di concentrazione, per cui al momento di rientrare al lavoro deve essere valutata l'opzione di un rientro “part-time”.

In ogni caso, non essendo possibile generalizzare un tipo di condotta ideale, è bene che ognuno faccia costantemente riferimento sia al proprio medico curante, che è legalmente il responsabile dell'assistenza a domicilio, sia al medico che lo ha seguito durante la degenza ospedaliera, i quali dovranno consultarsi per programmare controlli periodici presso il neurologo e, qualora lo ritengano necessario, con gli altri specialisti del caso. Fra questi, quelli che comunemente vengono interpellati, sono il fisiatra, il cardiologo, il diabetologo, il geriatra, lo psichiatra e lo specialista in medicina interna.

Chi dovrà seguire un programma riabilitativo, con fisioterapisti e/o logopedisti o avrà necessità del supporto di personale infermieristico potrà organizzarsi sia al proprio domicilio sia negli ambulatori, come anche nelle strutture residenziali o in regime di “day hospital”. Nel caso di trattamenti riabilitativi in strutture esterne dovrà rivolgersi ai servizi territoriali preposti. Figure professionali che collaborano frequentemente in questa fase sono gli infermieri, gli assistenti sanitari, gli assistenti sociali e i dietologi.

Molto spesso il rientro a casa è subordinato ad alcuni accorgimenti e può dipendere dal tipo di soluzione abitativa: la presenza, ad esempio, di caratteristiche strutturali della casa quali scale interne e l'impossibilità a salirle, obbligano a compiere determinate modifiche oppure a svolgere altrove il programma riabilitativo.

Altrettanto determinante appare la presenza di una famiglia, supportata dai “caregiver” formali, che abbia la possibilità di

essere presente e disponibile ad occuparsi della persona che ne ha necessità.

Si può in ogni caso ricorrere anche ai consigli e all'esperienza sia del personale ospedaliero presso cui si è stati ricoverati sia dei servizi territoriali che saranno d'aiuto per una valutazione degli effettivi bisogni del malato, che potrà così essere facilitata nell'acquistare una maggiore autonomia.

Si potrà così accertare se occorrono degli ausili o adattamenti oppure se vi è necessità di presidi. Un altro aspetto connesso al rientro a domicilio è la possibilità di tornare a lavorare. Se le condizioni lo permettono, le persone colpite da ictus devono essere incoraggiate a tornare alle proprie occupazioni, essendo aspetto determinante della qualità della vita. I principali impedimenti alla reintegrazione lavorativa sono rappresentati da:

- mancanza di conoscenze sull'ictus da parte di pazienti, familiari, datori di lavoro, servizi sociali;
- barriere architettoniche presenti sul posto di lavoro;
- mancanza di appropriate strutture di riabilitazione professionale;
- presenza di sfiducia e depressione nei pazienti e/o nei familiari.

Altre possibili soluzioni

Se il rientro a casa non è possibile per la gravità degli esiti, il malato può essere trasferito nei reparti ospedalieri a carattere riabilitativo.

Esistono anche istituti o fondazioni non ospedaliere, con le stesse finalità di riabilitazione, il cui accesso è subordinato alle condizioni generali stabilizzate, alla presunta assenza di complicazioni e ad un prevedibile giovamento del trattamento intensivo di soggetti in età non troppo avanzata.

In alcuni casi purtroppo, quando le persone hanno avuto un ictus molto grave, vivono in una casa inadatta o sono sole, l'unica possibilità che rimane è quella di trasferirle in una struttura di lungodegenza dove possano ricevere l'assistenza di cui hanno bisogno.

Questo tipo di problematica colpisce particolarmente i soggetti molto anziani, che spesso vivono soli o non hanno la possi-



bilità di essere supportati. Mentre nel primo caso spesso è l'ospedale stesso che provvede alla possibilità di segnalazione e trasferimento in un istituto riabilitativo, in quest'ultimo caso la segnalazione deve essere fatta attraverso l'attivazione dei servizi sociali territoriali, il medico di famiglia e gli operatori specialisti. Altre soluzioni intermedie sono rappresentate da:

- Assistenza Domiciliare Integrata che, agendo sul territorio, mette a disposizione gli operatori sanitari che provvedono, al domicilio, all'assistenza alla persona colpita da ictus per particolari mansioni;
- Centri Diurni che permettono durante le ore del giorno un'assistenza a persone parzialmente autonome che richiedono, però, una sorveglianza o eventualmente delle occupazioni al fine di migliorare la qualità di vita delle stesse.

15) Consigli pratici per l'assistenza alla persona colpita da ictus

Una persona è indipendente quando riesce a compiere le attività di vita quotidiana che comprendono il potersi muovere, ad esempio da una sedia al letto o dentro e fuori dalla vasca da bagno, e la cura personale, come vestirsi, lavarsi, alimentarsi, utilizzare i servizi igienici.

Esistono in commercio moltissime attrezzature, ausili e protesi, in grado di aiutare chi ha un impedimento nelle proprie abilità funzionali e nello stesso tempo incoraggiarlo a riacquistare la maggiore indipendenza in modo graduale. Questi adattamenti dovrebbero essere utilizzati solo se gli altri metodi di recupero non si sono rivelati efficaci.

Ausili

La fornitura di questi prodotti necessita di:

- domanda di invalidità;
- invalidità accertata.

Tali documenti possono essere reperiti presso i Servizi Sociali territoriali, i Distretti Sanitari o consultando il proprio medico di famiglia. In alcuni casi, prima della dimissione, il personale

ospedaliero compila già i moduli affinché possano essere consegnati al Distretto Sanitario locale. La fornitura avverrà successivamente nella stessa sede o al proprio domicilio. Per la prima fornitura è necessaria la valutazione e la prescrizione specialistica da parte di un neurologo, un fisiatra, un geriatra o un urologo.

Alla scadenza del tempo minimo, il rinnovo della fornitura è comunque subordinato alla verifica di idoneità e convenienza alla sostituzione e/o riparazione.

Ausili per l'alimentazione

Maniglie sugli utensili per presa debole o incompleta;
coltelli a dondolo per tagliare con una sola mano;
tappetini antiscivolo per stabilizzare piatti e bicchieri;
piatti con bordo o sotto piatti per raccogliere il cibo caduto;
tazze che mantengono il liquido a filo, per problemi di deglutizione.

Ausili per toilette e cura personale

Spugne con manico lungo per raggiungere ogni punto del corpo;
asciugamani e spugne con manopola per difficoltà di presa;
rasoi elettrici con testine adattate, a 90° dall'impugnatura;
spruzzatore della doccia impugnabile;
tappetini antiscivolo per prevenire le cadute;
maniglie nella vasca da bagno e nella doccia.

Ausili per i servizi igienici

Sedia comoda vicino al letto, traverse per il letto, pappagallo, padella;
sedile del water elevato;
maniglie vicino al water.

Ausili per vasca e doccia

Sedili da collocare sotto la doccia o nella vasca;
carrozzella utilizzabile anche per fare la doccia;
sollevatori idraulici per la vasca da bagno.

Ausili per vestirsi

Chiusure con velcro;
calzature elasticizzate;
calzascarpe a manico lungo.



Ausili per camminare

Bastone a t, regolabile in altezza;
tripode o quadripode;
girello di modelli diversi (con ascellari , articolati, 2 puntali + 2 ruote);
tutori per ginocchio, per caviglia.

Sedie a rotelle e cuscini

Sedie a rotelle (con comoda + ruote per interni, con comoda + ruote per esterni, pieghevoli con/senza autospinta) su misura del paziente;
cuscini per sedie a rotelle per prevenire decubiti.

Ausili per gli spostamenti

Sollevatori elettrici o idraulici che possono essere fissi o mobili;
cintura ergonomica;
ascensori idraulici o montascale;
sedie o cuscini a catapulta per pazienti con difficoltà ad alzarsi e a sedersi.

Ausili ricreativi

Distributore automatico di carte da gioco;
porta carte da gioco;
carte da gioco ingrandite;
libri su audio-cassette;
ausili per nuotare;
ausili per pescare (briglie, reggicanna);
Attrezzi da giardinaggio con maniglie.

Altri ausili di uso frequente

Sacchetti raccolta urine;
sacchetti per stomie;
pannoloni;
traverse monouso;
materiale per medicazione avanzate;
cateteri vescicali interni ed esterni;
cateteri monouso.

Protesi

Letto ortopedico;
materassino/cuscino antidecubito;
poltrone comoda;

carrozzine pieghevoli;
deambulatori (girelli);
sollevatori;
spondine per il letto.

Pulizia ed igiene

Come pulire la persona allettata?

Poiché la pelle serve al corpo umano per fornire protezione agli organi interni da eventuali germi e al contempo per liberare scorie e tossine attraverso il sudore, oltre che permettere la sensibilità, il mantenimento della sua igiene è fondamentale. I principali obiettivi da perseguire sono la pulizia e l'asciuttezza della pelle al fine di evitare soprattutto arrossamenti, infezioni e lesioni da pressione. Nel caso della persona allettata, per la quale può essere necessario l'intervento di più operatori, occorre:

- preparare l'occorrente per l'igiene: sapone neutro, catino con acqua tiepida, spugne (da sostituire a seconda della parte da pulire), asciugamani;
- scoprire la persona fino alla cintola e procedere alla pulizia, facendo attenzione alle regioni ascellare, sottomammaria e ombelicale;
- lavare, insaponando le parti, e quindi sciacquare;
- mettere sul fianco la persona e procedere alla pulizia del dorso e della regione dorso-lombare;
- scoprire completamente la persona;
- procedere alla pulizia delle gambe;





- procedere all'igiene intima, facendo ruotare la persona, per permettere un'adeguata pulizia anche della regione posteriore;
- asciugare per intero la persona, evitando eccessivi strofinamenti;
- sostituire le lenzuola.

Come pulire la persona in carrozzina o con ridotta motilità?

Se la persona ha un deficit intermedio, che però non le permette una stazione eretta o è estremamente difficoltoso lo spostamento, si può procedere secondo lo schema precedente.

Se invece è possibile lo spostamento, portare la persona ai servizi e procedere a seconda delle sue capacità funzionali residue, cercando di stimolarla a procedere da sola.

Per l'igiene del capo:



- in piedi o seduto davanti al lavandino può procedere alla pulizia del viso utilizzando l'arto sano, mantenendo il braccio paralizzato sul bordo del lavandino;
- sempre nella stessa posizione può lavare i denti, appoggiando lo spazzolino sul lavandino se impossibilitato a mantenerlo in mano e successivamente strofinarsi i denti usando l'arto sano;
- nella medesima posizione e davanti allo specchio può procedere alla rasatura e/o pettinatura usando l'arto sano e mantenendo quello paralizzato sempre sul bordo del lavandino.



Per la doccia (usare sistemi non fissi, ma con manico impugnabile):

- sedersi allo sgabello;
- impugnare la doccia e lavarsi;
- asciugarsi dapprima dal lato colpito e quindi da quello sano e, per la schiena, passare l'asciugamano sulla spalla dell'arto paralizzato e farselo passare dietro.

Per il bagno (l'autonomia deve essere maggiore):

- aiutata, la persona inizia ad entrare con l'arto sano, mantenendo il braccio sano sul bordo della vasca, mentre chi dà assistenza sorregge a livello del bacino;





- spostata la mano sana sul bordo opposto, chi aiuta solleva l'arto paralizzato e lo pone all'interno della vasca;
- lavarsi, utilizzando anche spugne con impugnatura lunga, soprattutto per la schiena;
- al termine, la persona si mette a gattoni, quindi, appoggiandosi al bordo con la mano sana, si pone in piedi iniziando dall'arto sano e quindi esce dalla vasca usando il metodo di entrata.

Come vestire e far vestire la persona?



Per le persone allettate è meglio usare capi di cotone ed allacciati anteriormente. Vestendole, bisogna iniziare prima dall'arto paralizzato e poi da quello sano. Per togliere gli indumenti procedere in senso inverso.

Per la persona parzialmente autonoma, i vestiti da indossare dovrebbero essere comodi e confortevoli, privi di cerniere e con polsini o estremità elastici. Essi devono essere disposti dal lato paralizzato.

Per indossare pantaloni e biancheria intima far eseguire i seguenti passaggi:



- far sedere la persona (o già seduta);
- accavallare l'arto paralizzato su quello sano;
- infilare il gambale sulla gamba paralizzata;
- appoggiare a terra l'arto paralizzato;
- infilare il gambale nell'arto sano;
- far alzare la persona, tirando l'indumento alla vita.

Per magliette o maglioni procedere come segue:



- appoggiare in grembo l'indumento, prendendolo con la mano sana;
- piegandosi in avanti, infilare la manica nell'arto paralizzato fino alla spalla;
- infilare la mano sana nella manica;
- prendere il dorso dell'indumento, tirandolo, e facendo passare il capo nel collo;
- abbassare l'indumento.

Per i calzini, in posizione seduta:

- far accavallare la gamba paralizzata;
- infilare con la mano sana il calzino nel piede.

Per le scarpe, si deve procedere come per i calzini. Meglio usare scarpe comode, con suola in gomma e con allacciatura a strappo.

Per svestirsi, la persona dovrà eseguire gli stessi movimenti, iniziando, però, dal lato sano.

Alimentazione e idratazione



Come preparare la persona per i pasti?

Ovviamente tutto dipende dal grado di disabilità della persona, che, in ogni caso, andrebbe posizionata il più naturalmente possibile e cioè seduta, sia che sia allettata sia che sia in carrozzina. Tale posizione permette, infatti, al cibo o alla nutrizione artificiale di seguire più facilmente la via naturale e riduce il rischio di complicanze gravi come il rigurgito o il passaggio nelle vie aeree.

Per la persona seduta a tavola, il braccio paralizzato deve essere posto sul piano e in avanti. Le posate devono essere distribuite

uniformemente sulla tavola, così come il cibo. In caso di difficoltà nella percezione totale dello spazio, il familiare deve stimolare la persona ad esplorare tutto il tavolo, preferendo inizialmente il posizionamento delle cose dalla parte maggiormente riconosciuta. È possibile inoltre apportare modifiche alle posate e al bicchiere per migliorare la presa, in caso di qualche movimento alla mano colpita dal disturbo.

Quali alimenti scegliere?

Se la persona è incapace completamente di deglutire ed alimentarsi, è necessario procedere alla somministrazione di preparati artificiali, sotto controllo medico, che permettono una completa assunzione degli elementi nutrizionali. Soprattutto in questo caso sarebbero utili dei controlli ematici periodici per la valutazione dello stato di nutrizione della persona. In caso di disfagia per i liquidi, i cibi da scegliere devono avere consistenza omogenea e semisolida, chiedendo alla persona di trattenere il respiro prima della deglutizione e di concluderla con un colpo di tosse per facilitare i meccanismi di difesa delle vie aeree.



Per le persone senza tali difficoltà, la scelta del cibo dovrà seguire le regole già espresse nel paragrafo sulla prevenzione.

In generale, una buona alimentazione deve essere in grado di soddisfare le necessità nutritive della persona sia dal punto di vista della qualità che della quantità di nutrienti e contemporaneamente contenere una giusta proporzione di carboidrati, lipidi, proteine, sali minerali e vitamine.

I cibi da evitare o quantomeno da consumare con moderazione, poiché hanno il più alto contenuto di colesterolo, sono le uova, il lardo, lo strutto, la panna, il burro, alcuni tipi di formaggio, gli insaccati in genere. Bisogna preferire carni bianche quali pollo, tacchino, coniglio; le carni rosse devono essere magre e private del grasso visibile. Nella dieta bisogna inserire, almeno due volte la settimana, pesce come tonno, salmone, merluzzo, sogliole, orate, branzini, dentici, spigole, pesce azzurro ecc.; cereali, legumi, verdura, frutta in abbondanza. Si consigliano alimenti cotti al forno o lessi, evitando i fritti. Se si è ipertesi, importante è limitare l'uso del sale da cucina o sostituirlo con il cloruro di potassio. Se si è diabetici, occorre seguire una dieta specifica. Per il condimento, oltre agli oli vegetali (soprattutto quello di oliva, ma anche di mais, girasole, arachidi, soia), si possono utilizzare, per insaporire, anche il limone e le erbe aromatiche (alloro, basilico, capperi, maggiorana, menta, origano, prezzemolo, rosmarino, salvia, timo).

Quanto idratare il paziente?

Oltre all'alimentazione è fondamentale anche l'apporto di liquidi. Se non ci sono problemi di deglutizione o altre controindicazioni mediche, è necessario che la persona assuma circa 1,5 litro di acqua al giorno. Ovviamente l'apporto di liquidi può avvenire anche attraverso altre bevande quali succhi di frutta o tè. Nel caso in cui, invece, possano esserci saltuari episodi di disfagia, è possibile aggiungere sostanze adden-



santi, che non alterano né il sapore né il colore, a liquidi come ad esempio acqua, brodo, tè o caffè, di cui, tuttavia, è meglio limitare l'assunzione.

Come gestire la nutrizione entrale?

Come già citato in precedenza, in alcuni casi la nutrizione e l'idratazione non sono possibili. Per tale motivo vengono utilizzati dei presidi come il sondino naso-gastrico o la PEG. In questo caso la nutrizione artificiale o l'eventuale cibo frullato possono essere somministrati attraverso grosse siringhe (a boli) o con l'uso di pompe che permettono un controllo della velocità dell'inserimento. È importante che alla fine della somministrazione, il tubo venga accuratamente lavato immettendo dell'acqua con la siringa. Mentre la PEG è un dispositivo a permanenza, anche se può essere eventualmente tolto, il sondino dovrebbe essere sostituito ogni 3 settimane circa per evitare piccole ulcere a livello del naso. Il controllo di questi dispositivi deve essere fatto localmente, per valutare eventuali arrossamenti od odori fastidiosi: a livello del naso per il sondino e a livello dell'addome per la PEG.

Come e quando dare la terapia?

Non ci sono importanti indicazioni temporali per la somministrazione della terapia. Per quanto riguarda i farmaci antiaggreganti, questi andrebbero presi a stomaco pieno. Un discorso a sé è rappresentato da quelli anticoagulanti. Essi, infatti, prevedono delle restrizioni dietetiche, dovendo evitare l'introduzione di eccessive quantità di vitamina K, presente ad esempio nelle verdure di colore verde o a foglia larga.

Cosa evitare?

- Far mangiare o bere il malato quando è sdraiato o è seduto su un fianco;
- avere fretta;
- riempire troppo il bicchiere o il cucchiaino;
- tagliare il cibo in bocconi troppo grossi.

Eliminazione urinaria ed intestinale

Affinché la qualità di vita della persona colpita da ictus sia ottimale, dovrebbe sussistere una certa regolarità nell'eliminazione urinaria ed intestinale. Questo non può prescindere da

quanto appena detto, e cioè, se possibile, da una sana alimentazione, un adeguato apporto di liquidi ed una corretta mobilizzazione. Se dovessero sussistere problematiche di stitichezza, dopo consulto medico, sarà bene instaurare trattamento con dei lassativi. Ovviamente il discorso è dipendente dalle possibilità della persona a percepire lo stimolo. Se questo viene a mancare o è allettata, bisognerà utilizzare dei presidi adeguati.

Come posizionare la persona?

In caso di allettamento procedere come segue:

- far sollevare o eventualmente aiutare a sollevare il bacino;
- posizionare la padella sotto il bacino;
- al termine detergere accuratamente la zona intima.



In caso di parziale autonomia, accompagnare la persona ai servizi oppure utilizzare la carrozzina con comoda.

È necessario in ogni caso, comunque, rispettare la privacy della persona, permettendole di eliminare i propri bisogni in relativa calma, in un ambiente tranquillo e il più possibile isolato.

Quali presidi usare?

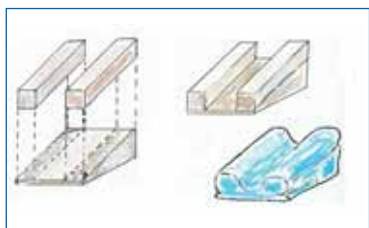
Oltre alla comoda, poiché l'incontinenza urinaria è più frequente, sarà possibile usare per la donna il pannolone, mentre per l'uomo il dispositivo a condom. Le diverse taglie dei pannoloni consentono un agio maggiore, tuttavia devono essere controllati frequentemente, soprattutto per evitare arrossamenti e/o infezioni locali. Il secondo dispositivo assomiglia ad un preservativo cui è attaccata una cannucchia per la raccolta delle urine ed è consigliabile il suo utilizzo solo la notte. In casi più gravi o in particolari situazioni, la persona può aver necessità di un catetere vescicale.



In questa situazione si deve porre grande attenzione all'igiene intima che deve essere effettuata almeno due volte al giorno; il sacchetto delle urine va posizionato a caduta, con possibilità di svuotamento ogni 24 ore. Questo presidio dovrebbe essere sostituito ogni 3 settimane da personale addetto.

Movimento

Persona allettata o con minime capacità di movimento autonomo

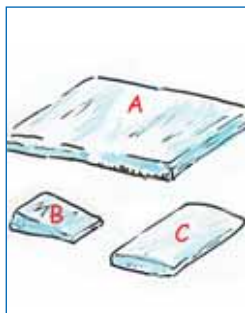


Di quali ausili necessita?

In questo caso la persona passerà la maggior parte del tempo a letto o in carrozzina. Per tale motivo, al fine di evitare e prevenire danni quali le piaghe da decubito, le limitazioni muscolo-tendinee ed articolari e i problemi respiratori e vescicali, è necessario provvedere ad un corretto posizionamento ed alla

mobilizzazione periodica della persona. In tal senso è utile l'uso di ausili quali:

- materassi antidecubito (ad acqua, ad aria compressa,...);
- cuscini antidecubito;
- sacchetti di sabbia di varie dimensioni;
- archetto, per evitare il peso delle coperte;
- cuscini di forme particolari, come ad es. a cuneo;
- sponde per il letto.



Come posizionare la persona?

Posizione supina: è quella meno indicata perché favorisce lo sviluppo di piaghe da decubito:

- capo sostenuto da cuscino;
- cuscino sotto il braccio paralizzato per mantenerlo lievemente rialzato e con mano aperta;
- cuscino o piccolo lenzuolo sotto il bacino ed il tallone del piede paralizzato;
- cuscino morbido o piccolo lenzuolo piegato sotto la pianta del piede paralizzato, contro la pediera del letto.



Posizione lato plegico:

- braccio paralizzato spostato in avanti con gomito e palmo della mano distesi;
- arto inferiore paralizzato allungato, mentre quello sano è flesso e sostenuto da cuscino.



Posizione lato sano:

- braccio paralizzato sostenuto da cuscino, mentre la gamba è flessa ed appoggiata anch'essa sul cuscino;
- arto inferiore sano disteso.

Sulla carrozzina, di cui si deve tener conto della adeguata misura in lunghezza e larghezza del sedile:

- braccio superiore appoggiato, in flessione, ad una superficie (tavolo, cuscino,...);
- tronco a 90° rispetto al bacino, ben appoggiato al piano della carrozzina.



Come muovere la persona?

Verso la testata del letto:

- far flettere le gambe, appoggiando la pianta dei piedi e sostenendolo dal lato paralizzato;
- far afferrare la testiera del letto con la mano sana;
- farla tirare verso la testiera.

Se non collaborante, utilizzare il salvacoperta agli angoli stando attenti agli arti paralizzati.

Nel letto:

- piegare gamba paralizzata;
- spostare lateralmente il bacino dal lato paralizzato con aiuto;

- tenendosi il braccio paralizzato, aiutare a spostarsi lateralmente nel letto tenendo una mano sotto la scapola dal lato paralizzato ed una sotto la testa.

Da supino alla posizione sul fianco:

- come lo spostamento nel letto, ma completato da rotazione del tronco e del bacino.

Come trasferire la persona dal letto alla carrozzina?

Da supino a seduto nel letto:

- rotazione su lato sano;
- far mettere le gambe fuori dal letto, aiutando quella paralizzata;
- far sollevare il tronco, appoggiandosi sul lato sano.



Dal letto in carrozzina:

- avvicinare la carrozzina al letto dal lato sano della persona;
- portare la persona sul bordo del letto finché tocca con i piedi per terra;
- ponendosi di fronte alla persona e fissando con le ginocchia la sua gamba paralizzata, far ruotare la persona, facendosi aiutare con l'appoggio della sua mano sana al bracciolo della carrozzina e quindi far sedere.



Persona con parziale autonomia

Quali presidi usare?

- Tripode: sempre meno usato perché ingombrante;
- bastone da passeggio: più facile da usare, è consigliato per fornire maggiore sicurezza anche a soggetti con disabilità lieve. Meglio se regolabile, in modo da arrivare all'incirca a livello dell'anca, e dotato di un gommino antiscivolo;
- reggibraccio: permette di mantenere il braccio paralizzato in posizione flessa ed evita alla spalla tutto il peso dell'arto;
- tutore per le dita della mano: evita la tendenza delle dita della mano paralizzata a chiudersi a pugno.

Come far camminare la persona?

- Porsi di fianco alla persona dalla parte del lato paralizzato;
- appoggiare la mano sotto l'ascella del lato paralizzato;
- far impugnare il bastone dal lato sano;
- far eseguire passi brevi, trasferendo il carico sul lato paralizzato.



Cosa evitare?

- Tirare il braccio paralizzato;
- prendere il braccio paralizzato da sotto l'ascella per spostare la persona a letto;
- spostare bruscamente il braccio o la gamba malati;
- stringere la mano colpita con forza;
- dare alla persona palline da stringere con la mano malata;
- utilizzare pantofole aperte;
- inserire con forza il piede colpito nella scarpa senza sostenergli la caviglia.

Riposo ed ambiente sicuro

Terapia con antiaggreganti



Come favorire un sonno riposato?

Alcuni pratici consigli permettono di far mantenere un ritmo sonno/veglia il più naturale possibile, soprattutto se la persona colpita è limitata nei

movimenti e quindi costretta soprattutto a letto o in carrozzina:

- evitare cibi e quantità di alimenti eccessive alla cena;
- durante il giorno mantenere ben areato e soleggiato il locale nel quale si trova la persona;
- stimolare la persona durante il giorno attraverso discorsi o attività;
- mantenere la persona il più possibile fuori dal letto, seduta in carrozzina se le condizioni lo consentono.

Come assicurare un ambiente sicuro per la persona colpita da ictus?

A seconda del grado di disabilità della persona, al fine di ridurre possibili complicanze quali cadute accidentali, trasmissione di infezioni o altre, è importante apportare modifiche all'ambiente. In particolare valgono alcune indicazioni:

- togliere i tappeti;



- inserire corrimani lungo i corridoi;
- posizionare piccole rampe in presenza di uno o due scalini;
- installare ausili nei bagni, come seggiolini per la doccia; maniglioni nella vasca, nella doccia o in prossimità dei servizi igienici;
- rubinetti ad apertura semplice, meglio se con miscelatore;
- campanelli d'allarme ai servizi o in camera;
- maniglie dei mobili e degli utensili facili da impugnare;
- armadi e cassette di facile apertura;
- staffa per aiutare ad alzarsi dal letto;
- letto di altezza adeguata (all'incirca poco sopra il livello delle ginocchia);
- spazi non eccessivamente ristretti in camera da letto.

Comunicazione

La possibilità di parlare e di comprendere permette l'interazione della persona con il mondo e gli altri soggetti circostanti. Il venir meno di una delle due proprietà o di entrambe limita notevolmente le capacità della persona, comportando un più facile isolamento della stessa. Tuttavia, va fatto notare che nella persona con questi disturbi sia l'intelligenza che la capacità a provare emozioni e sentimenti vengono preservate. Come più sopra accennato, esistono due grosse forme di afasia: quella di espressione, con incapacità a proferire parola o con parole inceppate o senza senso (afasia anteriore o verbale) e quella di comprensione (afasia posteriore). Se si verificano in concomitanza si parla di afasia globale. Spesso la persona con questi disturbi prosegue il trattamento riabilitativo con il logopedista. Mai come in questo caso è importante il ruolo dei familiari o di chi si prende cura della persona colpita da ictus, poiché la collaborazione con il terapeuta deve essere stretta e prevedere da una parte l'informazione del miglior atteggiamento da tenere nei confronti del soggetto con difficoltà e dall'altra la comunicazione dei cambiamenti o dei miglioramenti avvenuti.

Come comunicare con la persona con disturbi di linguaggio e/o comprensione?

Gli atteggiamenti da mantenere sono ovviamente dipendenti

dal tipo di afasia e dalla sua gravità. Possono essere forniti, tuttavia, alcuni suggerimenti generali:

- porsi di fronte alla persona e guardarla attentamente in viso;
- creare un ambiente calmo e tranquillo, privo di distrazioni come rumori o sottofondi musicali;
- parlarle lentamente, facendo delle pause per permettere una più facile comprensione;
- riformulare la domanda in altro modo per essere certi che la persona abbia capito;
- formulare domande che prevedano una risposta dicotomica (tipo SI/NO);
- avvertire, durante una conversazione, del cambiamento di discorso per permettere un migliore orientamento;
- nel colloquio con più soggetti, evitare di far parlare contemporaneamente gli stessi, affinché la persona possa comprendere al meglio e non essere distratta da altri discorsi;
- utilizzare la mimica se la persona ha grosse difficoltà di comprensione;
- lasciare il tempo necessario per la risposta;
- informare i soggetti che vengono in contatto con la persona con difficoltà dei suoi problemi di comunicazione e quali atteggiamenti è meglio tenere.

Cosa evitare?

- Frasi eccessivamente lunghe;
- domande che prevedano risposte articolate;
- utilizzare il linguaggio dei gesti;
- eccessivo affaticamento o propensione ad ansia;
- sostituirsi alla persona nelle risposte che dovrebbe dare o terminare il discorso che sta facendo;
- parlare troppo velocemente o sillabando eccessivamente;
- interrompere quando la persona cerca di esprimersi;
- evitare di correggere la persona durante il suo tentativo di discorso;
- pretendere che la persona comprenda immediatamente il messaggio trasmesso;
- alzare il tono di voce.



16) Glossario

- Afasia**
- Riduzione o perdita della capacità di comunicare oralmente, per iscritto o tramite segni in persone che, pur sapendo cosa vogliono dire, non riescono a pronunciare la parola o ne dicono una sbagliata. Analogamente possono avere problemi simili con la comprensione e con la capacità di usare il linguaggio scritto.
- Antidepressivi**
- Arteria**
- Farmaci che vengono prescritti a chi soffre di depressione dell'umore.
 - Vaso sanguigno che porta il sangue ricco di ossigeno dal cuore ai vari organi; le vene sono vasi sanguigni che compiono il percorso inverso, trasportando il sangue dagli organi al cuore.
- Assistenza sociale**
- Gli assistenti sociali fanno parte del gruppo di riabilitazione, con il compito specifico di rapportarsi con il malato e con chi gli è vicino, per valutare le risorse sociali e familiari disponibili, ottenere gli aiuti sociali che occorrono e facilitare le dimissioni, nonché fornire consigli e informazioni in genere.
- Aterosclerosi**
- Formazione di placche, composte di cellule e grasso all'interno delle arterie. Le placche riducono il calibro del vaso e facilitano la formazione di trombi.
- Attacco ischemico transitorio**
- Vedi TIA.
- Ausili**
- Attrezzature da indossare o da utilizzare per semplificare le azioni quotidiane quando una funzione è stata persa o risulta difficoltosa.
- Autosufficienza**
- Sono autosufficienti coloro che sono in grado di provvedere a sé stessi svolgendo le normali attività quotidiane.
- Cardiovascolare**
- Caregiver**
- Che riguarda il cuore e i vasi sanguigni.
 - È la persona che fornisce un supporto diretto a chi è disabile, generalmente nel proprio domicilio.
- Catetere urinario o vescicale**
- Sottile tubicino di gomma che, inserito nella vescica, la collega ad un sacchetto in cui viene raccolta l'urina.
- Centro Ictus**
- Reparto ospedaliero, organizzato e gestito appositamente per il trattamento dei malati con "stroke" o ictus, le cui caratteristiche sono di essere dotato di un sistema di monitoraggio per la rilevazione sistematica e continua delle condizioni dei ricoverati (pressione arteriosa, frequenza cardiaca ecc.), di avere personale dedicato altamente qualificato, di poter disporre prontamente di apporti specialistici multidisciplinari (consulenza cardiologica, fisiatrica, diabetologica ecc.), di poter accedere facilmente a mezzi diagnostici (TC, RM, Ecodoppler, laboratorio per gli esami ematochimici).
- Colesterolo**
- Sostanza grassa che circola nel sangue. È prodotta per i 2/3 dall'organismo e per 1/3 è assunta con il cibo.

- Deambulazione**
- Deficit**
 - È l'atto di camminare.
 - È la perdita delle proprie abilità e, in caso di ictus, delle funzioni neurologiche.
- Demenza**
 - Patologia mentale caratterizzata da deficit delle funzioni superiori (intelligenza, pensiero, attenzione, memoria) e spesso da disturbi del comportamento. Esempi sono la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare.
- Depressione**
 - Patologia caratterizzata da uno stato di tristezza, scoraggiamento e riduzione dell'autostima.
- Deterioramento**
- Diagnosi**
- Dietologia**
 - Perdita o riduzione delle preesistenti capacità psicologiche o fisiche.
 - Determina l'esatta natura di una patologia specifica.
 - I dietologi valutano lo stato nutrizionale dell'individuo, fornendo un'adeguata terapia dietetica e, quando occorre, un'integrazione nutrizionale mirata.
- Diplopia**
- Disartria**
 - Visione doppia degli oggetti.
 - Difficoltà nell'articolare correttamente il linguaggio, con pronuncia difettosa.
- Disfagia**
 - Disturbo nella deglutizione che può insorgere come conseguenza di malattie dell'apparato digerente o del sistema nervoso come l'ictus.
- Dislessia**
 - Indica chi vede le lettere che compongono le parole, ma non riesce a coglierne il senso. Lo stesso disturbo può riguardare anche la scrittura (Disgrafia).
- Eco Doppler dei tronchi sovraaortici (TSA)**
 - Esame che, utilizzando gli ultrasuoni, consente di osservare le arterie del collo (carotidi e vertebrali) ed intracraniche (Doppler Transcranico). L'indagine evidenzia la morfologia e le caratteristiche sia della parete arteriosa, in tutto il suo spessore, sia il rapporto dei vasi sanguigni con i tessuti circostanti, sia la velocità del flusso sanguigno all'interno dei vasi. È possibile così valutare eventuali restringimenti delle arterie.
- Emianopsia**
 - Deficit visivo o cecità della metà destra o sinistra del campo visivo in entrambi gli occhi.
- Emiparesi**
 - Deficit non completo della forza muscolare ad entrambi gli arti di un lato del corpo.
- Emiplegia**
 - Paralisi completa di un lato del corpo, che preclude ogni possibilità di compiere movimenti volontari.
- Emorragia**
- Emorragia cerebrale o ictus emorragico**
 - Perdita di sangue conseguente ad una rottura di un vaso.
 - Ictus causato dalla rottura di un vaso arterioso nel cervello, con conseguente fuoriuscita di sangue; vedi anche Ictus.
- Fattore di rischio**
- Fibrillazione atriale**
 - Condizione che favorisce il verificarsi di una malattia.
 - Patologia che determina una contrazione irregolare del cuore, causata da un'alterazione organica o funzionale del muscolo cardiaco.



Fibrinolisi

Fisiatra

Fisioterapista

- Vedi Trombolisi.
- Medico specializzato in terapia fisica e riabilitazione.
- I fisioterapisti sono professionisti in possesso di diploma di laurea, che lavorano in collaborazione con il medico, elaborando un programma riabilitativo finalizzato all'individuazione di problemi motori (diminuzione della forza e della sensibilità; difficoltà connesse alla deambulazione e al controllo del movimento...) e cognitivi (che riguardano l'attenzione, la memoria e la percezione) per aiutare le persone invalide a recuperare le attività della vita quotidiana che sono state compromesse.

Geriatra

Ictus

- Medico specializzato nel trattamento dell'anziano.
- È una patologia acuta neurologica di origine vascolare, cioè dovuta ad un disordine nella circolazione sanguigna, causata da un'emorragia cerebrale o dall'occlusione di un vaso encefalico. Presenta sintomi e segni che mostrano il coinvolgimento di un'area del cervello oppure la comparsa improvvisa di un deficit neurologico che persiste per almeno 24 ore.

Ictus ischemico

- È causato da un insufficiente apporto di sangue, e conseguentemente di ossigeno e zuccheri, ad una zona del cervello più o meno estesa, che determina la necrosi (o morte) del tessuto cerebrale.

Incontinenza

Indipendenza

- Perdita del controllo degli sfinteri.
- Capacità di compiere le normali attività della vita senza l'aiuto o la supervisione di altri.

Infarto

- Morte della parte di un organo causata da mancanza di ossigeno e nutrienti.

Ipertensione arteriosa

Lesione o piaga da decubito

- Aumento della pressione arteriosa oltre i valori di 140 (pressione sistolica) e 85 (pressione diastolica) mmHg.
- È un'ulcerazione della cute provocata da pressione prolungata nella medesima zona, in persone costrette a letto o in carrozzina, con ridotta capacità di movimento.

Logopedista

- I logopedisti sono figure professionali che si occupano della valutazione e riabilitazione di chi ha disturbi del linguaggio e della voce e, in generale, problemi di comunicazione e deglutizione (persone afasiche, disartriche, disfagiche).

Mobilità

Mobilizzazione

- Capacità di muoversi liberamente.
- È l'insieme degli atti volti ad aiutare il malato a muoversi nel letto, a stare seduto, ad alzarsi e, quando è possibile, a camminare.

Neurologo

- Medico specializzato nella diagnosi e nel trattamento delle patologie del sistema nervoso.

Neuropsicologo

- Medico specializzato nella valutazione e nel trattamento della patologia cognitiva, psicologica e comportamentale conseguente ad un danno cerebrale.

**P.E.G.
(Gastrostomia
Endoscopica
Percutanea)
Psicologo**

Psicoterapia

Riabilitazione

**RM
(Risonanza
Magnetica)
S.N.G.
(Sondino Naso
Gastrico)
Spasticità**

Stroke

**Stroke Unit
TAC
(Tomografia
Assiale
Computerizzata)
Cerebrale o TC
T.I.A.
(Transient Ischemic
Attack o Attacco
Ischemico
Transitorio)
Trombolisi**

Vene

Vertigini

- Tecnica di alimentazione che, mediante una sonda posizionata nello stomaco attraverso la cute dell'addome, consente al cibo, in forma liquida o semi liquida, di arrivare direttamente nello stomaco.
- Figura professionale che valuta le condizioni mentali, cognitive ed emotive delle persone, collaborando con il gruppo di riabilitazione per stabilire i trattamenti idonei e spesso eseguendoli.
- Intervento psicologico continuativo consistente in colloqui con frequenza variabile.
- Attività che ha lo scopo di far recuperare autosufficienza ed autonomia alla persona che presenta disturbi del movimento o delle capacità cognitive, tenendo conto delle ripercussioni psicologiche sia sull'individuo che sull'ambiente che lo circonda
- Tecnica che utilizza campi magnetici per fornire immagini molto dettagliate dell'organismo.
- Tecnica di nutrizione che utilizza una sonda la quale, attraverso il naso, permette al cibo, in forma liquida o semi liquida, di giungere direttamente nello stomaco.
- Condizione di iperattività muscolare che determina accorciamenti e contratture dei muscoli colpiti.
- Parola inglese che si può tradurre con il corrispettivo italiano "colpo" o ictus, termine che esprime appropriatamente l'idea di evento improvviso, inatteso.
- Vedi Centro Ictus.
- Indagine radiologica, ricostruita dal computer, che permette di ottenere immagini del cervello come è in quell'istante, consentendo di distinguere un ictus da altre patologie, di differenziare un ictus ischemico da uno emorragico, di stabilire la sede e l'estensione della lesione.
- Rapida ed improvvisa insorgenza di un deficit neurologico che regredisce spontaneamente in pochi minuti o in poche ore e comunque entro le 24 ore.
- Trattamento farmacologico per l'ictus ischemico in grado di sciogliere il trombo e migliorare la prognosi.
- Vasi sanguigni che portano il sangue povero di ossigeno e ricco di scorie dagli organi periferici al cuore.
- Sensazioni in seguito alle quali la persona colpita sente ruotare sé stessa o l'ambiente in cui si trova. Può essere sintomo sia di TIA che di ictus, ma anche un problema dell'equilibrio o dell'orecchio.



17) Indirizzi Internet utili

Società Italiana di Neurologia (SIN) - www.neuro.it

Società dei Neurologi, Neurochirurghi,
Neuroradiologi Ospedalieri (SNO) - www.snoitalia.it

Linee Guida Nazionali Italiane (SPREAD) - www.spread.it

Associazione Italiana Fisioterapisti (A.I.F.I.) - www.aifi.net

Associazione Italiana Afasici (AITA) - www.aita-onlus.it

Associazione Ligure Afasici (ALIAS)
www.aphasiaforum.com

Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati
www.anticoagulati.org

Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (ANIN)
www.anin.it

National Stroke Association (USA)
www.stroke.org

National Stroke Foundation (Australia)
www.strokefoundation.com.au

18) Appendice

**“CARTA DEI DIRITTI DELLE PERSONE NEI CONFRONTI
DELL'ICTUS CEREBRALE”**

Presentata a Torino il 3 maggio 2002, la “Carta dei diritti delle persone nei confronti dell'ictus cerebrale”, è stata realizzata, per la prima volta in Italia, da A.L.I.Ce.

Costituiscono un preciso diritto delle persone i seguenti punti:

- 1) Che la cultura della prevenzione, cura e riabilitazione dell'ictus diventi un aspetto rilevante dell'assistenza sanitaria in Italia.
- 2) Che i cittadini italiani siano informati di quali sono i fattori di rischio dell'ictus e di come sia possibile diagnosticarli e trattarli.
- 3) Che la popolazione sia informata che l'ictus è un'emergenza medica e sia messa a conoscenza di quali sono i suoi sintomi e della condotta da tenere qualora si presentassero.
- 4) Che le persone colpite da ictus siano ricoverate al più presto in centri specializzati e dotati delle attrezzature più idonee per la cura dell'ictus e, ove ciò non fosse possibile, che siano curate e assistite da personale esperto di ictus.
- 5) Che le persone colpite da ictus ricevano i migliori trattamenti indicati dalla letteratura scientifica e dalla migliore pratica clinica e siano informate delle loro condizioni, delle possibilità di guarigione e delle terapie a cui sono sottoposte.
- 6) Che le persone colpite da ictus possano pure avvalersi, con il loro consenso, di centri altamente specializzati nella ricerca in questo campo.
- 7) Che le persone colpite da ictus ricevano cure riabilitative in ospedale, in strutture attrezzate e a domicilio fino al raggiungimento della massima autonomia possibile.
- 8) Che le persone colpite da ictus non autosufficienti possano fruire di servizi pubblici, volti a ridurre il peso assistenziale che grava sui familiari.
- 9) Che le persone colpite da ictus vedano riconosciuti tempestivamente e agevolmente per sé e per i propri familiari i benefici di legge previsti in caso di disabilità.
- 10) Che le persone colpite da ictus ricevano gratuitamente cure e controlli volti ad evitare le ricadute.



A.L.I.Ce. Italia Onlus

Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale
www.aliceitalia.org