



ICTUS

informazioni utili

SC Medicina Riabilitativa
Trieste

Introduzione	4
Cosa vuol dire “essere stati colpiti da un ictus”? Cos'è? Cosa comporta?.	4
Capire l'ictus: cominciamo dal cervello	5
Il percorso riabilitativo	6
Chi siamo: S.C. medicina riabilitativa Trieste e il suo team	8
La presa in carico infermieristico-assistenziale	10
I disturbi senso-motori	11
Cosa si può fare: la presa in carico Fisioterapica	13
La disfagia	14
Cosa si può fare: la presa in carico della disfagia.....	15
I disturbi cognitivi	17
Il linguaggio	18
La prassia.....	18
L'attenzione	19
Il neglect.....	19
Le funzioni esecutive.....	19
La percezione e il riconoscimento.....	20
La memoria	20
La cognizione sociale.....	21
Cosa si può fare: la presa in carico Logopedica	22
Cosa si può fare: la presa in carico Neuropsicologica	23
I disturbi affettivi/emotivi e comportamentali	24
Cosa si può fare: la presa in carico Psicologica	25
Le ripercussioni sulle attività della vita quotidiana	26
Cosa si può fare: la presa in carico del Terapista Occupazionale.....	27
Cos'è un ausilio?	28
Verso le dimissioni - prepararsi al rientro a casa	29

Introduzione

Questo opuscolo intende fornire al paziente, ai familiari e/o a coloro che se ne prenderanno maggiormente cura (caregiver), alcune semplici ed essenziali informazioni sulle possibili conseguenze derivanti dall'ictus cerebrale e sul percorso ospedaliero, comprese le attività e gli specifici trattamenti riabilitativi.

Cosa vuol dire “essere stati colpiti da un ictus”? Cos'è? Cosa comporta?

L'ictus è una malattia cerebrovascolare dovuta ad alterazioni della circolazione sanguigna nel cervello che si manifesta con una diminuzione di capacità o funzioni. Se le modificazioni dell'apporto di sangue al cervello sono brevi, le conseguenze tendono ad essere lievi e facilmente recuperabili; se sono prolungate, ci possono essere ripercussioni significativamente più gravi.

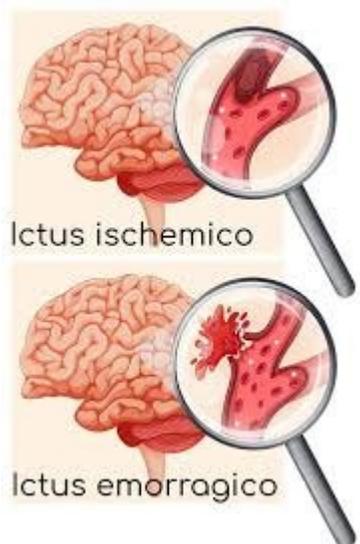
Esistono diversi tipi di ictus:

- ischemico: costituisce circa l'80% degli ictus. La causa principale è data dall'occlusione delle arterie cerebrali dovuta alla formazione di una placca aterosclerotica e/o da un embolo, proveniente dal cuore o da altro distretto vascolare.

- emorragico: causato dalla rottura di un'arteria cerebrale. In genere la causa di questo tipo di ictus è l'ipertensione arteriosa o una malformazione arterovenosa.

- attacco ischemico transitorio (T.I.A.): si differenzia dagli altri due tipi di ictus perché i sintomi regrediscono entro le 24 ore

Le disabilità che ne derivano dipendono da diversi fattori tra i quali la zona del cervello colpita, la gravità del danno, l'età e lo stato di salute generale.



A seconda della sede del cervello colpita, un ictus può provocare deficit oppure disturbi:

- sensitivo-motori
- cognitivi
- visivi
- sfinterici
- del linguaggio
- della deglutizione
- della sfera emotivo-comportamentale

La nuova condizione derivante dalla patologia è fonte di preoccupazione per la persona colpita da ictus e i suoi familiari che spesso devono confrontarsi con disturbi che incidono sulla qualità di vita.

Capire l'ictus: cominciamo dal cervello

Il cervello fa parte del Sistema Nervoso Centrale e rappresenta la porzione nervosa più voluminosa e maggiormente specializzata dell'encefalo. Esso è responsabile di funzioni estremamente complesse, tra cui l'elaborazione degli stimoli che giungono dagli organi di senso (vista, udito, gusto, tatto, olfatto), il linguaggio, il controllo dei movimenti, l'apprendimento, il ragionamento.

Il cervello è suddiviso in due emisferi cerebrali (emisfero destro ed emisfero sinistro) collegati da un robusto fascio di fibre nervose, detto corpo calloso. I due emisferi presentano importanti differenze funzionali (es. il linguaggio è un aspetto caratterizzante l'emisfero sinistro) ma sono strettamente connessi tra loro grazie a un continuo scambio di informazioni attraverso il corpo calloso. Ogni emisfero cerebrale è inoltre suddiviso in quattro lobi: il frontale, il temporale, il parietale, l'occipitale, ognuno dei quali è preposto al controllo di specifiche funzioni.



Vi sono poi altre strutture più profonde come l'ipofisi, deputata al controllo neuro-endocrino, e l'ipotalamo che assolve un ruolo determinante nel controllo emotivo. Il cervelletto, situato al di sotto del cervello e posteriormente, è responsabile dell'equilibrio, della coordinazione motoria, ed è quindi coinvolto nel cammino. Il tronco encefalico è la porzione più bassa del Sistema Nervoso Centrale e collega il cervello al midollo spinale, svolgendo anch'esso importanti funzioni come il mantenimento della temperatura corporea e della pressione sanguigna, il battito cardiaco, i movimenti oculari, la deglutizione.

Il percorso riabilitativo

Nelle settimane successive all'ictus, in seguito a processi riparativi spontanei, ci possono essere alcuni miglioramenti anche molto significativi nelle funzioni colpite. Per favorire il migliore recupero possibile, minimizzare i deficit funzionali e prevenire complicanze quali ad esempio rigidità, dolori articolari, lesioni da pressione, dovute a posizioni scorrette assunte a causa dei deficit motori o all'allettamento, è importante iniziare quanto prima un trattamento riabilitativo specifico e mirato ai bisogni ed alle possibilità del singolo paziente. Si è quindi delineato, in stretta collaborazione con la Stroke Unit e le Strutture di Neurologia, un percorso riabilitativo che inizia già nella fase acuta quindi di ricovero nella Stroke Unit o nel reparto di Neurologia.



Non appena le condizioni cliniche lo consentono, il neurologo attiva il fisiatra per avviare la presa in carico da parte del team riabilitativo in

modo da accelerare e guidare i processi di recupero motorio e cognitivo.

Il fisiatra esegue un bilancio delle competenze motorie, sensoriali, cognitive e valuta se il trattamento fisioterapico può essere iniziato.

Una volta che la persona ha superato la fase acuta della malattia ed è sufficientemente “stabile” dal punto di vista clinico, viene valutata la necessità di proseguire, presso un altro setting, il trattamento riabilitativo avviato.



Se l'ictus non è particolarmente grave, la persona può essere dimessa a domicilio e se necessario proseguire la riabilitazione ambulatorialmente (presso la S.C Medicina Riabilitativa Trieste o le Strutture Territoriali), altrimenti può essere trasferita presso il Reparto della S.C. Medicina Riabilitativa Trieste, in altre Strutture di riabilitazione intensiva, o essere accolta presso le Strutture Residenziali Assistenziali (RSA) che prevedono un contesto riabilitativo a minor intensità. La scelta del percorso e degli interventi riabilitativi più appropriati si baserà su un bilancio generale che considera il grado di partecipazione, le disabilità presenti, le comorbilità, la stima del potenziale di recupero ma anche fattori e condizioni socio-ambientali.

Chi siamo: S.C. medicina riabilitativa Trieste e il suo team

Il trattamento riabilitativo effettuato all'interno del reparto di Medicina Riabilitativa Trieste prevede un'attività giornaliera di almeno tre ore che viene garantita da personale tecnico-sanitario della riabilitazione e da personale infermieristico-assistenziale che svolge attività di nursing riabilitativo finalizzato al miglioramento delle attività della vita quotidiana (es. lavarsi, vestirsi...).

La frequente coesistenza nella persona colpita da ictus cerebrale di problematiche mediche, fisiche, sensomotorie, cognitive ed emotivo-comportamentali, rende indispensabile un approccio multidisciplinare coordinato ed integrato in cui i singoli operatori collaborano insieme e coordinano le proprie attività nell'interesse della persona colpita da ictus e della sua famiglia.

Fanno parte dell'equipe:

- I medici fisiatri
- gli infermieri
- il personale di assistenza (Operatori Sociosanitari o OSS)
- gli psicologi
- i fisioterapisti
- i logopedisti
- i terapisti occupazionali



All'arrivo in reparto, la persona viene accolta dall'infermiere che, mediante un'intervista diretta o indiretta (al caregiver/familiare), provvede alla raccolta delle informazioni anagrafiche e di tutti i dati necessari (es. allergie a farmaci o alimenti, recapiti telefonici) per la compilazione della cartella infermieristica. Contestualmente, per garantire la sua privacy, viene raccolto il consenso per la trasmissione a terzi dei dati clinici.

Il medico fisiatra visita e valuta le specificità cliniche del singolo in una prospettiva di recupero delle diverse funzioni, tenendo conto della compresenza o meno di ulteriori patologie o condizioni che possono influenzare i trattamenti (es. patologie cardio-respiratorie, scompenso metabolico, infezioni batteriche o virali etc...), così da definire il grado

di necessità riabilitativa, prevedere gli interventi terapeutici necessari e coinvolgere le diverse figure professionali a seconda dei deficit riscontrati.

Nei giorni successivi, ciascun professionista coinvolto procede ad una valutazione delle problematiche presenti nello specifico ambito di competenza ed inizia il trattamento riabilitativo.

Al termine delle valutazioni i componenti dell'equipe si riuniscono per confrontarsi e definire un progetto riabilitativo "a misura" di ciascun paziente. Questo progetto, elaborato dall'equipe e coordinato dal Medico Fisiatra, prende il nome di **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** e stabilisce, in condivisione con il paziente e i familiari, gli obiettivi riabilitativi (a breve, medio e lungo termine), le azioni ed i tempi necessari per raggiungerli e gli operatori coinvolti.



Il progetto permette di integrare tra loro diversi trattamenti ed interventi riabilitativi con l'obiettivo di garantire il raggiungimento del massimo livello d'autonomia possibile compatibilmente con il danno e le menomazioni che l'ictus ha determinato e tenendo conto delle risorse e delle potenzialità della persona ricoverata e del suo nucleo familiare. Il PRI è uno strumento flessibile che viene verificato/aggiornato con continuità ed eventualmente ridefinito, se le condizioni cliniche, funzionali e sociali lo richiedono, in modo da ottimizzare l'efficacia degli interventi riabilitativi. Il medico fisiatra è il responsabile del Progetto Riabilitativo Individuale e coordina il team dei professionisti che lavorano per la persona nei diversi programmi, è pertanto il riferimento informativo sulla diagnosi e prognosi riabilitativa.

Dopo la definizione del PRI, paziente e familiari vengono invitati a partecipare ad una riunione con lo staff riabilitativo; nei casi più complessi alla riunione partecipa anche l'equipe territoriale che prenderà in carico il paziente dopo la dimissione ospedaliera (fisiatra, fisioterapista, infermiere, Medico di base, assistente sociale a seconda delle necessità).

Quali sono gli scopi della riunione?



- informare sulle condizioni di salute e rispondere ad eventuali domande o preoccupazioni
- fornire una prognosi riabilitativa al momento del ricovero
- far conoscere i singoli professionisti che operano con il paziente,
- condividere il programma riabilitativo con ciascuno e comunicare eventuali progressi raggiunti
- conoscere le risorse relazionali, familiari, sociali ed economiche della persona (es. contesto abitativo, sociale, situazione lavorativa) anche in prospettiva delle dimissioni
- aiutare la persona e la sua famiglia a preparare/organizzare con anticipo il rientro a casa dopo la dimissione o eventualmente a programmare l'inserimento in altre strutture di accoglienza quando il rientro a domicilio non sia possibile.

La presa in carico infermieristico-assistenziale

L'infermiere della riabilitazione monitora nel tempo il mantenimento della stabilità clinica del paziente mediante la misurazione dei parametri vitali (es. saturazione, temperatura corporea, pressione arteriosa, frequenza cardiaca); indaga, in collaborazione con le altre figure professionali, il grado di autonomia residua, la presenza di dolore ed il suo livello di espressione, l'efficacia della comunicazione, la risposta cognitiva/ verbale/ motoria, l'orientamento spazio temporale.

Osserva e valuta le principali funzioni fisiologiche (capacità deglutitoria con somministrazione ed esecuzione del test del bolo dell'acqua, alimentazione, attività intestinale e vescicale).

La funzionalità vescicale viene valutata tramite l'uso di un ecografo portatile (bladder scanner), secondo una procedura non invasiva né dolorosa che verifica la capacità di svuotamento della vescica, prevenendo così l'insorgenza di ritenzione urinaria acuta e di problematiche correlate (es. infezioni delle vie urinarie, ecc.).

Il paziente viene inoltre assistito quotidianamente dagli operatori socio sanitari del reparto (OSS) che provvedono a svolgere l'igiene, ad addestrare il paziente alla cura personale, lo aiutano nella scelta del menu e nella somministrazione dei pasti.



Tutti i pazienti che presentano condizioni cliniche stabili vengono quotidianamente posturati in carrozzina dagli operatori socio-sanitari insieme ad infermieri e fisioterapisti.

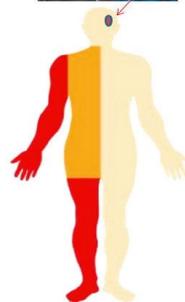
I disturbi senso-motori

Quando l'ictus coinvolge l'emisfero destro del cervello sarà la parte sinistra del corpo ad essere colpita, viceversa se riguarda l'emisfero sinistro coinvolgerà la parte destra del corpo.

Si parla di **plegia** o **emiplegia**, quando sono stati compromessi completamente i movimenti volontari del lato colpito; nel caso in cui il disturbo sia meno grave e comporti un deficit parziale o una riduzione dell'attività motoria volontaria si parla di **paresi** o di **emiparesi**. Ne



Lesione
centrale
contro-
laterale



conseguenze che un ictus cerebrale destro determinerà una emiparesi (o emiplegia) sinistra e viceversa.

Il disturbo motorio può manifestarsi dal lato colpito a livello del volto (abbassamento della rima orale, bocca “storta”), del braccio e/o della gamba rendendo così difficile o addirittura impossibile parlare, muoversi, camminare e in generale eseguire le normali attività quotidiane.

Il disturbo del movimento può essere associato a:

- **Flaccidità:** perdita completa del tono muscolare (arto cadente)
- **Spasticità:** anomalo ed eccessivo aumento del tono muscolare, anche a riposo, che si manifesta con una rigidità di alcuni gruppi muscolari, con l'eventuale comparsa di spasmi dolorosi, di contratture, di movimenti incontrollati ed involontari.
- **Reazioni associate/irradiazione:** aumento del tono muscolare a livello dell'arto superiore colpito durante l'esecuzione di un movimento, anche se non direttamente coinvolto durante l'azione (ad esempio quando il paziente sbadiglia, tossisce, starnutisce o effettua un cambio di posizione, si può osservare un movimento involontario non controllato dell'arto superiore colpito)
- **Dismetria:** deficit del controllo del movimento, incapacità di coordinare, di direzionare, di raggiungere un target corporeo o un target nello spazio circostante (ad esempio si può osservare un movimento poco fluido, impreciso, scoordinato dell'arto colpito durante il tentativo di raggiungere una parte corporea o un oggetto)
- **Disordini posturali:** dovuti alla perdita totale o parziale della percezione dello schema corporeo comportano disallineamento e disequilibrio. Il paziente potrebbe presentarsi scomposto nell'unità letto e presentare difficoltà nel mantenere correttamente la posizione seduta.

Accanto alle problematiche motorie si possono riscontrare alterazioni più o meno marcate della sensibilità. Si parla di:

ipoestesia quando vi è una riduzione parziale della sensibilità nelle sue diverse forme (termica, tattile, dolorifica) e di **anestesia** quando la perdita della sensibilità è totale. Queste alterazioni possono determinare difficoltà a discriminare il punto del corpo in cui viene toccato, a riconoscere la posizione del braccio o della gamba nello

spazio (deficit della sensibilità cinestetica e propriocettiva) o, ancora, possono comportare disturbi della sensibilità soggettiva (es. formicolii).

Cosa si può fare: la presa in carico Fisioterapica

Il fisioterapista, mediante una valutazione approfondita, individua le problematiche senso-motorie presenti tenendo conto anche di eventuali disturbi neurocognitivi.

Programma quindi l'intervento riabilitativo formulando gli obiettivi da raggiungere a breve, medio e lungo termine, identificando le strategie d'intervento più appropriate per la singola persona e, in base alle competenze motorie via via raggiunte, riformula gli obiettivi e modifica le proprie scelte di trattamento. Il programma riabilitativo formulato viene condiviso con il paziente ed i familiari/caregiver.

L'esercizio è lo strumento utilizzato dal fisioterapista per attuare, favorire ed influenzare il processo di recupero, offrire informazioni corrette e stimoli adeguati, ottenere dei cambiamenti attraverso la conoscenza e l'acquisizione di informazioni significative.



Si ricerca:

- consapevolezza delle difficoltà conseguenti all'ictus
- miglioramento dell'esplorazione visuo-spaziale ed aggancio dello sguardo
- miglioramento della percezione corporea (recupero della sensibilità e ri-allineamento posturale)
- miglioramento della funzionalità degli arti (recupero dei movimenti e del controllo motorio) e delle funzioni del tronco
- strategie motorie nella variazione posturale
- recupero e mantenimento della posizione seduta
- autonomia nel trasferimento letto/poltrona/carrozzina/wc

- recupero stazione eretta e deambulazione con /senza ausilio
- salita e discesa delle scale



La disfagia

La disfagia è la difficoltà a deglutire gli alimenti solidi e i liquidi. È piuttosto frequente nelle persone con ictus e comprende tutte le problematiche che si presentano nel passaggio del cibo dalla bocca allo stomaco. La disfagia si può manifestare attraverso uno (o più) dei segni di seguito riportati:

- colpi di tosse;
- voce umida, gorgogliante;
- bisogno di schiarirsi la gola;
- cambio di colorito in volto;
- lacrimazione;
- perdita di saliva o di cibo dalla bocca;
- tendenza a trattenere a lungo il cibo in bocca;
- presenza di residui di cibo in bocca;
- fuoriuscita dal naso di parte del cibo;
- starnuti durante il pasto;
- frequenti febbri senza altre cause evidenti;
- calo di peso e debolezza.



La disfagia può portare con sé complicanze alquanto serie, quali malnutrizione, disidratazione e polmoniti. Da qui la necessità di individuare tempestivamente la persona con disfagia e intervenire per poter garantire un'alimentazione in sicurezza.

Cosa si può fare: la presa in carico della disfagia

Il paziente con problemi deglutitori viene individuato tramite una procedura di screening effettuata dal personale infermieristico. La persona disfagica viene quindi segnalata alla logopedista che effettuerà una valutazione della deglutizione approfondita e completa entro le 24/48 ore dallo screening. Gli obiettivi della valutazione sono:

- stabilire la possibilità o meno di un'alimentazione per bocca
- definire la gravità della disfagia
- se necessario, modificare le consistenze degli alimenti che la persona può assumere (si riporta nella figura una tabella esplicativa delle possibili consistenze consigliate)
- pianificare un percorso di riabilitazione
- suggerire eventuali ulteriori approfondimenti diagnostici
- fornire informazioni e consigli ai famigliari relativamente alla gestione dei pasti

Qualora necessario, il logopedista imposta un programma riabilitativo volto al recupero per quanto possibile della funzionalità deglutitoria e suggerisce comportamenti utili, da adottare durante il pasto, in grado di favorire un'alimentazione in sicurezza.

LIQUIDI	<p>Esempi: acqua, tè.</p> <p>I liquidi in genere sono difficili da deglutire in modo controllato, perché scorrono velocemente. Si può intervenire fornendo bevande fredde e/o frizzanti che aumentano la percezione orale e stimolano l'innesco deglutitorio. Se necessario, le bevande sono rese dense con l'uso di addensanti.</p>
SEMILIQUIDI	<p>DENSO/SCIROPPOSO</p> <p>Consistenza di yogurt, sciroppo, miele, marmellata e vellutata di verdure.</p>
SEMISOLIDI	<p>MOLTO DENSO/CREMOSO</p> <p>Consistenza di acquagel, budino, purè, carne frullata, verdure frullate (dieta frullata omogenea)</p>
SOLIDI	<p>MORBIDI</p> <p>Alimenti di facile masticazione preferibilmente coesi: consistenza di banana a pezzi, pastina piccola scotta (come la tempestina), merluzzo lesso, stracchino e polpette schiacciate</p> <p>LIBERA CON RESTRIZIONI</p> <p>Inclusi tutti gli alimenti solidi: consistenza di pasta, carne, biscotti, pane, escludendo alimenti a doppia consistenza, verdure filamentose, legumi con scorza, frutta secca, prosciutto crudo.</p> <p>LIBERA SENZA RESTRIZIONI</p>
DOPPIA CONSISTENZA	<p>Sono tutti gli alimenti composti da SOLIDO/LIQUIDO. Questi sono i più difficili da gestire in presenza di disfagia, in quanto richiedono meccanismi di deglutizione diversi.</p> <p>Esempi: brodo con pastina, minestrone di verdura con pezzi, spremute con residui, latte con i biscotti, kiwi, fragole, agrumi</p>

I disturbi cognitivi

La presenza di disturbi cognitivi è piuttosto comune e diverse sono le funzioni cognitive che possono essere colpite dall'ictus cerebrale.

LINGUAGGIO	Facoltà che ci permette di veicolare e scambiare informazioni attraverso la comunicazione verbale
PRASSIA	Programmare ed eseguire movimenti finalizzati, intenzionali per compiere un gesto (es. salutare) o un'azione (es. uso di oggetti)
ATTENZIONE	SOSTENUTA o protratta nel tempo SELETTIVA : capacità di selezionare una o più fonti di stimolazione in presenza di informazioni in competizione DIVISA : capacità di distribuire intenzionalmente l'attenzione tra vari compiti
ABILITA' VISUO-SPAZIALI	Consentono di individuare i rapporti spaziali tra l'individuo e gli oggetti circostanti e percepire l'orientamento degli stimoli visivi in cui ci imbattiamo
FUNZIONI ESECUTIVE	Pianificazione : programmazione del comportamento per il raggiungimento di specifici scopi o per facilitare l'adattamento a situazioni nuove Flessibilità cognitiva : la capacità di mutare strategie di pensiero o di comportamento per far fronte alle circostanze Inibizione e autocontrollo : la capacità di inibire risposte automatiche non congrue alla situazione, modulare i propri comportamenti e/o le reazioni emotive Shifting : la capacità di spostare l'attenzione da un compito all'altro oppure all'interno di uno stesso compito
PERCEZIONE	VISIVA : consente la elaborazione delle informazioni provenienti dal mondo esterno attraverso gli occhi per poterle interpretare e comprendere UDITIVA : consente l'elaborazione delle informazioni sonore per poterle interpretare e comprenderle
MEMORIA	M. VISIVA E VERBALE M. a BREVE TERMINE : consente di tenere a mente le informazioni per un breve periodo di tempo M. di LAVORO : per tenere a mente le informazioni il tempo necessario per eseguire un dato compito (es. calcolo mentale) M. EPISODICA : per ricordare un avvenimento e dove/quando il fatto ha avuto luogo M. SEMANTICA : rappresenta la conoscenza generale (es. sul significato delle parole, dei simboli e le loro relazioni) M. PROSPETTICA : capacità di ricordare di eseguire un'azione precedentemente programmata
COGNIZIONE SOCIALE	RICONOSCIMENTO DELLE EMOZIONI TEORIA DELLA MENTE : capacità di comprendere e tenere in considerazione i pensieri, i desideri, intenzioni ed emozioni di un'altra persona in una specifica situazione al fine di interpretarne e/o prevederne il comportamento

Così come per ogni altra funzione coinvolta, le alterazioni cognitive dipenderanno dalla zona o regione cerebrale interessata e dall'estensione dell'area coinvolta.

Il linguaggio

I disturbi del linguaggio e della comunicazione (o afasie) comprendono difficoltà di comprensione e/o produzione verbale e possono includere la compromissione anche delle abilità di lettura, scrittura e calcolo. Le afasie sono causate da lesioni che interessano solitamente la metà sinistra del cervello dove sono localizzate le aree del linguaggio. In base alle caratteristiche dell'eloquio le afasie possono essere raggruppate in:

- afasie fluenti caratterizzate da un eloquio in genere abbondante ma nella maggior parte dei casi privo di contenuto informativo e con una comprensione spesso deficitaria associata a mancanza o ridotta consapevolezza delle problematiche linguistiche;
- afasie non fluenti in cui l'eloquio è ridotto e limitato anche da difficoltà ad articolare il linguaggio orale, con comprensione relativamente conservata; di solito la persona è consapevole delle proprie difficoltà e questo può portare a un significativo stato di frustrazione.

Il livello di gravità varia da persona a persona: si può andare da una perdita completa della parola alla difficoltà occasionale nel trovare la parola giusta o nell'usare le parole correttamente; i problemi di comprensione possono variare da un occasionale malinteso nell'ambito della parola a una completa incapacità a capire la totalità delle parole dette dagli altri.

La prassia

I disturbi nella prassia (anche detta aprassia) si manifestano durante l'esecuzione di un movimento intenzionale o finalizzato a compiere un'azione o un gesto. Si possono presentare come incapacità ad eseguire volontariamente (su richiesta o su imitazione) gesti quotidiani mentre le stesse azioni possono essere correttamente compiute in

modo automatico, cioè quando non c'è l'intenzione consapevole di farlo. Ad esempio, la persona può non essere più in grado di fare "ciao ciao" su richiesta, ma può eseguire lo stesso gesto di saluto quando si congeda da un amico. Può anche avere difficoltà ad usare oggetti familiari, come il pettine, lo spazzolino da denti o le posate.

L'attenzione

Una sensazione di rallentamento mentale è molto comune dopo un ictus cerebrale, così come avere difficoltà a concentrarsi non riuscendo a seguire il filo di un discorso o un film alla televisione. In altri casi la persona può distrarsi facilmente o non riuscire a prestare attenzione a due attività contemporanee, come guidare la macchina e conversare con chi le siede accanto.

Il neglect

Il Neglect (o Eminattenzione o Eminegligenza spaziale unilaterale) è un disturbo attentivo che si manifesta prevalentemente nelle persone che hanno avuto un ictus cerebrale all'emisfero destro che presentano una paresi o paralisi della parte sinistra del corpo. Il neglect compromette in modo significativo la possibilità di eseguire una vasta gamma di attività quotidiane per questo può essere altamente invalidante. Chi ne è affetto non riesce ad esempio a prestare attenzione a tutto ciò che si trova nella metà sinistra dello spazio, potrà quindi avere difficoltà ad orientarsi negli ambienti o a trovare gli oggetti in casa perché tutto ciò che sta di volta in volta alla sua sinistra verrà ignorato (ad es. potrà andare a sbattere contro le porte o non considerare eventuali ostacoli che si trovano sul lato sinistro, non mangiare il cibo che si trova sulla parte sinistra del piatto o ancora non riuscirà a leggere un giornale o un libro perché ne ignorerà una parte). Spesso il neglect porta a non considerare anche la metà sinistra del proprio corpo, portando la persona ad ignorare il proprio braccio sinistro, dimenticare di rasarsi metà volto o ad avere difficoltà a vestirsi, ad infilarsi gli occhiali, ecc.

Le funzioni esecutive

Alterazioni a carico delle funzioni esecutive sono conseguenze ricorrenti dopo un ictus cerebrale e possono causare una vasta gamma

di problematiche quali ad esempio: difficoltà a prendere decisioni e a stabilire gli obiettivi da raggiungere e/o a definire i passaggi e le azioni necessarie per raggiungere un obiettivo valutando anche le opzioni disponibili. Possono anche ostacolare la capacità di analizzare e comprendere le cause di un eventuale insuccesso determinando errori di pianificazione e tendenza a perseverare su strategie errate invece di adattare e modificare il proprio comportamento al compito o alle circostanze in cui ci si trova. Strettamente collegate all'attenzione sono inoltre la capacità di inibizione che, se alterata, può comportare difficoltà a focalizzarsi su un compito o su un'attività senza che altri pensieri o stimoli esterni interferiscano, e la flessibilità attentiva che se disturbata ostacola la capacità di passare rapidamente da un compito ad un altro.

La percezione e il riconoscimento

I disturbi della percezione o del riconoscimento possono riguardare la modalità visiva, uditiva o tattile. Nella modalità visiva si possono manifestare nell'incapacità di vedere metà degli oggetti (emianopsia), di percepire il loro movimento, la distanza a cui si trovano, di distinguerne il colore (acromatopsia). A volte causano un'incapacità a riconoscere gli oggetti o le persone pur vedendoli (agnosia), così ad esempio la persona può scambiare un cucchiaio per una forchetta o una lampadina con una pera, oppure non essere più in grado di riconoscere il coniuge quando lo vede ma solo quando quest'ultimo parla.

La memoria

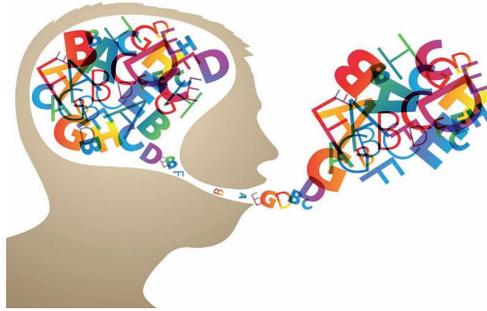
I disturbi della memoria possono manifestarsi come incapacità ad apprendere nuove informazioni o a ricordare eventi passati, dimenticare appuntamenti o attività programmate nel futuro o ancora non ricordare più come si esegue un certo compito (ad esempio, la persona ha difficoltà a ricordarsi come si guida la macchina). Altre volte risulta difficile mantenere presenti e attive in memoria una serie di informazioni che permettono di risolvere un calcolo o i passaggi necessari per organizzare un'attività complessa.

La cognizione sociale

I disturbi della cognizione sociale possono manifestarsi con alterazioni nel comportamento o nell'atteggiamento, e sono spesso descritti come un cambiamento di personalità (per es. mettere in atto comportamenti socialmente non appropriati, mostrarsi insensibili alle norme sociali, essere meno capaci di leggere i segnali sociali o le espressioni facciali, meno empatici, o ancora mostrare abulia, apatia, disinibizione, impulsività, irascibilità e scarsa tolleranza alla frustrazione).

Cosa si può fare: la presa in carico Logopedica

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



La presa in carico del paziente con afasia deve essere precoce e richiede alcuni prerequisiti indispensabili, ovvero adeguati livelli di concentrazione, collaborazione, motivazione e attenzione sostenuta. In fase sub-acuta (vale a dire indicativamente dopo 4-5 giorni dal danno neurologico), in genere viene eseguita dalla logopedista la prima valutazione al letto del paziente con la finalità di rilevare la gravità dell'afasia e le componenti del linguaggio maggiormente compromesse.

Una valutazione più completa e strutturata può essere proposta successivamente da neuropsicologo e logopedista in fase post-acuta precoce, entro i 30 giorni dal ricovero, con lo scopo di identificare il tipo di afasia, il grado di compromissione linguistica e comunicativa, ed impostare conseguentemente il trattamento più consono.

La riabilitazione logopedica è quotidiana in regime di ricovero mentre, presso l'ambulatorio o al domicilio dopo la dimissione, avviene con cadenza diversa (1-2 volte alla settimana). Gli obiettivi vengono definiti a breve, medio e lungo termine, in generale comunque la principale finalità del trattamento logopedico è quella di potenziare l'efficacia comunicativa del paziente sfruttando tutti i canali possibili (verbali ed extraverbali, ovvero la mimica, il gesto, l'utilizzo di immagini) e formando i caregiver di riferimento.

Cosa si può fare: la presa in carico Neuropsicologica

L'attività di valutazione, diagnosi e riabilitazione neuropsicologica finalizzata al massimo recupero delle disabilità cognitivo-comportamentali è affidata allo psicologo/neuropsicologo. Il (neuro)psicologo per rilevare eventuali ambiti deficitari nel profilo cognitivo-comportamentale, monitorare la loro evoluzione temporale e, nel caso, pianificare e progettare interventi riabilitativi mirati, si avvale dell'Esame Neuropsicologico che mediante strumenti standardizzati (test, scale, questionari) consente di identificare i deficit cognitivi e/o emotivo-motivazionali oltre alle risorse cognitive risparmiate dall'ictus.



La presa in carico neuropsicologica inizia già nella fase sub-acuta durante la degenza in Neurologia, su segnalazione del medico neurologo o fisiatra, allo scopo di individuare precocemente la presenza di disturbi cognitivi che possono influenzare il recupero dell'autonomia. Compatibilmente con la situazione clinica del paziente, viene proposta (generalmente al letto di degenza) una breve batteria di screening neuropsicologico in grado di fornire un'indicazione sul funzionamento cognitivo globale.

La valutazione approfondita del profilo cognitivo e comportamentale avviene invece in una fase di maggiore stabilizzazione, entro 7-10 giorni dall'arrivo in SC Riabilitazione così da condividerne i risultati con l'equipe alla prima riunione per la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Questa prevede la selezione e somministrazione di una estesa batteria di test la cui scelta dipenderà da diversi fattori (quali le risorse cognitive e attentive della persona, la sede dell'ictus cerebrale, il tempo intercorso dall'esordio).

In conformità con il profilo sintomatologico emerso, la sua gravità, la fase evolutiva in cui si trova la persona e gli obiettivi realisticamente

perseguibili, viene realizzato un programma riabilitativo volto a rafforzare quelle aree risultate deficitarie ottimizzandone il potenziale residuo o promuovere il compenso funzionale mediante l'utilizzo delle abilità risparmiate.

Il training neuropsicologico prevede esercizi, anche computerizzati, con graduali livelli di difficoltà e l'insegnamento di strategie operative e/o strumenti di compenso delle alterazioni presenti per meglio affrontare le situazioni di vita quotidiana. Le proposte riabilitative sono condivise con il paziente e i familiari e aggiornate periodicamente in base alle mete raggiunte e alle necessità emergenti.

Parte integrante del processo riabilitativo sono gli interventi psico-educativi e di supporto psicologico rivolti alla persona e ai suoi familiari volti a favorire il riconoscimento delle problematiche cognitivo-emotivo-comportamentali presenti e del loro impatto nelle autonomie quotidiane, la loro elaborazione e motivazione al cambiamento aumentando nel contempo il senso di efficacia nel gestire la nuova situazione.

I disturbi affettivi/emotivi e comportamentali

La depressione è frequente dopo un ictus ed è presente in circa un terzo dei casi. Si manifesta con sintomi quali tristezza, malinconia, perdita di interesse e piacere per le cose associata frequentemente a sentimenti di inutilità e vissuti di inadeguatezza. Possono inoltre essere presenti affaticabilità, inappetenza, disturbi del sonno e una condizione di malessere generale. La depressione è in molti casi espressione della difficoltà emotiva /psicologica di adattamento all'improvvisa riduzione o perdita dell'autonomia, altre volte invece è dovuta ad alterazioni biologiche causate dall'ictus (in questo caso si parla di depressione prevalentemente organica).

Dopo un ictus, oltre alla depressione, possono manifestarsi una serie di cambiamenti emotivi e comportamentali che nella maggior parte dei casi sono lievi e transitori, altre volte invece possono risultare più evidenti in funzione della sede e dell'estensione della lesione. Questi cambiamenti comprendono eccessiva ansia, agitazione, disinibizione comportamentale, modalità apparentemente scontrose e inflessibili ma anche apatia.

In alcuni casi è possibile che la persona mostri un atteggiamento quasi distaccato e noncurante, scarsa consapevolezza dei disturbi dovuti all'ictus o un'eccessiva sensibilità emotiva (si commuove, si arrabbia,

si agita per stimoli apparentemente neutri). Queste reazioni possono disorientare i familiari in quanto attribuite a comportamenti intenzionali, spesso invece sono secondarie alla malattia e tendono a regredire dopo la fase acuta.

La depressione e i cambiamenti emotivi-comportamentali finora descritti si esprimono in modo diverso da persona a persona in funzione delle caratteristiche dell'ictus e di molti altri fattori quali l'età, la personalità, la storia pregressa di disturbi psicologici, ecc...



Cosa si può fare: la presa in carico Psicologica

Dalle prime fasi del ricovero in Riabilitazione è possibile coinvolgere lo psicologo clinico su segnalazione dell'equipe o su richiesta diretta del paziente. Lo psicologo può aiutare la persona a lenire il senso di smarrimento che caratterizza le prime settimane dopo l'ictus, a prendere consapevolezza del cambiamento avvenuto ma anche ad attivare quelle risorse interiori necessarie per impegnarsi nella riabilitazione. Solitamente la persona trae forza, motivazione e determinazione al recupero dai progressi riabilitativi che vede raggiungere di giorno in giorno, tuttavia quando gli sforzi messi in gioco non portano ai risultati sperati possono manifestarsi momenti di incertezza, scoraggiamento, timori per il futuro.



Il coinvolgimento dello psicologo può aiutare a:

- individuare quanto prima fattori di rischio psicologico o segni di disagio in modo da predisporre l'intervento più adatto al caso singolo e alla situazione specifica (in alcuni casi può essere d'aiuto l'assunzione di farmaci).
- chiarire la natura prevalentemente reattiva o organica di eventuali disturbi affettivi/emotivi e comportamentali
- supportare psicologicamente il paziente durante la degenza (l'ospedalizzazione stessa può rappresentare uno stressor) incoraggiando la partecipazione ai trattamenti riabilitativi.
- stimolare le risorse del paziente in modo da aiutarlo ad affrontare il cambiamento. La disabilità non è infatti di per sé una malattia ma richiede un graduale processo di adattamento psicologico in modo che la persona possa ripensarsi nel futuro e convivere con le proprie limitazioni senza un eccessivo impatto sulla qualità di vita.

Il supporto psicologico è principalmente dedicato alle persone colpite da ictus ricoverate, tuttavia i colloqui possono essere estesi anche ai familiari qualora ne sentano la necessità o avvertano il bisogno di essere di maggiore aiuto al proprio caro.

Le ripercussioni sulle attività della vita quotidiana

La persona colpita da un ictus può non essere più in grado di eseguire in autonomia semplici attività di base che svolgeva in precedenza nella quotidianità come lavarsi, vestirsi, utilizzare i servizi igienici e alimentarsi (ADL), o attività più complesse come scrivere, utilizzare il telefono o il computer, cucinare, etc. (IADL).



L'esecuzione di tali attività richiede la coordinazione di molte capacità tra le quali sensibilità e capacità motoria, capacità di pianificazione, motivazione ed impegno nel portare a termine un compito fino alla sua conclusione. Queste funzioni possono risultare alterate in diversi modi dopo l'ictus con ripercussioni diverse nella possibilità di svolgere

determinate attività. Ad esempio una persona con paralisi degli arti di destra può non riuscire a vestirsi da solo, mentre una persona con disturbi dell'equilibrio può avere difficoltà a spostarsi in autonomia (in quanto soggetta a cadute) necessitando quindi di assistenza e supervisione costante.



Cosa si può fare: la presa in carico del Terapista Occupazionale

Il terapista occupazionale, utilizzando come mezzo privilegiato le attività della vita quotidiana (come il mangiare/bere, vestirsi o lavarsi) o di interesse per il paziente (es. attività manuali, ludiche ed espressive) e integrandole con conoscenze e tecniche riabilitative, si pone come obiettivo il recupero di tali attività o l'esecuzione delle stesse con il massimo grado di autonomia possibile.

A partire dai primi giorni di ricovero in SC Riabilitazione, il terapista occupazionale prende contatto con la persona colpita da ictus per stimolarla ed aiutarla nell'esecuzione di semplici attività quali l'alimentazione o l'igiene personale favorendo la loro esecuzione in sicurezza. Questi momenti divengono anche un'opportunità per valutare e meglio comprendere le difficoltà presenti e rappresentano la premessa per la pianificazione di un programma riabilitativo condiviso con il paziente.

Per personalizzare il proprio intervento, il terapista occupazionale valuta non solo le problematiche secondarie all'ictus ma anche le risorse della persona considerando molteplici fattori (es. motivazioni, aspettative, stile di vita, tipologia di occupazione lavorativa, interessi, condizioni abitative e sociali ecc..).

Lo scopo principale del trattamento è promuovere la ripresa delle normali attività della vita quotidiana (ADL o IADL) con maggior autonomia e sicurezza possibile:

- recuperando abilità sia motorie che procedurali
- insegnando nuove strategie
- promuovendo modifiche ambientali
- proponendo l'eventuale adozione di ortesi e ausili e addestrando al loro corretto utilizzo

In molti casi la persona, nel tempo, riprende a svolgere in autonomia alcune attività grazie all'impiego delle strategie e dei suggerimenti forniti durante la terapia occupazionale.

In questo percorso i familiari assumono un ruolo centrale poiché durante la degenza possono stimolare il proprio caro a svolgere quanto è in grado di fare. Spesso infatti la difficoltà emotiva ad accettare la disabilità di una persona affettivamente vicina porta a sottostimare le problematiche presenti o a sovrastimarle con il rischio di cedere al bisogno di sostituirsi nell'esecuzione di azioni che la persona è in grado di svolgere.

Quando una totale autonomia non può essere raggiunta, affiancare, aiutare ed educare colei/colui che maggiormente si prenderà cura del paziente diviene ancora più importante. Insegnare ad usare gli ausili, fornire suggerimenti e strategie può infatti contribuire a ridurre l'impegno legato all'assistenza a domicilio.

Cos'è un ausilio?

Gli ausili sono tutti quei prodotti, strumenti, attrezzature o sistemi tecnologici che possono prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione oppure una disabilità, come per esempio, il deambulatore, la carrozzina, il sollevatore, un rialzo wc); mentre le ortesi sono dispositivi correttivi come per esempio un tutore per ginocchio, i plantari ortopedici, ecc.



Verso le dimissioni - prepararsi al rientro a casa



Gli esiti dell'ictus compromettono la possibilità di una vita autonoma, la conclusione della degenza è vissuta anche con apprensione in quanto rappresenta l'uscita da un ambiente vissuto come protettivo e sicuro, rispondente alle esigenze di una persona con disabilità. Le preoccupazioni prevalenti riguardano solitamente la gestione a domicilio delle problematiche

dovute all'ictus e degli eventuali bisogni di assistenza che ne conseguono. Per tale ragione il diretto coinvolgimento dei familiari risulta centrale e prevede diverse iniziative e momenti informativi/formativi che permettano loro di arrivare preparati alle dimissioni mitigando di riflesso le preoccupazioni per il periodo che seguirà il ricovero.

A tale scopo il percorso prevede a seconda delle necessità:

- incontri con i diversi professionisti del team riabilitativo per chiarire dubbi e ricevere informazioni su come fornire un aiuto efficace al proprio parente favorendo il rientro a casa in sicurezza
- sedute di “addestramento” in cui i familiari o altre persone che presteranno assistenza a casa (es. badanti) vengono educati sulla gestione delle problematiche residue
- “uscite protette” assieme al terapista occupazionale allo scopo di verificare l'esecuzione e gestione da parte del paziente di attività semplici e complesse della vita quotidiana (ADL e IADL) presso il proprio domicilio e nel proprio abituale contesto di vita
- “sopralluogo al domicilio” da parte di operatori del team riabilitativo (solitamente il terapista occupazionale) per accertare che vi siano le condizioni adatte per fare ritorno a casa (es. assenza di barriere architettoniche) e per proporre eventuali modifiche ambientali facilitanti l'accesso e gli spostamenti all'interno della propria abitazione.
- In prospettiva delle dimissioni, quando necessario, il fisiatra provvede a inviare per via telematica il certificato per il riconoscimento dell'Invalidità civile necessario per la fornitura di

eventuali ausili/ortesi e per poter accedere ad eventuali contributi economici

- prescrizione/fornitura degli ausili/ortesi/presidi necessari
- attivazione Nutrizione Artificiale Domiciliare/Nutrizione Parenterale o Enterale in caso di disfagia grave
- pianificazione dei trasporti per la dimissione
- pianificazione di eventuali follow-up



Si possono distinguere **quattro tipi di dimissione**:

1. **DIMISSIONE ORDINARIA** per soggetti che non presentano ulteriori obiettivi riabilitativi e che non necessitano di attivazione del Distretto, per i quali è sufficiente predisporre la lettera dimissione al Medico di Medicina Generale e pianificare un follow-up
2. **DIMISSIONE CON ATTIVAZIONE UVD O SEGNALAZIONE AL TERRITORIO SECONDO PROTOCOLLO DIMISSIONI PROTETTE** per pazienti complessi che necessitano di presa in carico da parte dei servizi territoriali, per i quali è necessario inviare segnalazione, effettuare una riunione di condivisione pre dimissione e fornire informazioni cliniche, assistenziali e riabilitative anche attraverso scale e schede di continuità
3. **DIMISSIONE CON APERTURA DI DAY HOSPITAL RIABILITATIVO** per soggetti che necessitino di trattamento

multidisciplinare/multiprofessionale attuabile in regime di Day Hospital

4. **DIMISSIONE CON PROGRAMMAZIONE DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE** per soggetti trasportabili che necessitino di programmi riabilitativi in regime ambulatoriale

Alla dimissione, oltre alla lettera di dimissione completa di tutte le informazioni necessarie e delle schede dei singoli professionisti che hanno lavorato con il paziente, viene fornito il primo ciclo di terapia farmacologica, redatto eventuale certificato di malattia.



NOTA

Questo opuscolo riporta le informazioni valide al momento della stampa e viene periodicamente aggiornato. Tra un'edizione e l'altra potrebbero però intervenire modifiche nell' operatività.

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, ASUGI su testi ed immagini forniti dall'équipe riabilitativa della S.C. di Medicina Riabilitativa Trieste. I contenuti sono stati condivisi e rivisti con il contributo dei pazienti.

Rev_30_settembre 2023