



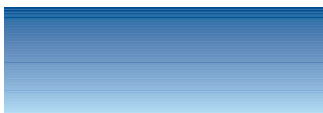
Schede informative  
per le persone  
con esiti  
di ictus cerebrale  
e per i loro familiari

DIARIO DI BORDO



ISBN 88-7400-025-1

- Le conoscenze mediche sono in continua evoluzione. Gli Autori hanno cercato di fornire informazioni il più possibile aggiornate, ma non possono garantire che esse siano complete in ogni loro parte, né possono garantire l'assenza di errori od omissioni o dei risultati connessi all'utilizzo di tali informazioni.



**SETTORE DI MEDICINA RIABILITATIVA "SAN GIORGIO"**  
**DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE/RIABILITAZIONE**  
**AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI FERRARA**



## **DIARIO DI BORDO**

---

**Schede informative per le persone con esiti  
di ictus cerebrale e per i loro familiari**

**Ferrara 2009**



Azienda  
Ospedaliero-Universitaria  
di Ferrara



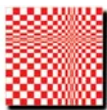
Università degli Studi  
di Ferrara



Unità Medicina  
Riabilitativa  
Settore di Medicina  
Riabilitativa  
"San Giorgio"



Unità Gravi  
Cerebrolesioni  
Settore di Medicina  
Riabilitativa  
"San Giorgio"



CENTRO STUDI  
OPERA DON CALABRIA  
CITTÀ DEL RAGAZZO



SOCIETÀ ITALIANA  
DI MEDICINA FISICA E  
RIABILITAZIONE  
(SIMFER)

## **NINO BASAGLIA**

Presidente Comitato Tecnico-Scientifico Rete GRACER Emilia-Romagna  
Direttore Unità Medicina Riabilitativa  
Responsabile Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

## **MARIA RITA MAGNARELLA**

Psicologa, Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

## **FERNANDO DE FILIPPO**

Dirigente Medico Unità Medicina Riabilitativa  
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

## **ANTONELLA BERGONZONI**

Dirigente Medico Unità Medicina Riabilitativa  
Modulo Neuropsicologia Riabilitativa  
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

## **Hanno collaborato:**

### **CONRAD BINDER**

Ingegnere, Responsabile progetti reinserimento socio-lavorativo delle persone con trauma cranioencefalico - Centro Studi "Opera Don Calabria", Città del Ragazzo - Ferrara

### **NICOLA FOLLETTI**

Coordinatore Centro H - CAAD, Ferrara

### **AMINTA CAVALLO**

Infermiera Referente Unità Medicina Riabilitativa  
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

### **RITA MANDRIOLI**

Fisioterapista Referente Unità Medicina Riabilitativa  
Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio"  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

## **Ringraziamenti**

Si ringraziano per la fattiva collaborazione, per i consigli e gli stimoli durante la realizzazione del "DIARIO" tutti i pazienti, i famigliari e gli operatori dell'Unità Medicina Riabilitativa e dell'Unità Gravi Cerebrolesioni del Settore Medicina Riabilitativa "San Giorgio" del Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, e i volontari del Servizio Civile e dell'AVULSS che prestano la loro opera presso il Dipartimento.

Si ringrazia la Prof.ssa RITA LEVI MONTALCINI per l'incoraggiamento ed il sostegno alla realizzazione del DIARIO.

Si ringraziano la CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA e la FONDAZIONE CASSA DI RISPARMIO DI FERRARA per il contributo alla realizzazione del DIARIO.

## Prof. NINO BASAGLIA

Direttore Unità Medicina Riabilitativa  
Responsabile Settore di Medicina Riabilitativa “San Giorgio”  
Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione  
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara



Da quando, ormai diversi decenni fa, ho iniziato a dedicarmi alla Medicina Riabilitativa, sono andato sempre più convincendomi del ruolo essenziale di una corretta e continua informazione al paziente ed ai suoi familiari, durante tutte le fasi del percorso riabilitativo. Ritengo che ogni minuto speso per aiutare il paziente ed i suoi familiari a comprendere quali siano le cause della sua disabilità, e che cosa si vorrebbe fare insieme a lui per aiutarlo, sia sempre ampiamente ripagato da ore risparmiate nello svolgimento del progetto riabilitativo e da una maggiore efficacia nel rispondere ai bisogni di coloro che siamo chiamati ad aiutare.

Già nella dichiarazione di Alma Ata del 1978, l'Organizzazione Mondiale della Sanità richiamava tutti sulla necessità di mettere a punto in ogni occasione interventi di “educazione sanitaria al fine di fornire alle persone gli strumenti critici per prendere le decisioni migliori per il loro benessere” e chiamava questo intervento con il termine “*empowerment*”, ossia rendere più forte la persona. Questo può essere visto come una sorta di “terapia informativo-educativa” volta a ristabilire per quanto possibile un giusto equilibrio nel rapporto tra i professionisti della sanità, il paziente e le persone per lui significative.

Accompagnare la persona con esiti di ictus cerebrale e i suoi familiari nel difficile percorso di conoscenza di cosa è successo, delle possibilità di recupero e, soprattutto, della accettazione della componente di inemendabilità del danno del cervello e delle sue conseguenze

è parte fondamentale del progetto riabilitativo ed essenziale per ottenere la migliore qualità di vita permessa dalla lesione patologica. Se manca la consapevolezza della natura del danno e l'accettazione della quota di disabilità che non potrà essere recuperata non ci potrà essere una buona qualità di vita. Aspettative irrealistiche dei cittadini, dei pazienti e dei loro familiari determina la ricerca del "miracolo" terapeutico e si concretizzano in un consumismo di prestazioni sanitarie spesso inutili e/o dannose o in potenziali conflitti tra professionisti sanitari ed utenti. Utenti che, nella ricerca di sempre nuove "tecniche di riabilitazione" o di moderni "centri di riabilitazione", si comportano come quella persona un po' "semplice" che continuava a cercare nuove sorgenti d'acqua per innaffiare il moncone della gamba amputata nella speranza di trovare quella "giusta" a far crescere l'arto amputato.

Il concetto di empowerment si basa sul considerare la persona nella sua completezza socio-relazionale, vedendola come titolare piena di propri poteri o diritti. Ciò porta anche ad espandere gli obiettivi della riabilitazione dalla massimizzazione delle abilità fisiche, cognitive e comportamentali alla fornitura di pari opportunità per l'inclusione in ambito comunitario.

L'informazione assume un valore ancora più cruciale quando ci troviamo di fronte a disabilità gravi e complesse, come nel caso di quelle secondarie ad una lesione cerebrale post ictus che sono caratterizzate comunque da una quota di inemendabilità della menomazione.

In questo caso essa va inserita nel contesto di un rapporto di comunicazione continua fra il team riabilitativo, la persona e la sua famiglia, in cui debbono trovare spazio anche momenti di supporto emotivo e di ascolto.

Ho sempre cercato di trasmettere questi principi ai miei collaboratori e alle persone che con me hanno condiviso negli anni l'attività clinica con le persone disabili e i loro famigliari, e non posso che rallegrarmi quando posso constatare che essi vengono sviluppati e messi concretamente in pratica nelle varie attività quotidiane.

Questa edizione dedicata all'ictus cerebrale segue dopo oltre 6 anni la prima edizione del "Diario di Bordo" dedicato alle Gravi

Cerebrolesioni Acquisite realizzato all'interno dell'allora Dipartimento di Riabilitazione della nostra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara. Una iniziativa che ha trovato significativi riscontri positivi nell'utenza e ha ricevuto importanti riconoscimenti in ambito socio-sanitario nazionale.

La realizzazione di questa edizione del Diario di Bordo per le persone colpite da ictus cerebrale e per i loro familiari è stata resa possibile dall'impegno di tutti i professionisti del Settore di Medicina Riabilitativa del Dipartimento Neuroscienze/Riabilitazione della nostra azienda e, soprattutto, dal generoso contributo della Fondazione Cassa di Risparmio di Ferrara, sempre disponibile nell'impegno sociale nei confronti delle persone in difficoltà.

A loro il mio e il vostro ringraziamento.

Ferrara, Novembre 2009



## DIARIO DI BORDO

“Diario di bordo” è una documentazione di eccezionale valore e utilità per i familiari di persone colpite da danni cerebrali. Ogni tematica affrontata non solo illustra e prospetta ai non addetti ai lavori la patologia e i danni fisici conseguenti a lesioni neurologiche di differente natura, ma consente di annotare l'andamento del decorso del paziente a seconda dell'argomento affrontato nelle varie schede. Informazioni di estrema validità sono riportate nell'ultima parte del volume concernenti le agevolazioni che spettano nei casi suddetti.

La trattazione del volume denota l'alta competenza professionale e l'esperienza degli autori dell'Ospedale San Giorgio di Ferrara, che da molti anni si dedicano alla riabilitazione delle persone cerebrolesi.

“Diario di bordo” è un vademecum non soltanto per i familiari dei pazienti ma consente agli operatori che sono preposti alle loro cure: medici, infermieri, fisioterapisti, operatori tecnici addetti all'assistenza, logopedisti, fisioterapisti, psicologi e altri, di avere un quadro dettagliato della situazione, aiutandoli a prestare la loro opera in questo settore nel modo più efficace ed adeguato possibile.

Formulo i più vivi auguri, che questo prezioso volume abbia la diffusione che merita. La lettura attenta fornirà sicuramente sollievo a quanti devono affrontare l'assistenza di persone a loro care.

*Dr. K. L. - Montalcini*



## **PERCHÉ IL DIARIO DI BORDO?**

La maggior parte delle persone che subiscono un danno cerebrale e i loro familiari non ha idea di quali ne siano le conseguenze né di come si svolga il percorso riabilitativo. Molti familiari dei pazienti ricoverati presso l'Unità Gravi Cerebrolesioni e l'Unità di Medicina Riabilitativa non sapevano neppure dell'esistenza di questo tipo di reparto, prima della malattia del loro congiunto.

D'altra parte, perché la riabilitazione sia efficace, bisogna che il paziente e la famiglia siano posti in grado di collaborare il più possibile con il team riabilitativo: è quindi necessario che ricevano informazioni adeguate lungo tutto il percorso di cura.

Durante il periodo di ricovero vi sono molti momenti di incontro fra il team, il paziente e la sua famiglia; abbiamo pensato di affiancare a questi momenti anche uno strumento scritto, che raccolga informazioni utili, da conservare e da consultare quando necessario.

Abbiamo pensato al percorso riabilitativo del paziente come ad un viaggio verso la ricostruzione di un progetto di vita dopo la catastrofe della malattia. Un viaggio che di solito è lungo, difficile e doloroso, ma anche – più spesso di quanto si creda – punteggiato di momenti di speranza, di entusiasmo, di grande coraggio e dignità. I componenti del team riabilitativo sono un po' i compagni di viaggio del paziente e della sua famiglia. Di qui il nome "Diario di Bordo"; uno strumento di viaggio, da conservare e consultare ma anche su cui annotare osservazioni, quesiti e appunti.

## **A CHI È DESTINATO IL “DIARIO DI BORDO”?**

Il “Diario di Bordo” è stato pensato per i pazienti affetti da esiti di ictus cerebrale e i loro familiari presi in carico dall’Unità di Medicina Riabilitativa e dall’Unità Gravi Cerebrolesioni del Dipartimento di Neuroscienze/Riabilitazione dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Il manuale informativo può avere anche un’utilità più generale, per pazienti e famiglie che sono seguiti presso altre strutture e per tutti coloro che per vari motivi vengono a contatto con i problemi della disabilità dovuta a un danno cerebrale post ictale: amici, operatori sanitari e sociali, persone che svolgono attività di volontariato.

## **COME È FATTO IL “DIARIO DI BORDO”?**

Il diario è pensato come uno strumento a “schede”, raggruppate in capitoli, che riguardano diversi argomenti rilevanti per il percorso riabilitativo. La suddivisione dei capitoli tiene conto delle diverse aree di intervento in cui si articola il progetto riabilitativo; per lo più ogni argomento viene presentato in forma di “domanda e risposta” per fornire una consultazione immediata in base al quesito che interessa in una determinata circostanza. In diverse schede viene richiamata l’attenzione su punti particolarmente critici che sono evidenziati da una cornice rossa tratteggiata e posti nella parte inferiore della scheda.

## **COME SI USA IL “DIARIO DI BORDO”?**

Il diario non sostituisce l’informazione fornita dal team dei professionisti della riabilitazione durante il percorso di presa in carico, ma ne costituisce la base di riferimento, la completa e la integra. Consigliamo ai pazienti ed ai familiari di portare con sé il diario in occasione degli incontri con gli operatori del team riabilitativo; sarà così possibile individuare le schede che possono essere d’aiuto in una certa fase del percorso, approfondire meglio certi argomenti, integrare l’informazione scritta con quella fornita nel colloquio.

I pazienti ed i familiari sono invitati ad utilizzare il diario anche per annotare appunti ed osservazioni durante le varie fasi del percorso di cura.

## COME È STATO REALIZZATO IL “DIARIO DI BORDO”?

Il diario è stato realizzato tenendo conto dei quesiti, problemi e delle necessità di informazione che più spesso sono stati espressi dai pazienti e dalle loro famiglie. Il contatto quotidiano con le persone che abbiamo il compito di assistere è stato una fonte preziosa di indicazioni per scegliere gli argomenti delle schede informative. Anche da tutti gli operatori del Settore di Medicina Riabilitativa sono venuti suggerimenti e stimoli utili alla scelta degli argomenti e alla loro esposizione e vorrei rivolgere un sentito ringraziamento a tutte queste persone.

Il diario è diventato uno strumento vivo e dinamico, sempre migliorabile ed aggiornabile a seconda del variare delle necessità e dei bisogni dei pazienti, delle famiglie e delle nuove acquisizioni scientifiche e tecnologiche; per questo siamo lieti di raccogliere qualsiasi osservazione o suggerimento che possa essere utile ed accrescerne l'efficacia.

È possibile utilizzare un indirizzo di posta elettronica ([n.basaglia@ospfe.it](mailto:n.basaglia@ospfe.it)) per inviare quesiti, critiche, proposte sui temi trattati nel diario.

# INDICE

| Capitolo 1

**INFORMAZIONI GENERALI SULL'ICTUS CEREBRALE,  
SUL CERVELLO E SUI DANNI CEREBRALI**      **PAG. 17**

| Capitolo 2

**IL PERCORSO DI CURA  
E IL PROCESSO RIABILITATIVO**      **PAG. 31**

| Capitolo 3

**AREA STABILITÀ INTERNISTICA**      **PAG. 49**

| Capitolo 4

**AREA FUNZIONI VITALI DI BASE**      **PAG. 61**

| Capitolo 5

**AREA FUNZIONI SENSOMOTORIE**      **PAG. 75**

| Capitolo 6

**AREA MOBILITÀ TRASFERIMENTI**      **PAG. 99**

| Capitolo 7

**AREA ABILITÀ COGNITIVO COMPORTAMENTALI**      **PAG. 113**



| Capitolo 8

**AREA AUTONOMIA E CURA DELLA PERSONA**

**PAG. 127**

| Capitolo 9

**AREA REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO**

**PAG. 137**

| Capitolo 10

**COSA FARE DOPO LA DIMISSIONE**

**PAG. 147**

| Capitolo 11

**AGEVOLAZIONI DI LEGGE E FISCALI**

**PAG. 155**

| Capitolo 12

**INDIRIZZI UTILI**

**PAG. 187**



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 1

# INFORMAZIONI GENERALI SULL'ICTUS CEREBRALE, SUL CERVELLO E SUI DANNI CEREBRALI



## ■ CHE COS'È L'ICTUS CEREBRALE?

L'ICTUS CEREBRALE è definito in lingua inglese come “stroke” e in gergo popolare viene chiamato con diversi nomi come “colpo apoplettico”, paralisi, trombosi cerebrale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce l'ictus come “l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale delle funzioni cerebrali della durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, attribuibile a vasculopatia cerebrale”.

L'ictus cerebrale si ha quando una parte ben delimitata del cervello viene danneggiata a causa di una alterazione di un vaso sanguigno del cervello. Il vaso sanguigno può venire ostruito (trombosi od embolia) ed impedire l'arrivo di sangue (**ischemia cerebrale**) in determinate zone del cervello o rompersi e causare una fuoriuscita di sangue dal cervello (**emorragia cerebrale**).

Il danno consiste nell'infarto (morte) di una zona del cervello. I neuroni, privati del necessario apporto di ossigeno trasportato dal sangue, muoiono entro pochi minuti; conseguentemente tutte le parti del corpo che sono sotto il controllo di questi neuroni cessano di funzionare. Il cervello è infatti un organo definito nobile, che soffre cioè molto rapidamente quando non riceve un sufficiente apporto di sangue.

L'ICTUS CEREBRALE rappresenta una delle patologie più frequenti e la prima causa di disabilità nell'adulto e negli anziani: due terzi dei casi si verificano sopra i 65 anni, ma possono essere colpite anche persone giovani.

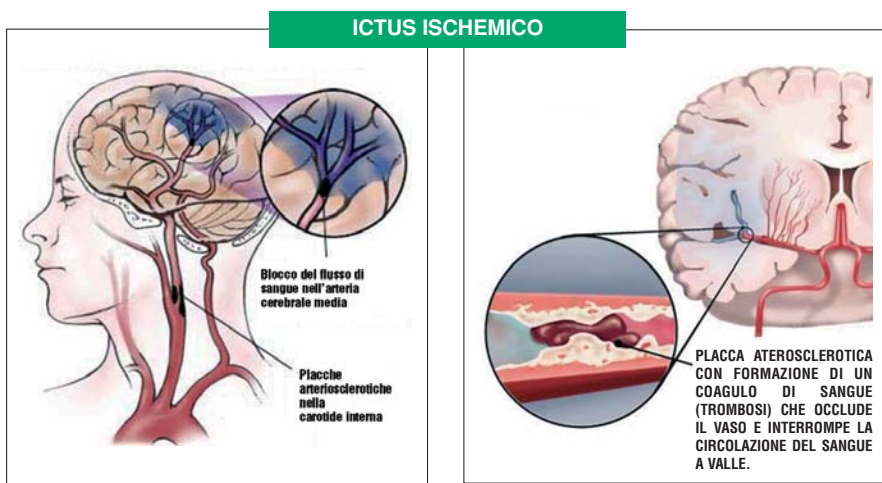
## ■ QUALI SONO LE CAUSE DELL'ICTUS CEREBRALE?

1- **L'ictus cerebrale ischemico** è responsabile di poco più dell'80% degli accidenti cerebrovascolari ed è di solito causato da una trombosi cerebrale o da una un'embolia cerebrale.

La trombosi cerebrale è sicuramente la causa più frequente di ictus. Essa è dovuta alla formazione di un'ostruzione (trombo) in un'arteria che porta sangue al cervello, danneggiata da placche arteriosclerotiche (incrostazioni) che si formano sulle pareti delle arterie, a causa di

un eccesso di grassi nel sangue, del fumo di sigaretta o della pressione sanguigna troppo elevata. La maggior parte delle trombosi si verifica di notte o nelle prime ore del mattino.

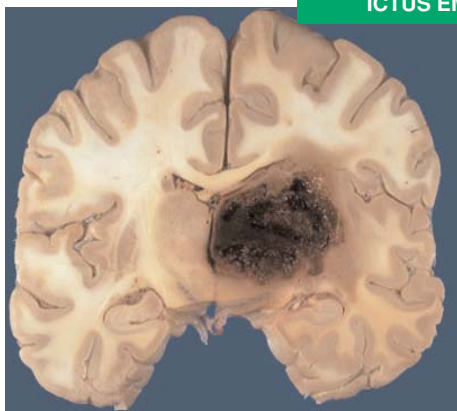
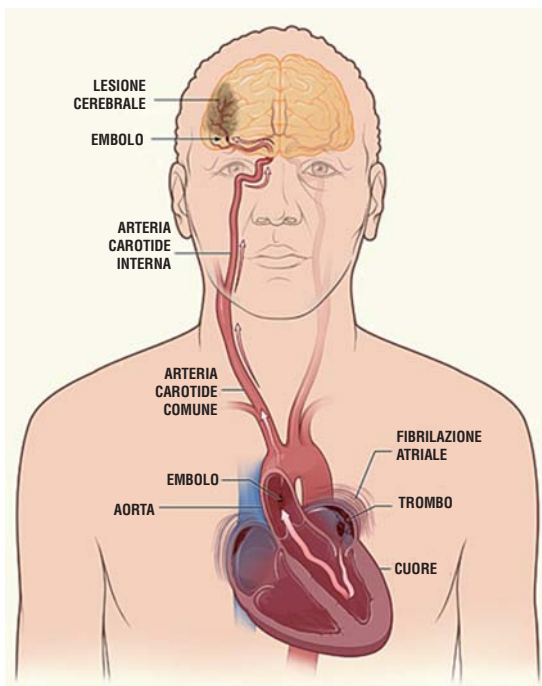
L'embolia cerebrale si ha quando piccolissimi coaguli di sangue, che si formano generalmente nel cuore o nelle arterie carotidi (arterie che portano il sangue al cervello), si staccano e, attraverso il flusso sanguigno, vengono trasportati verso un'arteria più piccola del cervello ostruendola ed impedendo, in questo modo, il passaggio del sangue e l'arrivo dell'ossigeno.



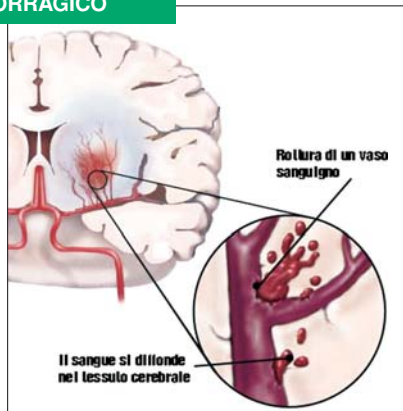
La causa più frequente di embolia cerebrale è la **fibrillazione atriale**. La fibrillazione atriale è la più comune fra le aritmie cardiache e si caratterizza in una alterazione del battito cardiaco per cui gli atri del cuore pompano il sangue nei ventricoli con forza insufficiente e a intervalli irregolari; questo provoca un ristagno del sangue nelle cavità atriali del cuore e ne favorisce la coagulazione. Il paziente può avvertire una sensazione di cardiopalmo (palpitazioni) e, tastandosi il polso, nota un'assoluta irregolarità dei battiti. Il ristagno di sangue nelle camere atriali "paralizzate" dall'aritmia favorisce la formazione di coaguli all'interno del cuore da cui possono distaccarsi alcuni fram-

menti (emboli), che, trasportati dal sangue, raggiungono i vasi del cervello e li ostruiscono, dando luogo all'ictus cerebrale. Per questo motivo i pazienti con fibrillazione atriale vengono solitamente trattati con farmaci anticoagulanti, farmaci che impediscono la formazione dei coaguli e mantengono fluido il sangue.

**2- L'ictus cerebrale emorragico** è responsabile di poco meno del 20% degli accidenti cerebrovascolari ed è di solito causato dalla rottura di un'arteria all'interno del cervello.



### ICTUS EMORRAGICO

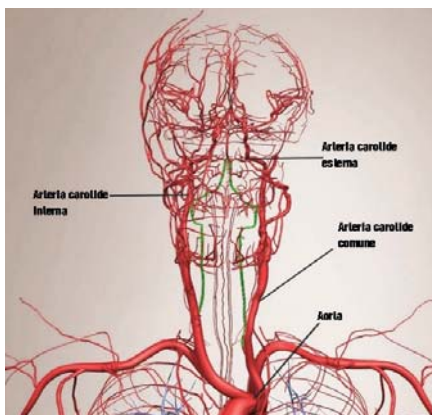


## ■ COME ARRIVA IL SANGUE AL CERVELLO?

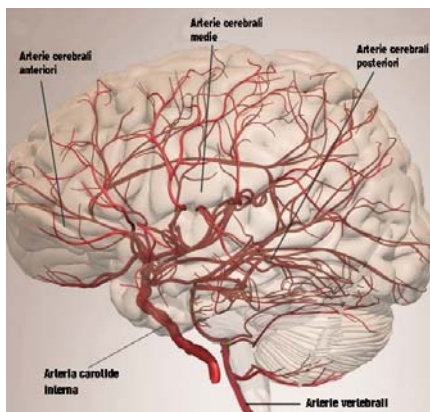
Il sangue arriva al cervello spinto dal cuore attraverso grossi condotti vascolari (arterie) che originano dall'aorta: le carotidi comuni anteriormente e le più sottili arterie vertebrali posteriormente.

Le carotidi comuni danno origine alle carotidi interne che insieme alle arterie vertebrali formano il cosiddetto circolo del Willis da cui originano tre grandi arterie per lato: l'arteria cerebrale anteriore, l'arteria cerebrale media (la più grande ed importante in quanto porta sangue a oltre i 2/3 di metà cervello) ed infine l'arteria cerebrale posteriore.

Ogni arteria porta sangue ad una ben definita area del cervello che viene danneggiata se l'arteria stessa si ostruisce o si rompe.



I vasi che portano il sangue dall'aorta al cervello (visti di fronte).



I vasi che portano il sangue al cervello (visti di lato).

## CHE FUNZIONI HA IL CERVELLO?

Il cervello è il centro di comando e di controllo di tutte le funzioni del nostro corpo. Alcune di queste sono sotto il nostro diretto controllo volontario, come la capacità di muoversi, il sentire, il pensare, il parlare (funzioni volontarie), altre non sono controllate dalla volontà e sono definite "autonome" come il respiro, il battito cardiaco, la pressione

arteriosa, il transito intestinale, la funzionalità degli ormoni. In altre parole il cervello è responsabile di tutta una serie di funzioni molto importanti come il movimento, le funzioni cognitive, l'emozione, i comportamenti.

Il cervello, insieme al midollo spinale contenuto all'interno della colonna vertebrale, rappresenta il Sistema Nervoso Centrale (SNC), la cui caratteristica è che le principali cellule che lo costituiscono, i neuroni, se morti, non hanno la capacità di riprodursi durante il corso della vita. Questo significa che i neuroni distrutti da un evento traumatico o da una malattia non si possono riprodurre e sono quindi persi per sempre. Di conseguenza le funzioni in precedenza svolte da queste cellule non potranno più essere svolte nella stessa maniera di prima o, nei casi più gravi, anche non essere più svolte del tutto. Il nostro cervello può avere tuttavia la possibilità di compensare la perdita di neuroni, creando nuove connessioni tra le cellule rimaste integre in modo da realizzare nuove strade in grado di "vicariare" le funzioni andate perdute.

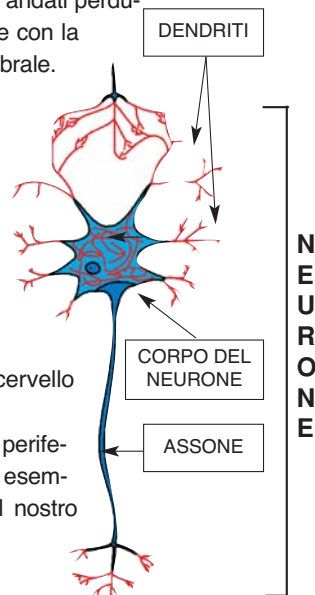
Ricordiamo però che anche quando il nostro cervello riesce ad attivare nuove connessioni e nuovi circuiti che suppliscono quelli andati perduti è pressoché impossibile che le funzioni vengano svolte con la stessa perfezione e specificità precedente al danno cerebrale.

## COS'È IL NEURONE?

I mattoni fondamentali che costituiscono il cervello sono i "neuroni".

I neuroni sono dotati di molti prolungamenti (detti "assoni" e "dendriti") che "toccano" altri neuroni per creare con essi delle connessioni (dette "sinapsi"). Queste connessioni permettono alle diverse aree del cervello di comunicare tra loro.

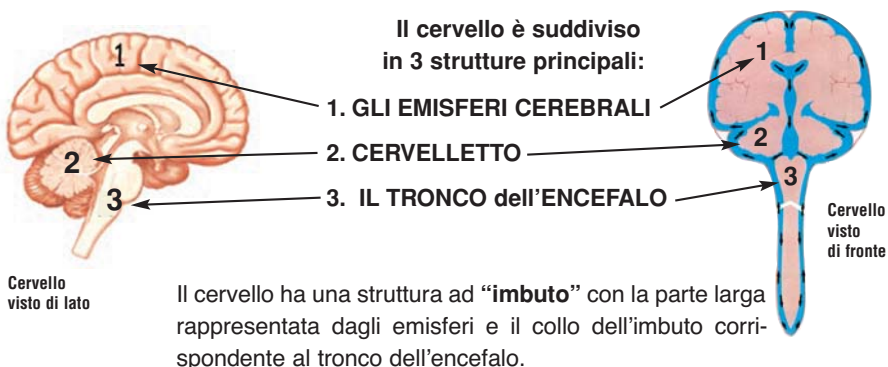
Lunghi prolungamenti di neuroni (assoni) formano i nervi periferici, che permettono al cervello di mandare i comandi (ad esempio ai muscoli) e di ricevere informazioni dal resto del nostro corpo e dal mondo esterno (ad esempio essere toccati, sentire le posizioni dei vari segmenti del corpo).



Potete pensare ai prolungamenti dei neuroni come ai fili di un complesso impianto elettrico. Essi fanno circolare gli impulsi in tutto il nostro cervello e ad altre parti del corpo. E' proprio un danno ai neuroni che sta alla base della maggior parte dei problemi delle persone che hanno subito un danno cerebrale.

## ■ COME È FATTO IL CERVELLO?

Il **CERVELLO** è contenuto all'interno della scatola cranica ed è completamente avvolto da una serie di involucri, le meningi, la più esterna delle quali è dura come il cuoio e si chiama dura madre. Il cervello è irrorato da alcuni vasi sanguigni (arterie cerebrali) che portano ossigeno e nutrimento.



Il cervello e il midollo spinale sono contenuti in un involucro ripieno di liquido trasparente come l'acqua con funzione di protezione dagli insulti esterni. Il liquido, chiamato liquido cefalo-rachidiano o **liquor**, è prodotto all'interno di cavità presenti dentro il cervello chiamate “**ventricoli cerebrali**”, anch'esse ripiene di liquor.

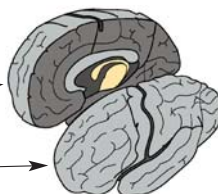
I ventricoli cerebrali sono quattro: uno in ciascuno dei due emisferi (ventricolo laterale destro e ventricolo laterale sinistro), uno al centro del cervello sopra il tronco cerebrale (terzo ventricolo), uno tra il tronco dell'encefalo e il cervelletto (quarto ventricolo).

I ventricoli sono tra loro comunicanti tramite condotti che permettono al liquor di circolare tra essi ed essere drenato in alcune strutture poste nella parte interna della scatola cranica. Quando per qualche ragione il liquido non circola, si accumula all'interno dei ventricoli e si viene a realizzare una condizione che si chiama **idrocefalo**.

## ■ QUALI SONO LE PRINCIPALI FUNZIONI DEGLI EMISFERI CEREBRALI?

Gli **EMISFERI CEREBRALI** sono due:

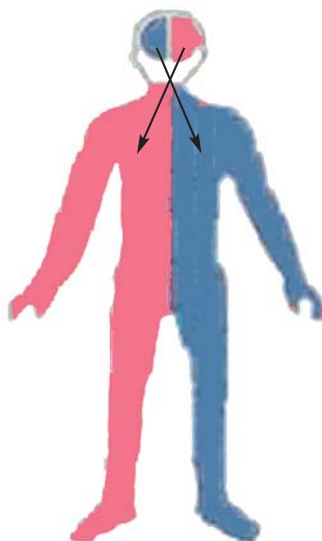
- uno destro
- e uno sinistro



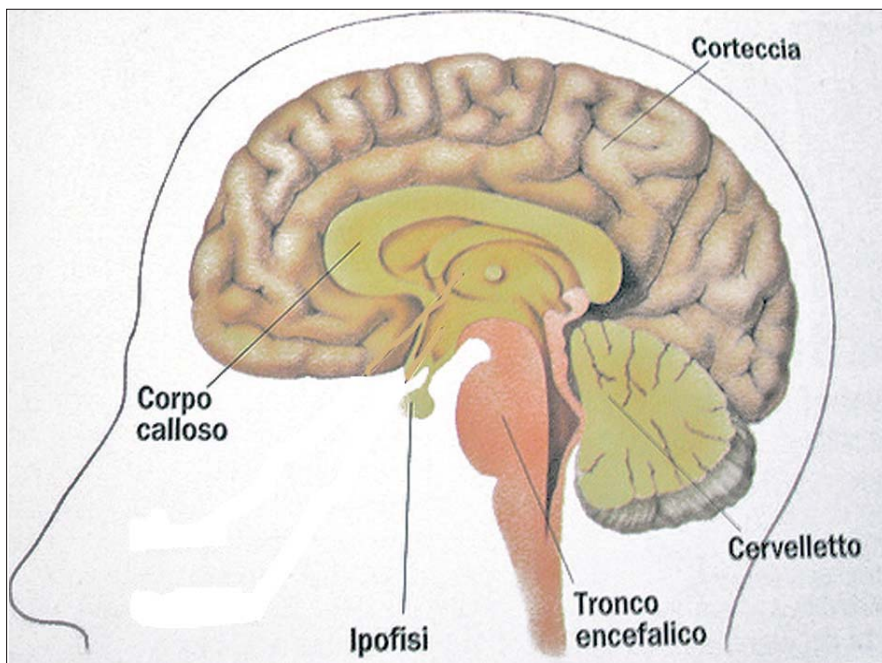
L'emisfero destro controlla i movimenti e riceve gli stimoli sensitivi della parte sinistra del corpo e viceversa.

**Ogni emisfero ha inoltre dei compiti diversi:**

- l'**EMISFERO SINISTRO** (più importante in un soggetto destrimane), controlla in particolare le funzioni del linguaggio come la comprensione e la produzione di parole e frasi, la lettura e la scrittura. Riceve gli stimoli sensitivi e controlla i movimenti della parte **destra** del corpo.
- l'**EMISFERO DESTRO** controlla la capacità di orientarsi nello spazio, di copiare e disegnare, di apprendere ritmi e musica. Riceve gli stimoli sensitivi e controlla i movimenti della parte **sinistra** del corpo.



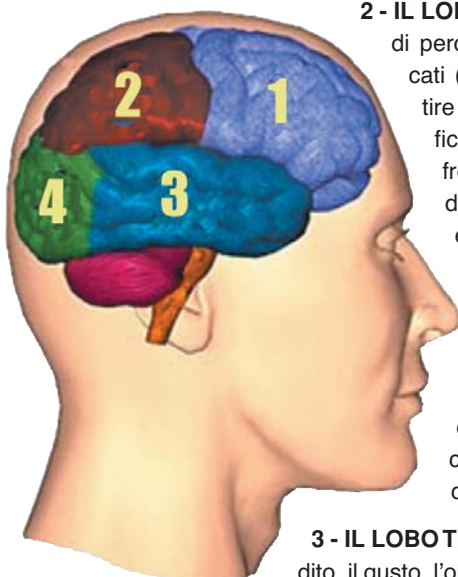
I due emisferi sono collegati tra loro da una struttura nervosa chiamata **corpo calloso** che permette il coordinamento delle reciproche attività..



## ■ QUALI SONO LE PRINCIPALI FUNZIONI DEI LOBI CEREBRALI?

Ogni emisfero è formato da 4 LOBI:

**1 - IL LOBO FRONTALE:** controlla il comportamento, le emozioni, l'adeguatezza sociale, la capacità di organizzare attività complesse e di formulare giudizi adeguati, la produzione del linguaggio, l'attivazione di movimenti volontari.



**2 - IL LOBO PARIETALE:** permette di percepire quando siamo toccati (sensibilità tattile), di sentire il dolore (sensibilità dolorifica), di sentire il caldo e il freddo (sensibilità termica), di riconoscere le posizioni e il movimento delle singole parti del corpo, è impegnato nel riconoscimento dello spazio attorno a noi ed infine controlla la capacità di eseguire in sequenza corretta le azioni della vita quotidiana.

**3 - IL LOBO TEMPORALE:** controlla l'udito, il gusto, l'olfatto, il linguaggio (prevalentemente la comprensione del significato delle parole); è inoltre coinvolto nel processo di memorizzazione di nuove informazioni.

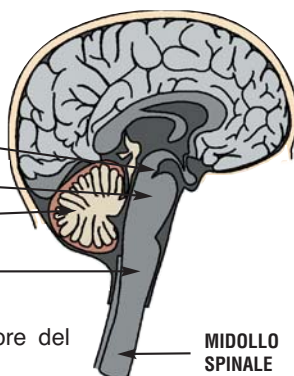
**4 - IL LOBO OCCIPITALE:** è sede delle percezioni delle immagini visive.

Così come gli emisferi anche i lobi cerebrali lavorano in modo sinergico e coordinato tra loro.

## ■ QUALI SONO LE FUNZIONI DEL TRONCO DELL'ENCEFALO?

Il TRONCO dell' ENCEFALO è a sua volta diviso in quattro parti:

1. il MESENCEFALO
2. IL PONTE
3. IL CERVELLETTO
4. IL BULBO



Il tronco dell'encefalo è la parte inferiore del cervello; è molto importante perché:

- Controlla funzioni vitali come la respirazione, la frequenza cardiaca, la regolazione della temperatura corporea;
- È indispensabile nel controllo della deglutizione dei cibi e delle bevande;
- Controlla l'equilibrio del nostro corpo mentre siamo fermi e quando camminiamo;
- Controlla i movimenti dei muscoli del viso e della bocca responsabili della articolazione della parola;
- Controlla i movimenti coordinati degli occhi.

Nel tronco encefalico è inoltre presente la cosiddetta sostanza reticolare ascendente, che ha un ruolo molto importante nel mantenere lo stato di vigilanza della persona e nello stimolare l'attività degli emisferi cerebrali.

### RICORDA

Possiamo schematicamente paragonare il nostro cervello ad un imbuto: la parte superiore dell'imbuto, ampia e dilatata, corrisponde agli emisferi cerebrali e il collo dell'imbuto, lungo e stretto, è il tronco cerebrale.

Le strade che portano gli stimoli dagli emisferi agli arti e viceversa passano per questa "strettoia", dove lesioni anche piccole creano grossi problemi e quindi danni gravi.

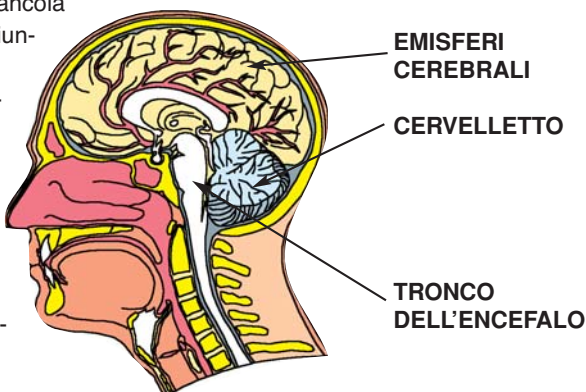
## ■ QUALI SONO LE FUNZIONI DEL CERVELLETTO?

La principale funzione del cervelletto è quella di controllare la pianificazione e l'esecuzione di ogni tipo di movimento in ogni parte del nostro corpo e quindi, quando è danneggiato, ogni movimento risulta alterato; essendo le sue funzioni prevalentemente motorie, lesioni in tale sede non causano perdite della sensibilità o delle funzioni cognitive.

Le persone con lesioni al cervelletto, o alle connessioni che il cervelletto ha con il tronco dell'encefalo, presentano disturbi dei movimenti dallo stesso lato del corpo dove è presente la lesione.

### I disturbi consistono in:

- oscillazioni involontarie degli arti e del tronco durante il movimento (grossolano tremore);
- incapacità di combinare i movimenti dei singoli segmenti di un arto in un movimento coordinato, armonico ed efficace;
- mancanza di coordinazione dei movimenti e incapacità di fare movimenti della lunghezza giusta (nel cammino il paziente barcolla come un ubriaco; nel prendere un oggetto con la mano o toccarlo con un piede l'arto brancola nello spazio prima di raggiungerlo);
- incapacità a compiere rapidamente movimenti alternati con gli arti;
- diminuzione della forza dei muscoli, cambiamento del modo di parlare con pronuncia scandita e a volte esplosiva delle parole (Disartria, vedi Cap. 5).



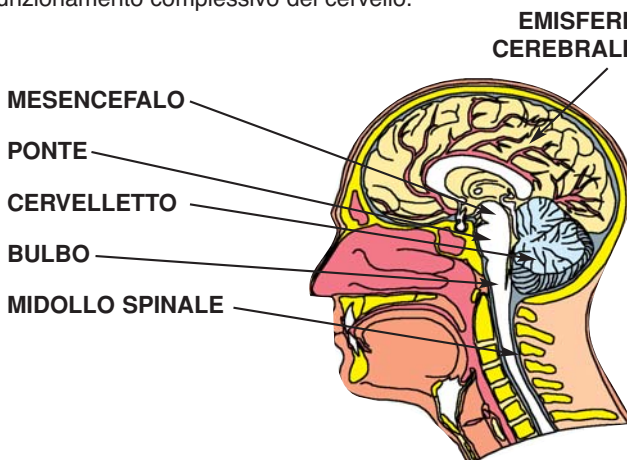
## ■ DA COSA È PROTETTO IL CERVELLO?

Ci sono vari strati di protezione tra il cervello e l'esterno del corpo.

**Essi sono:**

- 1) i capelli e il cuoio capelluto** - agiscono come un cuscino che assorbe un po' della forza dei colpi al capo;
- 2) il cranio** - fatto di molti piani ossei, che sono abbastanza flessibili da piegarsi dopo il colpo;
- 3) la dura madre** - una membrana dura come il cuoio che avvolge completamente il cervello;
- 4) il liquor** - lo spazio esistente tra la dura madre e il cervello è pieno di un liquido (detto liquor) che protegge il cervello dai movimenti improvvisi della testa e dai colpi più lievi.

L'integrità della scatola cranica oltre ad avere una forte funzione protettiva per le strutture cerebrali, crea un ambiente pressorio utile al buon funzionamento complessivo del cervello.





U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 2

# IL PERCORSO DI CURA E IL PROCESSO RIABILITATIVO



## ■ QUALE È IL PERCORSO DI CURA DI UNA PERSONA CHE SUBISCE UN ICTUS CEREBRALE?

Le persone che subiscono un ictus cerebrale necessitano di un percorso di cura specifico ed articolato che si sviluppa attraverso varie fasi, ognuna delle quali con obiettivi e scopi diversi.

### PERCORSO DI CURA DEL PAZIENTE COLPITO DA ICTUS CEREBRALE

#### ► FASE PRE-OSPEDALIERA

##### Obiettivi

- Riconoscimento precoce dei segni di ictus.
- Attivazione tempestiva del sistema dell'emergenza.
- Rapido trasporto in ospedale per salvare la vita al paziente e limitare al minimo i danni.
- Gestione del paziente durante il trasporto secondo protocolli



EMERGENZA

#### ► FASE OSPEDALIERA ACUTA

##### Obiettivi

- Ricoverare il paziente in strutture ospedaliere con requisiti ben definiti
- Effettuare una diagnosi definitiva.
- Favorire la sopravvivenza.
- Limitare gli effetti del danno al cervello.
- Prevenire complicanze conseguenti all'immobilità a letto (decubiti, rigidità delle articolazioni, polmoniti, trombosi venosa, etc.).
- Valutare la gravità dell'ictus e delle possibilità di recupero.
- Predisporre, quando necessario, adeguati percorsi riabilitativi.
- Fornire informazione al paziente e alla famiglia.



REPARTO  
PER ACUTI



OSPEDALE DI RIABILITAZIONE "SAN GIORGIO"

## ▶ FASE OSPEDALIERA POST ACUTA O RIABILITATIVA

### Obiettivi

- Prevenire i danni secondari.
- Effettuare la valutazione e il trattamento delle malattie preesistenti e delle complicanze che incidono sul recupero (diabete, pressione alta, problemi cardiaci e respiratori cronici, etc...).
- Favorire il recupero delle funzioni motorie, cognitive e comportamentali.
- Facilitare il recupero dell'autonomia in attività comuni, come mangiare, vestirsi, usare la toilette, camminare etc..
- Informare, educare, addestrare e guidare il paziente ed i suoi familiari allo scopo di consentire agli stessi la comprensione delle conseguenze disabilitanti dell'ictus.
- Preparare quanto necessario per riconsegnare in sicurezza il paziente al proprio ambiente di vita.



PARTECIPAZIONE SOCIALE DI UN EMIPLEGICO ILLUSTRE

## ▶ FASE POST-OSPEDALIERA - FASE DI RIABILITAZIONE SOCIALE O DEGLI ESITI

### Obiettivi

- Prevenzione secondaria e terziaria.
- Mantenimento dell'autonomia raggiunta e della massima partecipazione sociale possibile.
- Sostegno ed informazione al paziente e al nucleo familiare.

Ognuna delle fasi descritte si svolge in strutture diverse: la fase acuta nei reparti ospedalieri come ad esempio Medicina, Neurologia, Geriatria, Neurochirurgia; la fase riabilitativa nei centri di riabilitazione; la fase del reinserimento sociale nei presidi riabilitativi territoriali situati nella zona di vita del paziente e, in contemporanea, al domicilio del paziente, nel suo ambiente di vita.

La domiciliazione, ovvero il rientro del paziente nella propria casa è l'obiettivo primario di ogni presa in carico riabilitativa, pur essendovi situazioni in cui tale rientro non è possibile e dove è necessario individuare soluzioni diverse.

Il percorso di cura delle persone con esiti di ictus cerebrale si interessa di tutti gli aspetti di vita della persona colpita, perché l'ictus è un evento che ha ripercussioni su tutti gli aspetti di vita della persona e della sua famiglia.

## **COS'È LA RIABILITAZIONE E COSA PUÒ FARE PER LE PERSONE COLPITE DA ICTUS CEREBRALE?**

La riabilitazione è un processo di “soluzione di problemi”, con cui si cerca di aiutare la persona che ha subito un danno cerebrale e la sua famiglia a raggiungere il maggior livello di autonomia, di inserimento sociale e la migliore “qualità di vita” permessi dalla malattia e dalle risorse a disposizione. La riabilitazione comprende diversi tipi di intervento, che non sono solo sanitari, ma anche sociali; ad esempio, è un intervento riabilitativo la fisioterapia con cui si aiuta una persona a riprendere a camminare, ma anche l'assistenza che si fornisce alla persona disabile per consentirle di rientrare nel suo ambiente di vita con gli adattamenti necessari.

### **RICORDA**

**La riabilitazione della persona che ha avuto un danno cerebrale non si svolge solo quando la persona è ricoverata in ospedale; il progetto riabilitativo si può dire compiuto solo quando la persona ha potuto mettere alla prova le proprie capacità nel suo ambiente abituale di vita.**

## ■ COME SI SVOLGE LA PRESA IN CARICO RIABILITATIVA?

La presa in carico riabilitativa di una persona con ictus cerebrale è svolta da un gruppo di professionisti che lavorano in squadra (“team”); sono componenti essenziali del team il medico fisiatra, l’infermiere, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l’operatore socio-sanitario, lo psicologo, l’assistente sociale. Il team dei professionisti, sulla base delle valutazioni effettuate al paziente nei giorni successivi all’ingresso in reparto, elabora per ogni persona presa in carico una proposta di progetto riabilitativo individuale, che definisce ciò che il team pensa di raggiungere con il paziente al termine del percorso di cura. Questa proposta diventa il vero e proprio **“progetto riabilitativo”** dopo essere stato presentato, discusso e condiviso con il paziente, i familiari e le persone per lui significative. Gli obiettivi del progetto riabilitativo vengono perseguiti attraverso la formulazione e la messa in pratica di specifici **programmi riabilitativi**. I programmi messi in atto si diversificano a seconda delle problematiche e delle fasi del recupero. Per valutare il paziente nella sua interezza biologica, psicologica e sociale il nostro gruppo ha individuato 7 distinte aree nelle quali è possibile la presenza di problemi, che una volta individuati permettono di predisporre specifici programmi di rieducazione. Le aree individuate sono quelle della stabilità internistica, delle funzioni vitali di base, delle funzioni sensitive e motorie, della mobilità e trasferimenti, delle abilità cognitivo-comportamentali, dell’autonomia e cura della persona, del reinserimento sociale.

Queste aree sono utilizzate nell’impostazione dei capitoli di questo manuale.

Per ognuna di queste aree di problematicità, il team riabilitativo individua i possibili **obiettivi** che il paziente deve raggiungere nel breve-medio termine; ricordiamo che la presa in carico di una persona con ictus cerebrale è un percorso che prevede il raggiungimento di tappe successive (via via più complesse) e solo al raggiungimento di un determinato obiettivo è possibile perseguirne altri, ad esempio il paziente non potrà camminare prima di avere acquisito la possibilità di stare in piedi.

## ■ QUALI SONO GLI OBIETTIVI DELLA RIABILITAZIONE DURANTE LA DEGENZA IN OSPEDALE?

La squadra dei professionisti, insieme al paziente e alle persone per lui significative, predispone un progetto riabilitativo strettamente individualizzato. Gli obiettivi variano a seconda della gravità della lesione e della fase del recupero in cui si trova la persona. Ciò significa che, sebbene gli interventi seguano modalità apparentemente simili per tutte le persone, essi sono adattati sia alle condizioni cliniche, sia alla situazione familiare e sociale tenendo conto dei bisogni e delle preferenze della persona e della sua famiglia. È pertanto importantissimo che il paziente e i suoi familiari vengano costantemente coinvolti ed informati sull'andamento del progetto riabilitativo.



**Più in dettaglio gli obiettivi riabilitativi riguardano:**

- Il raggiungimento o il mantenimento di una soddisfacente **stabilità clinica generale**: si tratta quindi di mettere sotto controllo tutti i fattori di rischio dell'ictus (la pressione sanguigna, le aritmie cardiache, i livelli di glucosio nel sangue, ecc. e cercare di rimuovere tutti i fattori che possono ostacolare il recupero - vedi il capitolo "area della stabilità internistica");
- Il recupero della **autonomia nelle cosiddette funzioni vitali** di base: la persona viene aiutata a riprendere l'alimentazione per

### RICORDA

**La riabilitazione non si fa "alla" persona, ma "con" la persona e la sua famiglia; il team riabilitativo è composto dagli operatori, dal paziente e dalla sua famiglia. Collaborare tutti per raggiungere il miglior risultato è a volte faticoso e difficile, ma è indispensabile alla buona riuscita del progetto riabilitativo.**

bocca e a raggiungere il controllo dell'eliminazione delle urine e delle feci (vedi il capitolo "area delle funzioni vitali di base");

➤ la **prevenzione o la riduzione dei danni provocati dalla immobilità**: ad esempio, la persona viene gradualmente riabilitata a stare seduta, gli arti colpiti vengono mobilizzati regolarmente, quando possibile si mette la persona in piedi, anche se non è in grado di reggersi, attraverso appositi apparecchi;

➤ il miglioramento delle sue **abilità motorie**, cercando di sollecitarlo a muovere attivamente gli arti colpiti, a riprendere la capacità di stare in piedi e camminare, ad afferrare e manipolare gli oggetti. Spesso il danno cerebrale provoca gravi difficoltà di controllo dei movimenti, che non sempre possono essere recuperate con la rieducazione motoria (vedi il capitolo sulle "funzioni senso-motorie");

➤ il miglioramento delle sue **abilità cognitive**, cercando ad esempio di favorire il recupero della capacità di prestare attenzione alla propria persona e all'ambiente circostante, della capacità di comunicare in modo efficace. Come per le funzioni motorie, anche le capacità cognitive possono essere compromesse in modo grave e non recuperare del tutto dopo un danno cerebrale (vedi il capitolo "area abilità cognitivo-comportamentali");

➤ il miglioramento delle sue **competenze comportamentali**, cercando ad esempio di mantenere un tono dell'umore che permetta alla persona di collaborare e partecipare alle attività riabilitative (vedi il capitolo "area abilità cognitivo comportamentali");

➤ il **recupero della autonomia nelle attività quotidiane elementari**, come la capacità di vestirsi, lavarsi, spostarsi; la persona viene quindi sollecitata a mettere in pratica le sue capacità mentali e motorie, attraverso programmi di riaddestramento specifico (vedi il capitolo "area autonomia e cura della persona" e "area mobilità e trasferimenti").

■ **In previsione della dimissione del paziente si cercherà di preparare la persona e la sua famiglia al reinserimento al domicilio; sarà necessario quindi fare un bilancio delle abilità che la persona è stata in grado di recuperare e delle aree in cui ancora necessita di aiuto e adattare gli interventi a seconda di quale sarà la situazione una volta usciti dall'ospedale. Qualche volta ci sono condizioni famigliari e sociali che impediscono il rientro a domicilio della persona. In questi casi è necessario pianificare l'inserimento in strutture alternative al domicilio. Qualora la persona possa rientrare a casa, gli obiettivi riabilitativi riguardano:**

- il consolidamento del livello di autonomia raggiunta nelle attività semplici della vita quotidiana;
- il recupero della autonomia nelle attività più complesse della vita quotidiana; esse sono, ad esempio, la capacità di programmare le attività domestiche, di riprendere la guida dell'auto e così via;
- la individuazione, la fornitura e l'addestramento all'uso degli ausili tecnici che possono facilitare le attività quando la persona presenta difficoltà persistenti, ad esempio l'addestramento all'uso della carrozzina o di ausili per facilitare la vestizione, l'alimentazione, l'attività del cucinare.
- la predisposizione dell'abitazione in funzione del reinserimento a domicilio e la organizzazione della vita famigliare, in funzione delle necessità della persona e del suo nucleo famigliare.
- la ripresa di contatti con il mondo del lavoro, in vista di un futuro reinserimento per le persone ancora in attività (vedi "area del reinserimento sociale e lavorativo").

## ■ COME AVVIENE IL RECUPERO DELLE CAPACITÀ DELLA PERSONA DOPO UN ICTUS CEREBRALE?

Nei primi tempi il recupero avviene perché il cervello, sebbene danneggiato, riesce spontaneamente a “riorganizzarsi” e può riprendere a poco a poco una parte delle sue funzioni; è attraverso questo meccanismo che, ad esempio, una persona che all’inizio ha una paralisi degli arti può riprendere gradualmente a muoverli, anche se non con la stessa destrezza di prima. Questo **recupero spontaneo** viene chiamato in gergo tecnico “**recupero intrinseco**” ed è dovuto ad una ripresa del funzionamento di neuroni danneggiati e sofferenti e ad un “riassetamento” complessivo del cervello.

Se il danno cerebrale è grave tale recupero non è completo perché le parti del cervello rimaste “sane” non possono sostituire completamente quelle danneggiate.

Il recupero intrinseco o spontaneo avviene nelle prime settimane dopo il danno cerebrale e, in questa fase, la riabilitazione ha il ruolo di accompagnare e facilitare tale recupero, rimuovendo ciò che può ostacolarlo o rallentarlo.

Si ritiene che il recupero spontaneo possa continuare fino ad un massimo di sei mesi; trascorsi questi mesi si pensa che le capacità di un ulteriore “ristoro” spontaneo del cervello siano estremamente limitate.

Questo non significa che, passato tale periodo, il processo riabilitativo abbia termine. Molto spesso quando finisce il recupero spontaneo, la persona che ancora presenta difficoltà motorie e/o cognitive non guaribili potrà trovare modalità che le permettono di superarle, almeno in parte.

La riabilitazione in questo caso cerca di favorire il cosiddetto “**recupero compensatorio o adattativo**”, cioè di aiutare la persona a raggiungere il massimo grado di autonomia possibile, malgrado il persistere di menomazioni che non si possono eliminare.

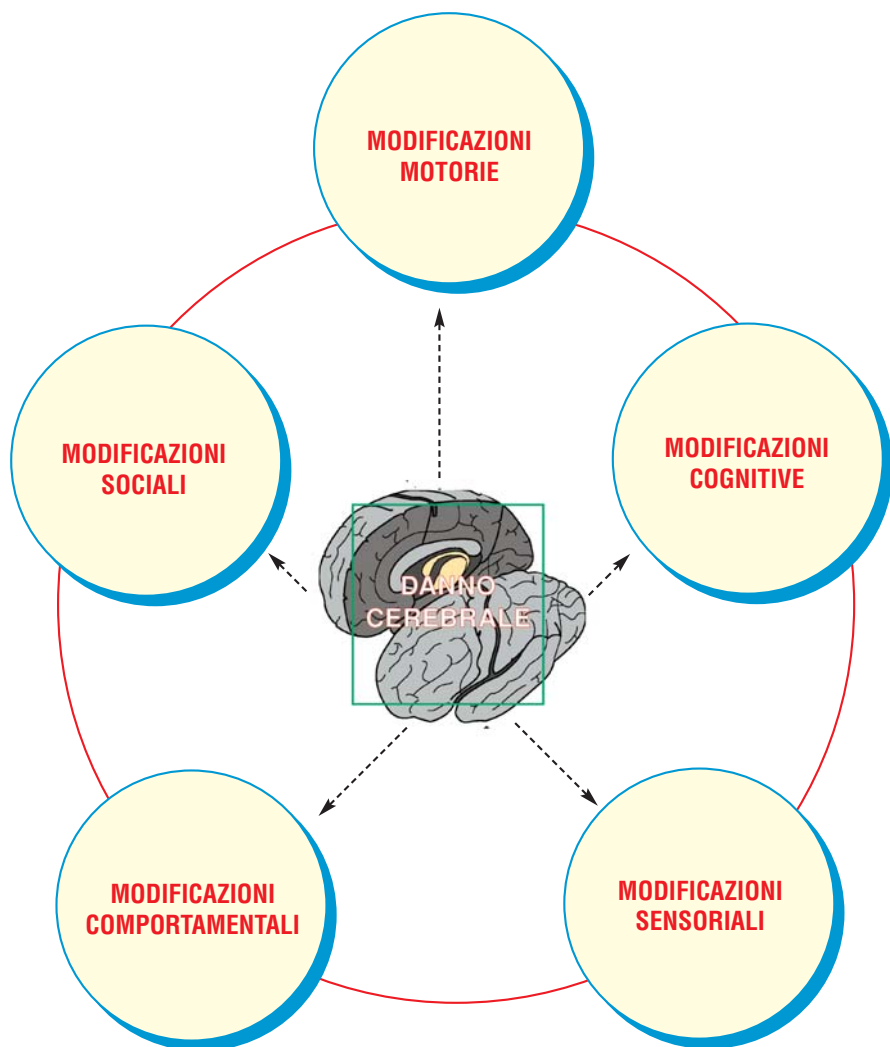
Il recupero adattativo ha tempi molto meno definiti di quelli del recupero spontaneo e può andare avanti anche per alcuni anni; spesso continua anche quando il paziente rientra al proprio domicilio e può,

anzi, essere incentivato e stimolato dal reinserimento del paziente nel proprio ambiente di vita.




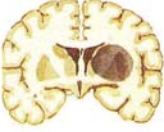



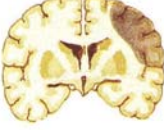






Infine, poiché pensiamo che sia molto importante che il paziente e la sua famiglia abbiano ben chiaro sia quelle che sono le possibilità sia quelli che sono i limiti della riabilitazione, ricordiamo che **la riabilitazione NON agisce sul danno cerebrale ma sugli esiti di tale danno**, ovvero non può far rinascere le cellule morte in seguito al danno o ridurre la vastità di una lesione cerebrale, **ma il compito della Medicina Riabilitativa è quello di accompagnare e facilitare il recupero cerebrale spontaneo e di stimolare il recupero compensatorio, ovvero l'utilizzo massimale delle risorse e delle potenzialità della persona.**

Questo significa che la riabilitazione non potrà far tornare a muovere il braccio di una persona se la zona del cervello che comanda i movimenti del braccio è stata completamente danneggiata, ma potrà insegnare alla persona come essere autonoma anche utilizzando un braccio solo o, se sono presenti solo alcuni movimenti del braccio ed altri no, potrà insegnarle come utilizzare i movimenti rimasti nel modo migliore possibile. Nello stesso modo in caso di una lesione della zona del cervello che controlla la capacità di parlare e di capire quello che viene detto dagli altri, la riabilitazione non potrà far tornare la persona a parlare come prima ma potrà insegnarle a comunicare, sfruttando al massimo le abilità comunicative rimaste, anche non verbali.

## ■ QUALI SONO I POSSIBILI ESITI DI UN ICTUS CEREBRALE?



## Gli esiti di un ictus cerebrale dipendono dalla zona che è stata lesionata (area scura nelle figure)

VISTA DI LATO	VISTA DI FRONTE	ESITI PREVISTI
		Paralisi dei movimenti e perdita della sensibilità nella metà laterale del corpo dalla parte opposta alla lesione; disorientamento spaziale; incapacità di vedere nella metà del campo visivo dalla parte del lato paralizzato; incapacità di capire le parole sia a voce sia scritte ed incapacità di parlare (afasia globale) se lesa l'emisfero sinistro.
		Paralisi dei movimenti e perdita della sensibilità nella metà laterale del corpo dalla parte opposta alla lesione; difficoltà nel parlare se la lesione è a sinistra.
		Debolezza e perdita di sensibilità alla metà viso e alla mano controlaterali alla lesione; disturbi del linguaggio e incapacità di eseguire dei movimenti su comando (aprassia), incapacità a scrivere e ad eseguire calcoli, errori nel riconoscimento delle parti del corpo (se la lesione è a sinistra); difficoltà a ricostruire oggetti (se la lesione è a destra).
		Paralisi dei movimenti e perdita della sensibilità nella metà laterale del corpo dalla parte opposta alla lesione; disorientamento nello spazio, incapacità a produrre parole (se la lesione è a sinistra).
		Incapacità di vedere nella metà o nel quadrante superiore del campo visivo dalla parte del lato paralizzato; difficoltà a parlare (afasia) caratterizzata dall'emissione di molte parole che però non fanno capire il significato delle cose che la persona intende comunicare (se la lesione è a sinistra), difficoltà a ricostruire oggetti (se la lesione è a destra).
		Difficoltà a controllare le emozioni (incontinenza emotiva); paralisi dei movimenti nella metà laterale del corpo dalla parte opposta alla lesione; ridotta iniziativa; difficoltà nel linguaggio (afasia) (se lesione è a sinistra).
		Debolezza dell'arto inferiore controlaterale alla lesione, perdita di sensibilità al piede; difficoltà nel parlare con però una buona capacità di capire quello che dicono gli altri (se la lesione è a sinistra).

## ■ QUALI ELEMENTI VENGONO UTILIZZATI PER FORMULARE UNA PROGNOSI DI RECUPERO?

- **Vastità della lesione:** più la zona del cervello danneggiata è grande, minori saranno le possibilità di un recupero spontaneo e anche minori le possibilità di un significativo recupero compensatorio.
- **Sede della lesione:** più le lesioni sono nella parte bassa “dell’imbuto” (vedi Cap. 1) meno la prognosi è favorevole per il recupero motorio; lesioni in aree del cervello in cui è concentrato il controllo di una specifica funzione, hanno prognosi sfavorevole per il recupero della funzione stessa.
- **Tipo di ictus:** l’ictus emorragico recupera meglio di quello ischemico causato da trombosi od embolia.
- **L’attività fisico-motoria e cognitiva precedente l’ictus:** maggiori erano l’attività fisica e gli interessi prima dell’ictus, migliore è il recupero.
- **La presenza di patologie associate e le condizioni cliniche complessive:** l’assenza di danni ad altri organi e una buona condizione generale precedente sono elementi favorevoli per il recupero.
- **Le abitudini di vita precedenti l’ictus.**

### RICORDA

Nessun fattore ha da solo un valore prognostico assoluto ma vanno analizzati nel loro insieme e messi a confronto con le condizioni cliniche del paziente, ovvero con ciò che un esame attento della persona permette di osservare.

## ■ QUALE PUO' ESSERE LA SITUAZIONE DELLA PERSONA AL TERMINE DEL PERCORSO RIABILITATIVO E COME SI MISURANO GLI ESITI?

Esistono diversi sistemi per classificare il livello complessivo del recupero di una persona colpita da un ictus cerebrale; uno dei più semplici ed usati si chiama Scala di Rankin. Questo strumento classifica in tutto il mondo il livello di recupero in 5 categorie.

### SCALA DI RANKIN

Grado	Descrizione
<b>0</b>	Assenza totale di sintomi.
<b>1</b>	Nessuna disabilità significativa malgrado i sintomi: è in grado di svolgere tutte le attività e i compiti abituali.
<b>2</b>	Disabilità lieve: incapace di svolgere tutte le attività precedenti, ma capace di badare alle proprie faccende senza assistenza.
<b>3</b>	Disabilità moderata: richiede qualche aiuto, ma è in grado di deambulare senza assistenza.
<b>4</b>	Disabilità moderatamente grave: incapace di camminare senza assistenza e incapace di badare ai bisogni del proprio corpo senza assistenza.
<b>5</b>	Disabilità grave: costretto a letto, incontinente e bisognoso di assistenza infermieristica costante e di attenzione.

## ■ QUALE È IL RUOLO DELLA FAMIGLIA NEL PERCORSO RIABILITATIVO?

Nel percorso riabilitativo di una persona che ha subito un ictus cerebrale, la famiglia è una risorsa molto importante, la cui collaborazione con il team dei professionisti è fondamentale per condurre il paziente a raggiungere il miglior livello di recupero possibile. D'altro canto, il fatto che un proprio caro abbia un ictus è un evento che ha ripercussioni su tutta la famiglia e può mettere a dura prova l'equilibrio sia fisico che psicologico dei componenti. È per questo motivo che in un reparto di Riabilitazione è indispensabile che il team si prenda cura anche della famiglia, del suo "benessere" psicologico, per consentirle di essere a tutti gli effetti una risorsa positiva all'interno del processo riabilitativo del paziente.

Nel team di solito è presente **uno psicologo**, da cui la famiglia può ricevere un aiuto specialistico.

## ■ QUALCHE SUGGERIMENTO PER AFFRONTARE AL MEGLIO LA SITUAZIONE?

Può succedere che osservate nel vostro caro atteggiamenti, reazioni, comportamenti diversi da quelli che gli erano propri prima dell'ictus e che eravate abituati a conoscere (ad esempio reazioni di pianto o di riso incontrollato, maggiore irritabilità, ecc.); queste situazioni possono crearvi difficoltà nel "riconoscere" il vostro familiare e generare in voi preoccupazione ed ansia; ricordatevi che nella gran parte dei casi questi "cambiamenti" dei comportamenti non dipendono dalla volontà del paziente, non sono necessariamente una reazione alla situazione in cui si trova e spesso non hanno significati particolari legati alla sua storia di vita precedente l'ictus, ma sono determinati dal danno che l'ictus ha provocato in alcune zone del cervello del paziente.

**Rivolgetevi al team dei professionisti che ha in cura il paziente perché vi aiuti a comprendere il significato e l'origine dei comportamenti e delle reazioni del vostro caro e vi metta nelle condizioni di gestire la situazione in modo adeguato.**

**Ricordate che:** stare accanto ed occuparsi di una persona che ha avuto un ictus comporta un grosso impegno psicologico ed emotivo (oltre che fisico) per i familiari, impegno che si aggiunge al dolore per la situazione in cui si trova una persona cara e alle preoccupazioni per la sua salute e per la sua vita futura. E' importante quindi che abbiate cura anche di voi stessi e vi facciate sostenere ed aiutare nell'affrontare la situazione, non avendo timore di parlare dei vostri sentimenti con la famiglia, gli amici e con il personale curante.

## Capitolo 3



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

# AREA STABILITÀ INTERNISTICA



L'ictus cerebrale è di solito la conseguenza di altre malattie come pressione alta (ipertensione), aritmie cardiache, alterazioni del metabolismo degli zuccheri e dei grassi, occlusioni dei grossi vasi del collo; un ictus può accadere inoltre in persone già affette da malattie di varia natura, che si aggravano durante il ricovero nei reparti per acuti.

Le patologie preesistenti più frequenti sono spesso caratteristiche dell'età avanzata e vengono definite con il termine "comorbilità", ossia la presenza di più patologie contemporaneamente nello stesso paziente; esse sono per lo più patologie croniche.

In altri casi, invece, le patologie si presentano come **complicazioni** che avvengono in conseguenza dell'ictus, entro i primi giorni dopo questo o a distanza di tempo.

**La cura di queste condizioni è un presupposto indispensabile per favorire il recupero ed effettuare un corretto percorso riabilitativo.**

## ■ QUALI SONO LE PRINCIPALI COMPLICAZIONI DOPO UN ICTUS CEREBRALE?

### LA FEBBRE

Dopo il trasferimento nel reparto di Riabilitazione, specie nelle prime settimane, alcune persone possono presentare la comparsa di febbre.

#### ■ QUALI POSSONO ESSERE LE CAUSE?

La febbre può essere il segno di un'infezione in atto che può colpire ad esempio le vie respiratorie o le vie urinarie, oppure l'intero organismo (setticemia o sepsi) con la diffusione di germi attraverso la circolazione sanguigna.

#### ■ COSA FARE?

Le infezioni vengono di solito trattate con farmaci antibiotici "mirati" con precisione sull'agente batterico che ha determinato l'infezione. In ogni caso, il controllo della temperatura corporea, soprattutto se superiore a 38°C, con farmaci antipiretici deve essere raggiunto per consentire al paziente lo svolgimento della fisioterapia e delle attività della vita quotidiana.

## IL DOLORE

Il dolore localizzato al lato del corpo paralizzato deve essere valutato attentamente. Questo può essere di origine “centrale”, cioè essere causato da una disfunzione dei meccanismi di controllo del dolore stesso, da parte di aree del cervello che sono state danneggiate dall’ictus; può presentarsi subito dopo l’ictus o, talora, anche settimane o mesi dopo. Questo sintomo prende il nome di **“sindrome talamica”** e consiste in una sensazione dolorosa che il paziente avverte spontaneamente o è accentuata da stimolazioni della pelle, normalmente non dolorose, applicate sulla metà del corpo colpito da paralisi.

Il dolore si presenta frequentemente alla spalla paralizzata e può essere parte di una grave sindrome chiamata **algodistrofia simpatico riflessa** (vedi capitolo 5).

Varie articolazioni come il ginocchio e l’anca, soprattutto se precedentemente artrosiche, possono dare dolori importanti.

## PROBLEMI RESPIRATORI

I problemi respiratori più frequenti possono essere dovuti ad un passaggio di cibo e/o liquidi nei polmoni tramite la trachea e i bronchi (aspirazione) (vedi cap.4) che causano infezioni (polmonite, broncopolmonite) o ad infezioni polmonari di altra natura (virale, batterica). Possono altresì presentarsi problemi respiratori dovuti ad aggravamenti di patologie croniche cardiache o broncopolmonari da cui il paziente era già affetto.

## PROBLEMATICHE CARDIO-CIRCOLATORIE

Le condizioni patologiche cardiocircolatorie più frequenti, presenti in una maggiore percentuale nei soggetti colpiti rispetto ai soggetti non affetti da ictus, sono l’ipertensione, la cardiopatia ipertensiva, la coronaropatia, l’ipertrofia ventricolare sinistra e lo scompenso cardiaco.

## ■ EPILESSIA

### ■ COS'È L'EPILESSIA POST-ICTUS?

Diverse persone colpite da ictus presentano o in fase acuta, ma più frequentemente a distanza di mesi (maggiore frequenza nel 3° e 4° mese) episodi brevissimi (da pochi secondi a 1-2 minuti) di perdita di coscienza con convulsioni o la più semplice comparsa di episodi caratterizzati da movimenti involontari a carico di un distretto del corpo paralizzato, ossia la cosiddetta "epilessia post-lesionale".

#### **Ci sono diversi tipi di crisi epilettiche:**

1 - le **crisi generalizzate**: provocano un irrigidimento, seguito da scosse diffuse alle braccia e alle gambe. Il paziente perde coscienza e spesso anche il controllo degli sfinteri (intestino e vescica). Durante la crisi la respirazione può essere irregolare. Segue spesso un periodo di grande stanchezza. La persona riprende a respirare normalmente e si sveglia nel giro di alcuni minuti.

2 - le **crisi epilettiche parziali** (o convulsioni focali): non provocano perdita di coscienza, ma si manifestano con dei movimenti involontari di un arto o del viso, oppure con alterazioni delle percezioni sensoriali (allucinazioni tattili, visive, uditive).

### ■ COSA PUÒ FACILITARE LA COMPARSA DI UNA CRISI EPILETTICA?

Se una persona soffre di epilessia post-lesionale, uno o più di questi eventi può scatenare una crisi:

- Scarsa efficacia dei farmaci per il controllo dell'epilessia.
- Bere bevande alcoliche.
- Assumere molto caffè, the o comunque bevande eccitanti (cocacola compresa).
- Febbre.
- Preoccupazione eccessiva, paura, stress, stanchezza.
- Luci intermittenti e/o lampeggianti.
- Rumori forti ed improvvisi.

### ■ COSA FARE DURANTE UNA CRISI EPILETTICA?

Quando si verificano le crisi epilettiche, di solito queste sono di breve durata (da uno a tre minuti). Nel caso di una crisi motoria parziale, generalmente non è necessario fare niente. Nel caso di una crisi generalizzata, è sufficiente:

- Stare vicino alla persona.
- Restare calmi.
- Sdraiare la persona sul pavimento.
- Mettere la persona su un fianco se possibile.
- Allontanare dalla persona oggetti che potrebbero farle male (oggetti taglienti o duri).
- Proteggere la testa della persona.
- Slacciare gli abiti troppo stretti.

### ■ COSA NON BISOGNA FARE DURANTE UNA CRISI EPILETTICA?

- Non cercate di aprire la bocca della persona.
- Non mettete niente in bocca alla persona.
- Non cercate di fermare i movimenti della persona.

Tutto ciò allo scopo di evitare che la persona possa farsi male nel corso della crisi epilettica.

È sempre necessario comunicarlo al proprio medico curante. Se la crisi avviene in occasione di una prova di domiciliazione è utile contattare immediatamente il medico di guardia del Centro di Medicina Riabilitativa e seguirne le indicazioni.

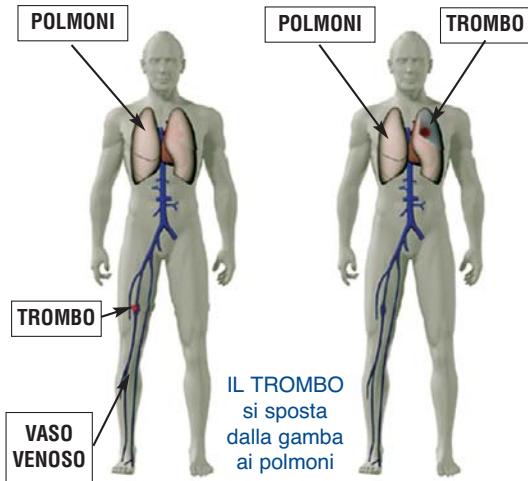
### ■ QUANDO OCCORRE UTILIZZARE FARMACI ANTIEPILETTICI?

La terapia farmacologica, nelle epilessie post ictus, è molto efficace e ha scarsi effetti collaterali che, di solito, si manifestano solo nelle prime settimane dall'inizio della terapia con affaticamento, sonnolenza e che regrediscono spontaneamente. La necessità di intraprendere la terapia viene attentamente valutata dal medico specialista. Una volta iniziata la terapia deve continuare a lungo (anni), deve essere assunta con regolarità e sospesa solo su stretto controllo medico specialistico.

## ■ COMPLICANZE FLEBITICHE E TROMBOFLEBITICHE

### ■ COSA SONO?

Dopo un danno cerebrale, sia nella fase acuta sia più tardivamente, può comparire una flebite a livello di un arto (solitamente una gamba, più raramente un braccio). La flebite è un'infezione delle vene con associata una trombosi (un grumo di sangue coagulato – trombo) che blocca il ritorno del sangue al cuore; è favorita dall'assenza di movimento negli arti paralizzati in quanto, la mancanza di attività muscolare rallenta il ritorno del sangue al cuore mediante le



IL TROMBO  
si sposta  
dalla gamba  
ai polmoni

vene. Se il trombo o sue parti si staccano dalla vena e arrivano nei polmoni provocano un'embolia polmonare, che può portare a gravi difficoltà respiratorie e comportare pericolo per la vita. (*Vedi figura accanto*).

Una tromboflebite si presenta con la comparsa di gonfiore, calore, arrossamento e dolore all'arto interessato. Ogni sospetto va immediatamente segnalato al medico o al personale d'assistenza.

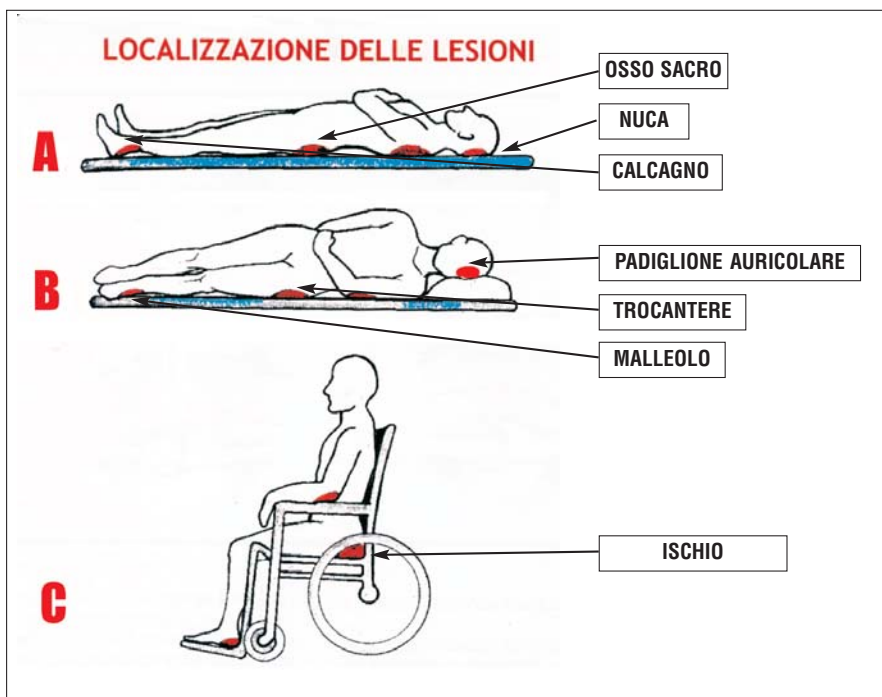
### ■ COSA FARE?

- Seguire attentamente le indicazioni del medico e del personale di assistenza.
- Assumere i farmaci prescritti (Eparina sottocute, di solito nella pancia o farmaci anticoagulati).
- In alcuni casi utilizzare calze elastiche.
- Posizionare l'arto colpito "in scarico" (cioè sollevato rispetto al corpo), ma senza piegarlo troppo a livello dell'anca.
- Non massaggiare o manipolare l'arto energicamente
- Non camminare (se il paziente può camminare).

## ■ LESIONI DA DECUBITO

### ■ COSA SONO LE PIAGHE DA DECUBITO?

Le piaghe da decubito sono delle lesioni della pelle e dei tessuti sottostanti, che si formano dove una parte del corpo viene schiacciata per lungo tempo tra una sporgenza ossea e la base di appoggio, come ad esempio il materasso o la sedia. Questa compressione impedisce che arrivi sangue a sufficienza per nutrire i tessuti schiacciati. Le zone più a rischio sono a livello di 5 ossa: osso sacro, trocantere, ischio, calcagno e malleolo. Sono sedi meno frequenti di lesioni da decubito anche la nuca ed il padiglione auricolare.



**Le piaghe da decubito possono essere di 4 gradi che corrispondono ad un livello di gravità crescente:**

- 1° grado: è coinvolta solo la cute,
- 2° grado: è coinvolto anche il grasso sottocutaneo,
- 3° grado: è coinvolto anche il muscolo,
- 4° grado: è coinvolto anche il tessuto osseo.

### ■ CHI È A RISCHIO DI SVILUPPARE PIAGHE DA DECUBITO?

Le persone più esposte a rischio di svilupparle sono quelle costrette a letto o in carrozzina. Le piaghe da decubito sono un problema importante nella gestione della salute della persona. Esse sono anche favorite da una cattiva o scarsa nutrizione o dalle infezioni.

### ■ COSA FARE?

#### 1 - PREVENIRE:

LA PREVENZIONE È LA COSA PIÙ IMPORTANTE

Per prevenire la formazione di piaghe da decubito occorre:

- cambiare posizione al paziente nel corso della giornata,
- pulire la pelle con detergenti delicati, lavando e asciugando accuratamente,
- mantenere pulite le lenzuola (da residui di cibo, ad esempio),
- frizionare la pelle (con olio vitaminizzato nei pazienti con pelle secca e con crema base nei pazienti con pelle grassa),
- utilizzare materassi (ad aria, ad acqua), cuscini ed altri sistemi anti-decubito.

#### 2 - CURARE:

- eliminare la pressione locale,
- rimuovere i tessuti necrotici (morti),
- disinfettare l'ulcera,
- favorire ed attendere il processo di cicatrizzazione,
- applicare bendaggi gas-permeabili.

**RICORDA**

**All'ingresso nei nostri reparti il personale infermieristico valuta il rischio di sviluppare piaghe cutanee e dota il letto del materasso più utile al paziente.**

A volte però la chiusura della piaga non avviene completamente; infatti nei casi di lesione di 3° e 4° grado può accadere che la ferita si riduca ma non si chiuda del tutto perciò, in alcuni casi, occorre intervenire chirurgicamente.

## ■ QUALI SONO I PRINCIPALI PARAMETRI VITALI CHE VANNO MONITORATI DOPO UN ICTUS?

### ■ TEMPERATURA CORPOREA.

### ■ PRESSIONE ARTERIOSA (Pa).

È la pressione esercitata dal sangue, grazie alla "spinta" del battito cardiaco, sulla parete delle arterie. La Pressione Arteriosa ha valori normali intorno ai 120 (la "massima") e gli 80 (la "minima") mmHg (millimetri di mercurio). La Pressione si misura per mezzo di un apposito apparecchio, che si chiama sfigmomanometro.

### ■ FREQUENZA CARDIACA (Fc)

È il numero di battiti che il cuore fa in un minuto. La frequenza è detta normale tra i 60 e i 90 battiti al minuto a riposo; se la frequenza è minore di 60 battiti al minuto si parla di **bradicardia**; se la frequenza, invece, è superiore a 90 battiti al minuto, si parla di **tachicardia**. La Fc si può misurare sia tastando il polso che attraverso degli elettrodi posti sul torace che rilevano l'attività generale del cuore. Il battito può essere regolare ossia con una frequenza costante, od irregolare (**aritmia**).

### ■ FREQUENZA RESPIRATORIA (Fr)

È il numero di atti respiratori (inspirazione+espirazione) che si compiono in un minuto.

### ■ SATURAZIONE DI OSSIGENO NEL SANGUE (Sa O<sub>2</sub>)

Indica quanto ossigeno è trasportato dal sangue che circola nel corpo. Si misura con un apposito apparecchio che si chiama saturimetro.

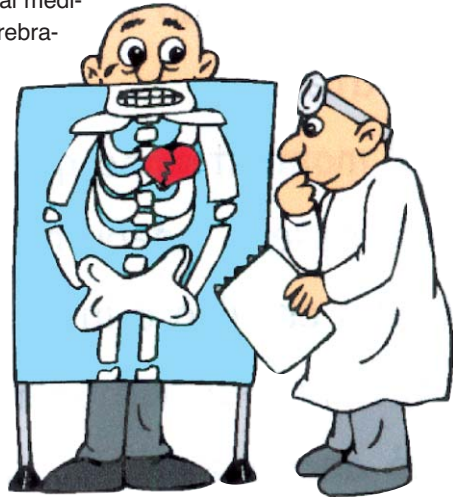
## ■ QUALI SONO I PRINCIPALI ESAMI A CUI POTREBBE VENIRE SOTTOPOSTA UNA PERSONA CON DANNO CEREBRALE?

Esistono varie procedure che permettono al medico di valutare l'estensione della lesione cerebrale e che vengono utilizzate per formulare la prognosi (previsione della possibilità di recupero del paziente), la diagnosi e il trattamento.

### ■ TAC (Tomografia Assiale Computerizzata)

La TAC è utile per evidenziare ematomi o zone cerebrali dove è presente una lesione ischemica, nonché per determinare le dimensioni dei ventricoli cerebrali.

A volte una TAC effettuata nelle prime ore dopo un ictus ischemico (Cap. 1) risulta normale, tuttavia questo non esclude la possibilità di una lesione cerebrale. In questo caso, solo una TAC ripetuta dopo 24-72 ore dalla comparsa dei sintomi (es. emiplegia) dimostra la sede del danno cerebrale.



### ■ RMN (Risonanza Magnetica Nucleare)

La RMN fornisce una visione più dettagliata del cervello rispetto alla TAC, però non è utile nei primi stadi della lesione cerebrale, in quanto non permette di rilevare un'emorragia allo stadio iniziale. Inoltre, per l'esecuzione della RMN, la persona deve rimanere immobile per un periodo di tempo più lungo rispetto alla TAC e ciò può essere un problema nel caso di persone confuse o agitate.

Dal momento che questo esame utilizza un campo magnetico, non può essere eseguito in persone portatrici di clips metalliche a livel-

lo cranico o in portatori di pacemaker. Tuttavia, la RMN ha il vantaggio di non somministrare dosi di radiazioni. Questo esame può anche evidenziare delle lesioni cerebrali più piccole e meno visibili, alcune delle quali non rilevabili alla TAC.

### ■ EEG (ElettroEncefaloGramma)

L'EEG è un esame che misura la funzione cerebrale complessiva. Esso valuta l'attività elettrica del cervello e paragona i tracciati ottenuti in situazioni diverse, per esempio quando la persona è sveglia o addormentata. E' un esame necessario in caso di epilessia.



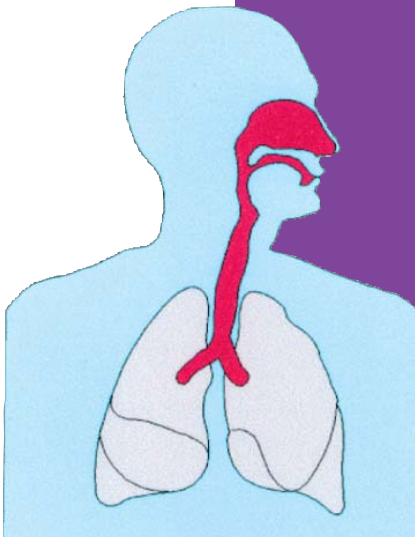
U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 4

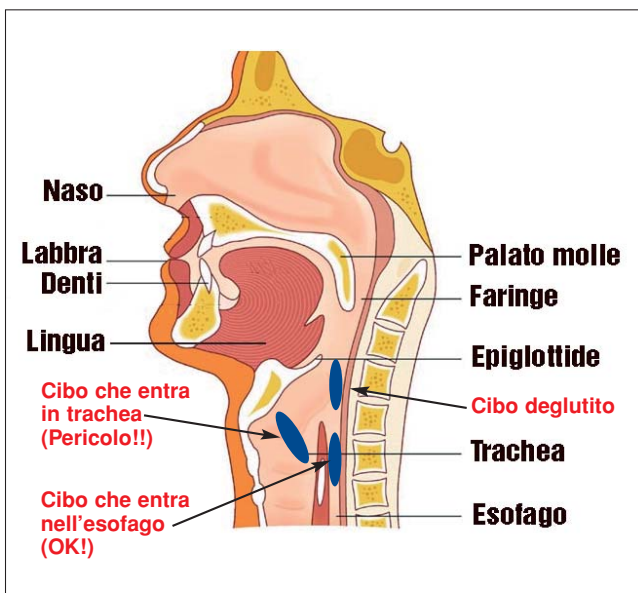
# AREA FUNZIONI VITALI DI BASE



La persona affetta da ictus cerebrale può presentare disturbi nel masticare e ingoiare il cibo e nel controllare l'eliminazione delle urine e delle feci.

## ■ QUALI SONO LE CAUSE CHE IMPEDISCONO AL MALATO DI ESSERE ALIMENTATO PER BOCCA?

- La persona colpita da ictus cerebrale normalmente recupera la capacità di alimentarsi per bocca.
- Nei primi 7-10 giorni dopo l'ictus il 40-80 % dei pazienti può presentare difficoltà ad ingoiare (**deglutire**), difficoltà che già dopo le prime settimane si riducono al 3-17%. Questi problemi sono dovuti ad alterazioni del funzionamento corretto delle strutture della bocca, del faringe (tratto delle vie digestive che segue la bocca) o della laringe (primo tratto delle vie respiratorie che, attraverso l'abbassamento di una sua parte chiamata epiglottide, le protegge da eventuali passaggi di cibo nei polmoni). Tale disturbo viene definito con il termine di **DISFAGIA** situazione che non consente al paziente di alimentarsi in sicurezza.



- Nell'ictus però la disfagia è in genere temporanea ad eccezione dei pochissimi casi in cui il danno cerebrale coinvolge direttamente una struttura del cervello (**tronco encefalico**) dove sono presenti i centri che controllano la deglutizione. In questi casi il disturbo può diventare permanente e può essere pertanto necessario il mantenimento di un sistema di alimentazione diverso da quello per bocca.
- Se il paziente con ictus è disfagico, c'è il rischio che la saliva, il cibo e/o i liquidi entrino in trachea e da lì passino nei polmoni. Nel caso in cui questo accada si può verificare una polmonite (detta **polmonite ab-ingestis**) che potrebbe mettere a serio rischio la vita del paziente. Di solito è più difficile deglutire i liquidi ed i cibi che non sono di consistenza omogenea (es. pastina in brodo, carne tritata, riso) mentre è più semplice deglutire cibi omogenei come dessert o yogurt (senza pezzetti di frutta all'interno).
- La presenza di questo disturbo necessita di una valutazione da parte di professionisti esperti del team che forniranno al paziente e ai familiari le corrette indicazioni per cercare di rendere sicura l'alimentazione.
- In alcuni casi è necessario approfondire le valutazioni a riguardo attraverso degli esami più specifici: i più usati sono la **Fibrolaringoscopia** in cui tramite un tubicino inserito dal naso si possono vedere alcuni aspetti della deglutizione e la **Videofluoroscopia** con la quale si può seguire il percorso del cibo dalla bocca allo stomaco.

## RICORDA

**Qualora cibo o bevande finiscano nei polmoni si possono avere pericolose infezioni che possono mettere in serio pericolo la vita del paziente, pertanto evitate di prendere iniziative personali nel somministrare liquidi o cibo al vostro caro senza che vi sia stata data una specifica indicazione da parte degli operatori.**

**Nel dubbio chiedete sempre agli infermieri.**

## ■ COME SI PUÒ NUTRIRE IL MALATO DISFAGICO?

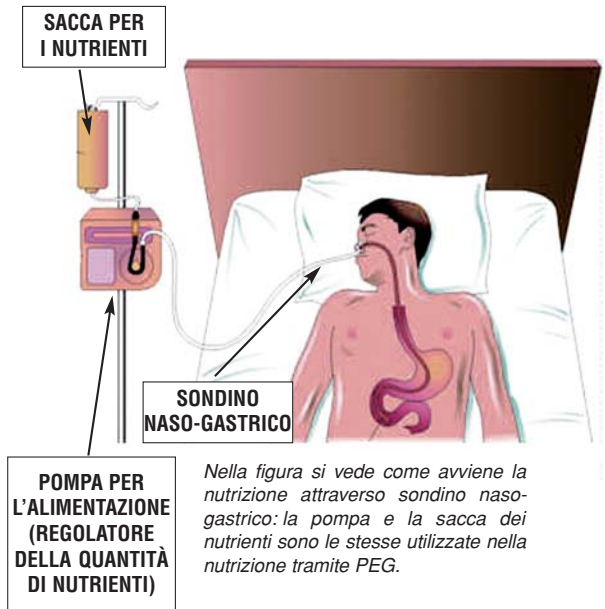
Quando il paziente entra nel reparto di riabilitazione potrebbe non avere ancora ripreso l'alimentazione completa per bocca, quindi per nutrirsi potrebbe avere bisogno di altre modalità come:

1 - **VIA ENDOVENOSA:** è un catetere inserito direttamente in una vena della persona (al collo o al braccio). Questa modalità non la ritroviamo frequentemente nel paziente con ictus; è possibile venga utilizzata per le prime ore dopo l'evento.

2 - **SONDINO NASO-GASTRICO (SNG):** è un tubicino inserito nel naso che arriva fino allo stomaco.

3 - **SONDA GASTROSTOMICA (PEG):** è un tubicino inserito direttamente nello stomaco o nell'intestino attraverso l'addome.

L'alimentazione per SNG o PEG può essere effettuata in modo continuo oppure più volte nell'arco della giornata, attraverso una apposita pompa per l'alimentazione o una grossa siringa.

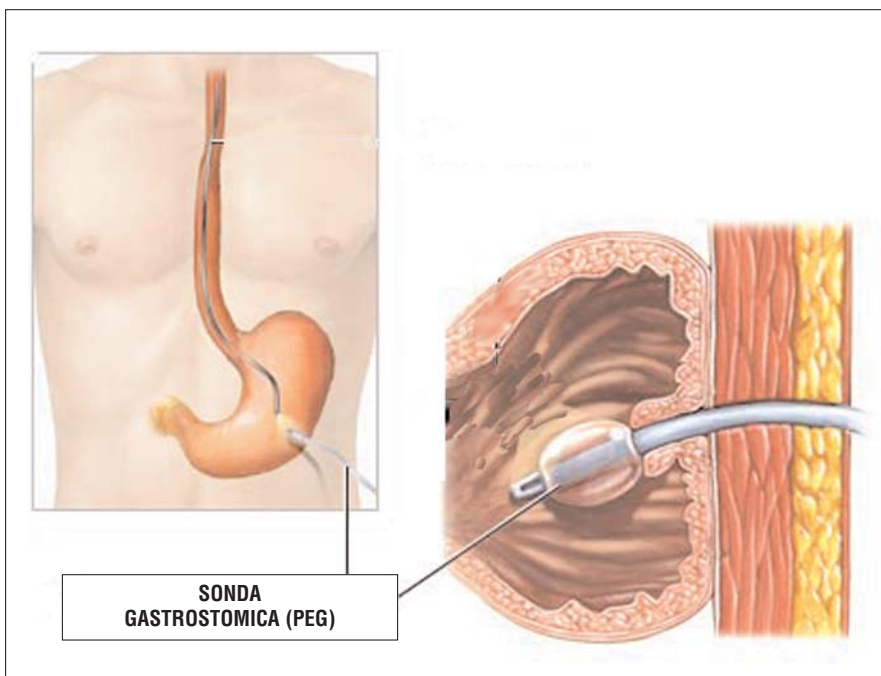


### RICORDA

**Il paziente può per un certo periodo essere alimentato in parte attraverso la bocca e in parte attraverso la *via enterale* (SNG o PEG); in questo caso si parla di *alimentazione mista*.**

Il **SONDINO NASO-GASTRICO** viene posizionato per tempi e con modalità diverse a seconda dei bisogni del paziente.

Se il paziente necessita di molto tempo per riprendere l'alimentazione per bocca o si ritiene che non possa essere più possibile, allora è necessario il posizionamento di una **SONDA GASTROSTOMICA** in quanto il SNG mantenuto per lungo tempo potrebbe creare delle complicazioni. L'inserimento della PEG è una manovra relativamente semplice e si effettua di solito senza bisogno di un intervento chirurgico ma usando un procedimento chiamato **endoscopia (gastroscopia)**.



## ■ COME AVVIENE LA RIPRESA DELL'ALIMENTAZIONE PER BOCCA?

Quando il vostro familiare entra nel reparto di riabilitazione si effettuano delle prove per valutare la sua capacità di ingoiare il cibo (**prove di deglutizione**) somministrando piccole quantità di acqua. Se si osservano segni come la tosse, il senso di soffocamento o una voce che sembra gorgogliare allora è bene non alimentare la persona per bocca, ma è necessario che venga valutato da operatori competenti i quali potranno dare le indicazioni necessarie. Potrebbe essere necessario variare temporaneamente le consistenze del cibo (**adattamenti dietetici**) eliminando quelle che più facilmente corrono il rischio di andare di traverso (**essere aspirate nell'apparato respiratorio**), o cambiare la consistenza dei liquidi facendoli diventare simili a succhi di frutta o a gelatine (abbiamo detto prima che i liquidi sono quelli che più difficilmente vengono deglutiti). È possibile inoltre che vengano consigliate particolari posizioni della testa da mantenere durante la deglutizione perché facilitano il passaggio corretto del cibo nello stomaco (**adattamenti posturali**) (vedi figura sotto).



## ■ QUALI SONO I PIÙ FREQUENTI PROBLEMI VESCICALI DOPO UN DANNO CEREBRALE?

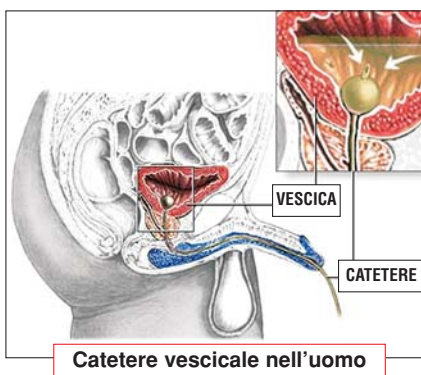
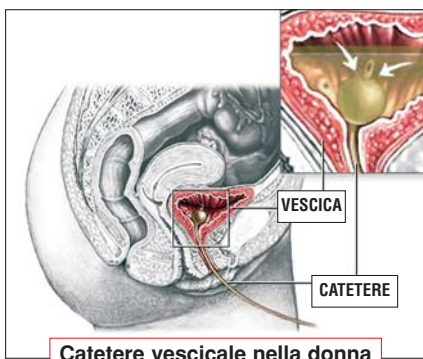
Le disfunzioni vescicali sono comuni nella fase acuta dell'ictus, esse però tendono a migliorare spontaneamente dopo i primi giorni. Tali disordini possono essere legati a:

- danno cerebrale;
- menomazioni cognitive dovute al danno cerebrale: ad esempio il paziente non è in grado di prestare attenzione allo stimolo della minzione e non è in grado di trattenere l'urina, oppure non è in grado di segnalare la necessità di urinare.

Quando la persona è trasferita in Riabilitazione, generalmente mantiene ancora il catetere vescicale che era utilizzato nel reparto per acuti. Di solito, salvo che non vi siano particolari necessità, è possibile già dopo uno o due giorni togliere il catetere vescicale in quanto potrebbe, a lungo andare, essere causa di infezioni.

### COS'È IL CATETERE VESCICALE E A CHE COSA SERVE?

È un tubicino che viene inserito direttamente in vescica, collegato con una sacca per raccogliere l'urina.



### RICORDA

**Il recupero della capacità di eliminare autonomamente le urine in genere è strettamente associato al recupero delle funzioni mentali.**

E' molto importante nella fase in cui il paziente non può controllare volontariamente l'eliminazione d'urina e permette di conoscere la quantità di urina eliminata e di raccoglierla per fare analisi.

## **COS'È IL RACCOGLITORE ESTERNO PER URINE E A COSA SERVE?**

È un involucri posto attorno al pene e collegato ad una sacca. Esso viene utilizzato per gli uomini che, una volta tolto il catetere, non hanno ancora recuperato il controllo dell'emissione dell'urina, in alternativa all'utilizzo del pannolone.

Il raccoglitore esterno serve a:

- raccogliere le urine quando il paziente è incontinente, in modo che non si bagni.
- raccogliere le urine per effettuare esami.

Per le donne di solito si usa invece un pannolone per incontinenza.

## **COME AVVIENE E COME VIENE STIMOLATO IL RECUPERO DELLA CAPACITÀ DI CONTROLLARE VOLONTARIAMENTE L'ELIMINAZIONE DELL'URINA?**

La presenza di alterazioni della funzione vescicale ha un importante impatto sulla qualità di vita della persona con esiti di ictus, la ripresa di tale funzione sarà quindi uno dei primi obiettivi di tutto il team riabilitativo.

Il recupero della capacità di controllare volontariamente l'eliminazione dell'urina avviene attraverso diverse fasi. All'inizio la persona utilizza, per svuotare la vescica, il catetere vescicale. Una volta tolto il catetere si può avere una ripresa della minzione spontanea oppure no (cioè si può avere ritenzione di urina). Se si verifica ritenzione dell'urina, si praticano alla persona degli svuotamenti della vescica attraverso un catetere inserito ad orari fissi (cateterismi) fino alla graduale ripresa della minzione spontanea.

- **Continenza:** la persona controlla l'eliminazione delle urine e usa la padella o la storta o il WC.
- **Incontinenza:** non c'è controllo dell'eliminazione delle urine, e la persona deve usare il raccoglitore esterno per le urine o il pannolone.

Ottenuto tale obiettivo, possono ancora succedere due cose: la persona sente lo stimolo alla minzione (continenza) e quindi non si bagna oppure non lo avverte (incontinenza) e quindi tende a bagnarsi.

Nel caso dell'incontinenza, si effettuerà dapprima una stimolazione alla continenza diurna, cioè a riuscire a trattenere le urine di giorno, attraverso un ricondizionamento ad orari fissi: la persona verrà abituata a fare pipì ad orari prestabiliti. Quando la persona sarà riuscita a recuperare la continenza diurna, si passerà alla stimolazione alla continenza notturna, sempre attraverso un condizionamento ad orari fissi.

Particolarmente importante è un corretto condizionamento comportamentale del paziente che tutti gli operatori del team, insieme ai familiari, potranno realizzare cercando di:

- Richiamare l'attenzione della persona sulle sensazioni che lo avvertono della esigenza di urinare.
- Facilitare la comunicazione sulla necessità di urinare.

Particolare attenzione dovrà essere posta anche alla quantità dei liquidi introdotti nell'organismo (dipsia) e alla quantità di quelli eliminati (diuresi).

## ■ QUALI SONO I PIÙ FREQUENTI PROBLEMI INTESTINALI DOPO UN DANNO CEREBRALE?

La persona che ha subito un danno cerebrale non è sempre in grado di svuotare l'intestino in modo autonomo; questo è spesso dovuto a:

- età avanzata;
- deficit cognitivi, depressione;
- deficit motori (es. incapacità di effettuare il trasferimento alla toilette);
- terapie farmacologiche che alterano la motilità dell'intestino;
- disidratazione legata anche a possibili problemi di deglutizione dei liquidi;
- immobilizzazione a letto prolungata.

Le principali alterazioni del funzionamento dell'intestino sono:

- STIPSI o STITICHEZZA
- DIARREA

Inoltre, la persona dopo un danno cerebrale in genere non riesce a controllare volontariamente la defecazione, e si parla in questo caso di INCONTINENZA INTESTINALE

## **COS'E' LA STIPSI?**

Per stipsi si intende la situazione nella quale le defecazioni settimanali siano inferiori a 3, con eliminazione di feci disidratate, dure, e /o di scarso volume che possono richiedere un eccessivo sforzo per l'evacuazione.

Le cause sono diverse:

- Cambiamenti nella dieta e nutrizione non adeguata.
- Disidratazione (il paziente introduce pochi liquidi, beve poco).
- Immobilizzazione prolungata.
- Farmaci che possono rallentare lo svuotamento intestinale.
- Incapacità di gestire lo stimolo (ad esempio l'incapacità a contrarre la muscolatura per espellere le feci).

## **COSA FARE?**

Come prima cosa è importante valutare la dieta e modificarla, se possibile, aggiungendo fibre (è consigliato ad esempio arricchire la dieta con verdure cotte, legumi, frutta, yogurt, cereali, prugne, ecc.) e aumentando l'assunzione di liquidi (acqua, the, succhi di frutta, ecc.). Anche la mobilizzazione è molto importante per facilitare l'evacuazione, in quanto aumenta la motilità intestinale e permette il rinforzo del tono della muscolatura pelvica e addominale, utilizzata al momento della spinta. Se tutto ciò non basta si può iniziare un trattamento con sostanze che agiscono sulla attività intestinale quali:

- Sostanze che aumentano il volume delle feci: ad esempio crusca, agar ecc. che devono essere assunte con molta acqua.
- Lassativi osmotici che aumentano il contenuto di acqua nelle feci
- Emollienti delle feci, che lubrificano e ammorbidiscono le feci: ad esempio olio di vaselina, olio di mandorle dolci, ecc.
- Lassativi stimolanti, che aumentano la motilità intestinale

### **Di solito si interviene con il seguente programma:**

- dopo 2-3 giorni di assenza di evacuazioni si somministrano lassativi di diverso tipo;
- il giorno successivo, se non si è avuto alcun beneficio, si procede con supposte di glicerina o peretta evacuante;
- se non si ottengono risultati è necessario rivalutare la situazione insieme al medico.

### **COS'È LA DIARREA?**

Per diarrea si intende l'evacuazione di feci di consistenza semiliquida o liquida, con frequenza variabile da 3 a 6 volte al giorno.

Le cause di diarrea per le persone che hanno subito un ictus sono diverse, tra queste in particolare:

- Presenza di fecalomi ossia di un accumulo di feci indurite che occlude l'intestino, con putrefazione del cibo digerito che si trova nel tubo intestinale al di sopra della ostruzione.
- Farmaci, in particolare alcuni antibiotici.
- Infezioni intestinali.

### **COSA FARE?**

- Nei casi di diarrea è molto importante idratare la persona, perché si perdono molti liquidi con le evacuazioni, e garantirne l'igiene della pelle, in quanto le feci possono creare arrossamenti della pelle.
- Rimuovere il fecaloma se presente (svuotamento manuale, clisteri, sonde rettali, etc.)
- A volte occorre valutare e modificare la dieta.
- Ogni volta che sia possibile, si cerca di ridurre l'uso di farmaci che possono provocare diarrea.
- Se ciò non è sufficiente si possono somministrare farmaci per ridurre le evacuazioni; a volte è necessario effettuare approfondimenti diagnostici per verificare se vi siano infezioni intestinali.

## COS'È L'INCONTINENZA FECALE?

Per incontinenza fecale si intende l'incapacità di controllare volontariamente la defecazione. Nelle persone che hanno subito un ictus essa è in genere dovuta a problematiche cognitive e/o motorie che determinano:

- Incapacità a riconoscere lo stimolo (il paziente "non sa" che deve evacuare).
- Incapacità di segnalare lo stimolo (il paziente non è in grado di suonare il campanello, non riesce a parlare o farsi capire, ecc.).
- Incapacità di trattenere le feci per il tempo necessario ad essere accompagnati in bagno o posizionare la padella.

Si possono attuare dei programmi di stimolazione alla continenza fecale accompagnando la persona in bagno o fornendogli la padella ad orari, possibilmente dopo i pasti perché l'alimentazione stimola i movimenti intestinali, soprattutto di primo mattino con l'introduzione di bevande calde.

### RICORDA

**L'uso prolungato di lassativi, può provocare delle complicanze quali dolori addominali, diarrea, danni all'intestino, disidratazione, alterazioni elettrolitiche oltre che una forma di assuefazione che rende necessario un aumento graduale delle dosi. Pertanto è consigliabile limitarne l'uso ai periodi in cui ciò è strettamente necessario.**

**Ogni volta che è possibile, è bene adottare altri provvedimenti.**



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 5

# AREA FUNZIONI SENSOMOTORIE



## ■ QUALI SONO LE CONSEGUENZE DI UN ICTUS CEREBRALE SUL MOVIMENTO E SULLA SENSIBILITÀ?

Dopo un ictus cerebrale, una persona quasi sempre presenta difficoltà motorie nella metà del corpo opposta a quella della lesione al cervello; a volte queste difficoltà si attenuano nel tempo e possono essere curate con programmi riabilitativi specifici; altre volte esse persistono nel tempo e possono comportare difficoltà nella vita quotidiana. Molto spesso oltre ai disturbi del movimento sono presenti nella parte del corpo colpita anche disturbi della sensibilità, che durante il processo di recupero possono attenuarsi o scomparire del tutto oppure persistere per sempre.

I disturbi motori e sensitivi sono diversi, come tipo ed entità, a seconda della zona del cervello che è stata danneggiata e della vastità del danno al cervello provocato dall'ictus.

## ■ QUALI SONO I PRINCIPALI DISORDINI DEL MOVIMENTO?

Dopo un ictus una persona può presentare:

- a) Difficoltà nel compiere movimenti volontari e perdita di forza.
- b) Alterazioni del tono muscolare (ipertono/ipotono; spasticità/rigidità).

## ■ DIFFICOLTÀ NEL COMPIERE MOVIMENTI VOLONTARI E PERDITA DI FORZA

Dopo un ictus cerebrale si verifica quasi sempre una perdita o una riduzione della capacità di muovere volontariamente i muscoli del viso, del braccio e/o della gamba controlaterali all'emisfero cerebrale colpito (ictus all'emisfero destro - paralisi della parte sinistra del corpo e viceversa).

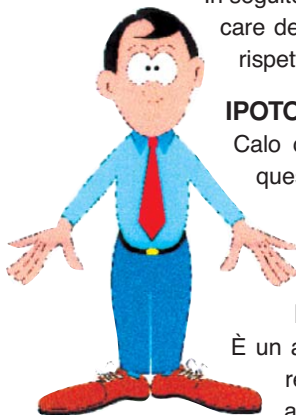
Se la perdita è parziale e rimangono dei movimenti nella parte del corpo colpita si parla di **paresi**; se la perdita dei movimenti è totale si parla di **plegia**. I movimenti possono essere persi in un solo arto (**monoplegia/monoparesi**) o in una intera metà del corpo (**emiplegia/emiparesi**).

## ■ ALTERAZIONI DEL TONO MUSCOLARE

### COS'È IL TONO MUSCOLARE?

Il tono muscolare è lo stato di lieve tensione che hanno i nostri muscoli quando sono a riposo: per capire meglio cos'è il tono si può toccare un nostro muscolo mentre questo è a riposo e appoggiato su una superficie.

In seguito ad un danno al cervello si possono verificare dei disturbi del tono, in eccesso o in difetto rispetto al normale.



### IPOTONO

Calo del normale tono muscolare. A causa di questa perdita di tono la muscolatura è più flaccida e anche quando la persona è in grado di muovere gli arti, può fare più fatica a compiere movimenti.

### IPERTONO

È un aumento del tono muscolare. Questo può rendere difficile compiere un movimento anche quando la persona è in grado di farlo, perché il muscolo è già "teso", oppure può rendere difficile cambiare posizione perché certe parti del corpo sono "irrigidite" in una certa postura. **Ad esempio:** la persona resta sempre a gomito piegato con la mano chiusa a pugno.

Nelle prime fasi dopo un ictus di solito i muscoli sono ipotonici; con il passare del tempo il tono può tornare normale o aumentare in modo patologico, evolvendo verso una condizione di ipertono.

Potrete sentire parlare di SPASTICITA' o RIGIDITA', che sono due aspetti dell'ipertono.

Se la spasticità o la rigidità si prolungano o sono molto accentuate, possono provocare un accorciamento dei muscoli o dei tendini; si parla allora di RETRAZIONI.

## ■ COSA SONO LE RETRAZIONI MUSCOLO-TENDINEE?

Le retrazioni muscolo-tendinee sono degli accorciamenti che si creano nel tendine che collega il muscolo ad un osso e nel muscolo stesso.

Le cause delle retrazioni possono essere:

- ipertono o spasticità/rigidità che obbligano il muscolo a rimanere sempre in tensione: quando un muscolo è in tensione, è accorciato, più corto rispetto a quando è rilassato;
- posizioni sbagliate che fanno rimanere i muscoli in accorciamento;
- immobilità protratta;
- paraosteopatie (POA), vedi pag. 84.

## COSA SI PUÒ FARE PER PREVENIRE LE RETRAZIONI?

Nella prevenzione gioca un ruolo fondamentale il movimento.

Per prevenire le retrazioni è importante la mobilizzazione articolare e il cambio di posizione delle articolazioni.

## COSA SI PUÒ FARE SE LA RETRAZIONE C'E' GIA'?

Quando una retrazione si è già instaurata resta comunque molto importante continuare a muovere l'articolazione.

Se la retrazione è dovuta a spasticità/rigidità o a ipertono bisogna riuscire a contrastarli attraverso mobilizzazioni e/o trattamento farmacologico (vedi oltre).

## ■ COS'È IL CLONO?

È una sorta di tremore “grossolano” attivato da uno stiramento rapido e breve di muscoli spastici (ad esempio i muscoli del polpaccio o quelli che fanno chiudere la mano) che fa “ballare” la gamba o il braccio del paziente.



Tendine di inserzione del muscolo sull'osso

## ■ COSA SONO LA SPASTICITÀ E LA RIGIDITÀ?

La spasticità e la rigidità sono condizioni in cui alcuni muscoli restano permanentemente in tensione perché il cervello è stato danneggiato e continua a mandare impulsi ai muscoli che li fanno contrarre. Questa contrazione anormale e continua impedisce alla persona di controllare la parte del corpo colpita in quanto manca la capacità di riuscire a rilassare i muscoli.

Se la spasticità o la rigidità sono particolarmente accentuate, il muscolo rischia di accorciarsi e di perdere permanentemente la sua elasticità. La spasticità/rigidità possono provocare inoltre:

- blocco delle articolazioni;
- lesioni della pelle;
- difficoltà nei movimenti;
- dolore.

Tutti questi fattori costituiscono un problema per la persona, ma anche per chi la deve assistere.

## COME SI PUÒ FARE PER COMBATTERE LA SPASTICITÀ/RIGIDITÀ?

La spasticità può venire trattata in vari modi, diversi a seconda del grado di spasticità, cioè di "durezza" del muscolo, della quantità di muscoli coinvolti e degli obiettivi che ci si è prefissi per quella persona. Nel caso in cui i muscoli colpiti siano pochi e non troppo "rigidi" si cercherà di contrastare la rigidità attraverso l'allungamento muscolare, l'utilizzo del ghiaccio posizionato sui muscoli spastici, l'utilizzo di stimolazioni elettriche (che non sono dolorose e nemmeno dannose) oppure confezionando dei gessi in serie che mantengono la parte del corpo in posizioni progressivamente più "stese" (questo procedimento si chiama casting seriale).

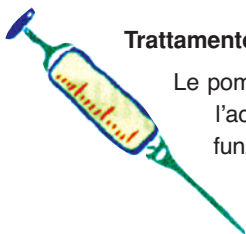
## E SE CIÒ CHE VIENE FATTO NON DOVESSE BASTARE?

Nel caso in cui la spasticità sia troppo marcata e non dia cenni di diminuire neanche con i trattamenti sopra descritti, si può pensare di intervenire con dei trattamenti farmacologici.

I farmaci utilizzati per contrastare la spasticità muscolare sono di diversi tipi e possono essere somministrati in modi diversi a seconda della gravità. Quando la spasticità è diffusa in molte parti del corpo vengono usati dei farmaci che possono essere presi per via orale o per iniezione.

Nel caso in cui i farmaci per via orale non dovessero funzionare nel modo sperato, si può intervenire con l'inserimento di pompe poste sotto la cute che iniettano a dosaggio controllato il farmaco.

Di solito nelle persone che hanno avuto un ictus si privilegia l'uso dei farmaci per via orale o il trattamento locale nei muscoli.



### **Treatment generalizzato**

Le pompe sottocutanee sono inserite sotto la pelle dell'addome con un intervento chirurgico ed hanno la funzione di rilasciare in dosi controllate e in quantità controllate, il farmaco attraverso un tubicino che raggiunge il liquido nel quale è immerso il midollo spinale. Quando la scorta di farmaco nella pompa è quasi esaurita (questo si può sapere appunto perché il rilascio è controllato grazie ad un computer inserito nella pompa) si può effettuare la ricarica attraverso una semplice iniezione attraverso la pelle.

### **Treatment locale**

Questo tipo di trattamento viene effettuato di solito quando sono pochi i muscoli da trattare.

Solitamente i farmaci utilizzati sono la tossina botulinica e il fenolo.

La **tossina** botulinica, nonostante il nome, non è dannosa per la persona alle dosi usate, anzi è molto utile in quanto aiuta nella riduzione dell'ipertono e del dolore e porta beneficio per alcuni mesi (da 2 a 6 mesi), dopodiché se necessario può venire risomministrata.

**RICORDA**

- **La tossina botulinica e il fenolo non sono pericolosi per la vita**
- **Non fanno miracoli e il loro effetto dura alcuni mesi.**

La tossina impedisce temporaneamente al cervello di “far contrarre” il muscolo e provoca una paralisi artificiale.

Generalmente quello con la tossina è un trattamento ben accettato e può essere effettuato anche in associazione con altri farmaci.

L'efficacia del trattamento può però essere influenzata da alcuni fattori come la tecnica di inoculazione e il dosaggio.

Il **fenolo** viene utilizzato per effettuare dei blocchi neuromuscolari ed è utile anch'esso per la diminuzione dell'ipertono e del dolore. Esso viene iniettato direttamente in vicinanza dei nervi e li blocca danneggiando temporaneamente le fibre del nervo; l'effetto è quello di una paralisi transitoria del muscolo.

L'utilità della tossina e del fenolo sta nel fatto che aiutano a combattere il dolore, a prevenire le contratture, a facilitare l'utilizzo delle ortesi (in quanto l'arto è più "maneggevole") e a facilitare anche l'igiene e la gestione della persona.

## **QUALI SONO I PRINCIPALI OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO DELLA SPASTICITÀ/RIGIDITÀ?**

A volte il trattamento ha lo scopo di migliorare la funzione e quindi ridurre la spasticità/rigidità aiuta la persona ad utilizzare meglio il proprio arto.

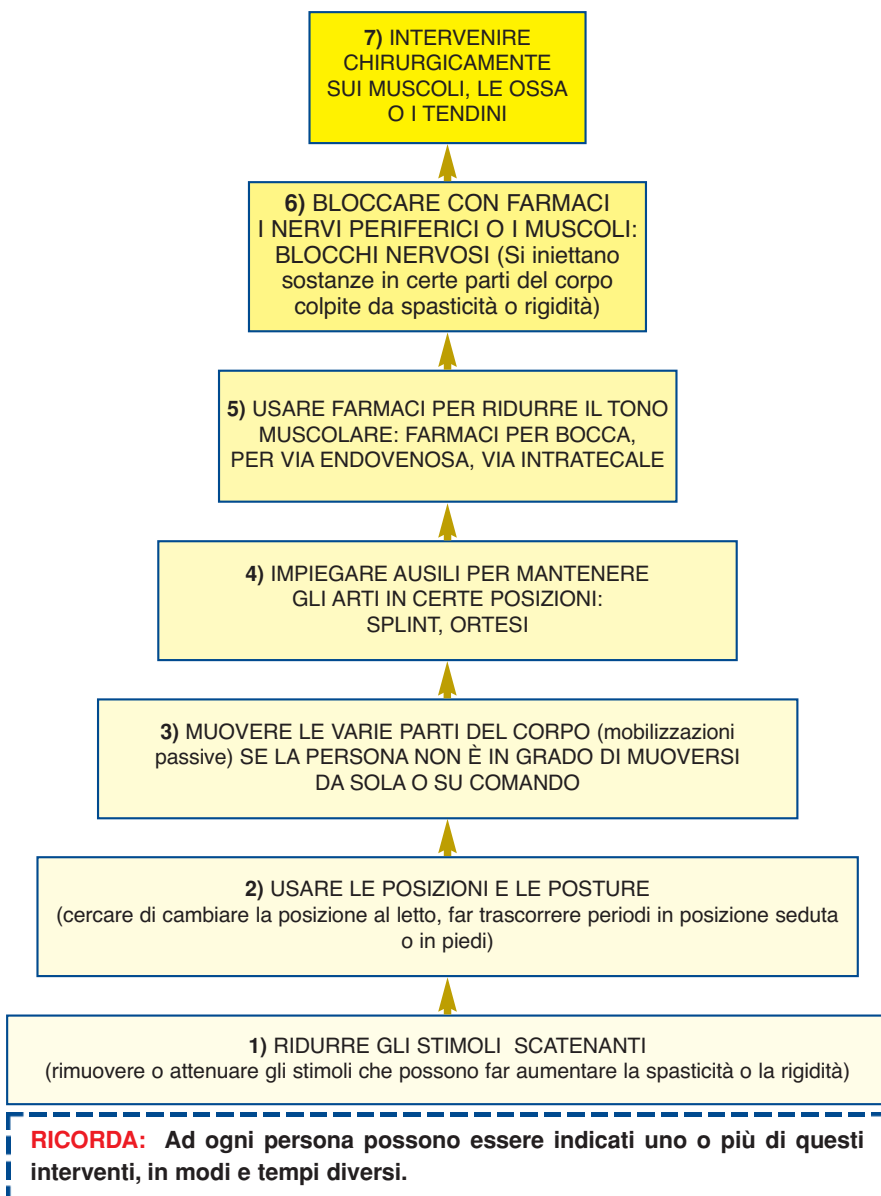
Altre volte il trattamento ha lo scopo di ridurre il disagio dato dalla spasticità/rigidità (dolore, difficoltà alla mobilizzazione passiva, posizioni viziate...), oppure permettere più facili manovre igieniche (mano, gomito, zone perineali). In alcuni casi può essere effettuato il trattamento locale della spasticità per motivi “estetici”.

### **RICORDA**

**A volte si sceglie di non intervenire su un muscolo spastico con trattamenti mirati in quanto una normale e corretta igiene articolare basta a prevenire le complicanze.**

**Altre volte si sceglie di non intervenire in quanto l'arto, anche se fosse ridotta la spasticità/rigidità, non sarebbe comunque utilizzabile perché paralizzato.**

La “piramide” degli interventi possibili per correggere la spasticità e le retrazioni



## ■ COSA SONO LE POA?

POA è una sigla che significa ParaOsteoArtropatie.

Le POA sono delle formazioni di osso intorno ad una o più articolazioni; più spesso si formano all'anca, al ginocchio, alla spalla, al gomito. Sono rare nell'ictus.

## QUALI SONO LE CONSEGUENZE CHE PUÒ AVERE UNA POA?

Le POA si manifestano con:

- Limitazione del movimento dell'articolazione colpita;
- Dolore, aumento di calore e arrossamento nella zona colpita;
- Compressione dei nervi periferici o dei vasi sanguigni.

## COSA SI PUÒ FARE PER PREVENIRE LE POA?

Per prevenire le POA la cosa principale da fare è mantenere le articolazioni in movimento, attraverso la mobilizzazione passiva. Purtroppo non sempre questo basta per prevenirle in quanto non si è ancora capito perfettamente perché le POA si formino.

## COSA SI PUÒ FARE QUANDO UNA POA SI È FORMATA?

Una volta che una POA si è formata, si può continuare a mobilizzare l'articolazione in modo che questa non si blocchi del tutto. Se la POA limita significativamente il movimento ed è tale da rendere difficoltoso il cammino o altre funzioni bisogna intervenire chirurgicamente con un intervento che rimuova la calcificazione anomala.

Nonostante questi interventi è possibile in alcuni casi che le POA si riformino.

## ■ COS'È LA SINDROME DA IMMOBILITÀ?

Quando siamo costretti a stare fermi a letto per molto tempo, il nostro organismo va incontro a dei problemi provocati dalla mancanza di movimento: si parla allora di **“sindrome da immobilità”**.

### COME SI MANIFESTA LA SINDROME DA IMMOBILITÀ?

La sindrome da immobilità può colpire molti organi del nostro corpo:

- Il cuore e i polmoni perdono la loro piena efficienza perché meno sollecitati per la mancata attività fisica (come se perdessero l'allenamento);
- La pelle è meno idratata e va incontro al rischio di sviluppare piaghe da decubito;
- Apparato digerente: stitichezza;
- Apparato vascolare: flebiti e trombosi;
- Sistema urinario: rischio di infezioni e calcoli;
- Sistema muscolare e scheletrico: i muscoli e tutto l'apparato di movimento perdono la loro forza e la loro elasticità (sempre a causa del disuso) e vanno incontro al rischio di "irrigidirsi"; le ossa diventano più fragili (osteoporotiche);
- Anche il Sistema Nervoso rimane coinvolto da questa sindrome: in una persona che ha avuto un danno cerebrale rimanere a lungo immobile a letto può aggravare la situazione rispetto, ad esempio, alla capacità di orientarsi nel tempo e nello spazio, alla motivazione e alla capacità di collaborare, al controllo dell'equilibrio.



### COME SI PUÒ PREVENIRE O CURARE LA SINDROME DA IMMOBILITÀ?

Gli interventi principali consistono nel:

- cambiare la posizione della persona nel letto nell'arco della giornata;
- mettere la persona seduta appena possibile, facendola stare in poltrona per una parte della giornata;
- stimolare la persona a muovere tutto quello che è possibile;
- muovere le articolazioni e i muscoli della persona con movimenti passivi effettuati dagli operatori;

- stimolare la persona a partecipare a ciò che succede nell'ambiente, ed aiutarla a recuperare e mantenere l'orientamento;
- mantenere una adeguata nutrizione;
- mantenere pulita la cute.

## ■ COS'È LA DISARTRIA?



La disartria è un problema dell'articolazione del linguaggio, in genere causato dall'incapacità di controllare e muovere bene i muscoli della bocca. Questa incapacità può rendere difficoltosa l'articolazione delle parole da parte del vostro caro, tale per cui potreste fare fatica a capire cosa sta dicendo.

Il fatto che il vostro caro non riesca a parlare più bene come prima, non significa che non sia più intelligente: una persona con disartria ha un problema di controllo dei muscoli della bocca, non un problema di intelligenza.

### COSA POTETE FARE VOI

- **Ascoltate con attenzione il vostro caro mentre parla.**
- **Se vuole parlare velocemente, fermatelo e dategli di parlare più lentamente e di provare a scandire meglio le parole.**
- **Se non capite quello che vi ha detto, fateglielo ripetere incoraggiandolo a parlare più lentamente.**
- **Non scoraggiatevi se dopo varie ripetizioni non avete ancora capito cosa vi vuole dire: fatevelo ripetere ancora o suggeritegli di dirlo con altre parole.**

## ■ QUALI SONO I PRINCIPALI DISORDINI DELLA SENSIBILITÀ?

Dopo un ictus cerebrale una persona può presentare, oltre a problemi motori, anche problemi sensitivi cioè legati alla sensibilità.

I principali problemi della sensibilità possono riguardare:

- **Il tatto:** il paziente è incapace del tutto o in parte di sentire quando viene toccato nella parte del corpo paralizzato (**emianestesia tattile**).
- **Il dolore:** il paziente è incapace del tutto o in parte di sentire gli stimoli dolorosi quando questi vengono applicati alla parte del corpo paralizzato (**emianestesia dolorifica**).
- La capacità di riconoscere la posizione di una parte del corpo colpito dalla paralisi (**deficit della sensibilità propriocettiva**).
- La capacità di avvertire che una parte del corpo paralizzato si sta muovendo (**deficit della sensibilità cinestesica**).

L'importanza della sensibilità, di qualunque tipo, sta nel fatto che è fondamentale per noi sapere in ogni momento in che modo sono messe le varie parti del nostro corpo, riuscire ad afferrare un oggetto senza guardare dopo aver individuato la sua posizione, sentire il dolore e sentire quando veniamo toccati e riconoscere la forma delle cose che stiamo toccando.

Ad esempio una persona a cui manca la sensazione del dolore può farsi male al braccio paralizzato perché non si accorge che si è incastrato nella carrozzina.

Se ad una persona, invece, manca la capacità di avvertire il movimento in una propria parte del corpo, ad esempio la gamba, mentre cammina dovrà guardarla continuamente perché altrimenti non saprebbe come la sta muovendo, oppure la persona può avere recuperato buoni movimenti alla mano colpita da ictus ma non riesce ad utilizzarla perché, se non la guarda continuamente, non sa cosa sta facendo.

### RICORDA

- **I disturbi della sensibilità possono impedire il recupero dell'uso degli arti paralizzati, pur in presenza di movimenti validi.**

## ■ COME AVVIENE IL RECUPERO DEL MOVIMENTO?

Subito dopo l'ictus la persona può non essere in grado di muovere l'emicorpo colpito.

Molto spesso la persona non è in grado di spostarsi nel letto, di girarsi sul fianco e nemmeno di stare seduta senza essere sostenuta da qualcuno o senza un appoggio dietro la schiena (in questo caso si dice che il paziente “non ha il controllo del tronco da seduto”); ovviamente la persona non è in grado né di alzarsi in piedi né di rimanerci da sola se qualcuno non la aiuta a farlo.

Man mano che il processo di recupero si sviluppa si assiste alla progressiva comparsa di movimenti, sia all'arto superiore che inferiore colpiti dalla paralisi.

Se i movimenti che ricompaiono sono numerosi e riguardano le varie parti dell'arto si può avere la possibilità che la persona torni ad utilizzare l'arto in modo “funzionale” nelle attività quotidiane.

Nel caso in cui invece non ricompaia nessun movimento o quelli che ricompaiono siano poveri, grossolani, ripetitivi, sempre uguali oppure localizzati solo in una parte dell'arto (per esempio alla spalla ma non alla mano o al gomito) l'arto non potrà essere utilizzato in modo funzionalmente utile. In questo caso bisognerà che la persona metta in atto **strategie di tipo compensatorio** (ovvero impari a utilizzare l'arto sano per compiere le diverse attività).

Quanto detto vale soprattutto per il braccio che normalmente compie movimenti molto più raffinati e complessi rispetto alla gamba; infatti, pur in assenza di un recupero motorio completo dell'arto inferiore, il paziente può riprendere a camminare.

Ovviamente più la persona recupera movimenti all'arto inferiore, maggiore sarà la possibilità di camminare in modo autonomo, senza l'uso di ausili ed ortesi, di compiere lunghi tragitti e di camminare nel modo più simile al cammino “normale”. (Nelle figure 1, 2, 3, 4 sono presentati alcuni esempi di cammino con ausilio).



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

## ■ COSA SONO LE REAZIONI ASSOCIATE E RIFLESSE E CHE SIGNIFICATO HANNO?

Può anche accadere che la persona presenti dei movimenti agli arti paralizzati che non sono dovuti alla sua volontà.

Questi movimenti si possono verificare ad esempio quando la persona sbadiglia, starnutisce o fa un modesto sforzo con la parte sana del corpo, sono quindi involontari e vengono definiti “**reazioni associate**”.

Altri movimenti involontari possono comparire quando viene toccata una parte dell’emicorpo paralizzato (ad esempio se viene sfiorata la pianta del piede può succedere che tutto l’arto inferiore si muova in flessione): queste vengono definite “**reazioni riflesse**”

Questi movimenti involontari sono espressione del danno cerebrale causato dall’ictus e non hanno nessun significato specifico per quanto riguarda le possibilità di recupero.

## ■ COS’È L’ALGODISTROFIA E COME SI MANIFESTA?

Nei primi mesi dopo l’ictus si può osservare la comparsa di alcuni segni e sintomi al braccio paretico come l’insorgenza improvvisa di gonfiore, sudorazione e arrossamento della pelle alla mano e alle dita. Si associa un dolore intenso quando al paziente viene esteso il polso e quando gli vengono piegate le dita. Tutto questo quadro prende il nome di **Sindrome algodistrofica o Algodistrofia Simpatico riflessa**.

Il paziente che presenta:

- immobilizzazione prolungata nella fase acuta
- traumatismi minori a carico della spalla
- sublussazione scapolo-omerale
- disordini della sensibilità

risulta maggiormente a rischio per lo sviluppo di questa sindrome e pertanto su di esso dovranno essere poste maggiori attenzioni.

Con il tempo il dolore ed il gonfiore si riducono ma possono rimanere delle limitazioni ai movimenti delle articolazioni del polso e delle dita. Per evitare il manifestarsi della sindrome è necessario mettere in pratica una serie di azioni preventive, per esempio si dovranno evitare traumatismi articolari del polso e della spalla durante gli spostamenti del paziente o durante la mobilizzazione degli arti; quando la persona è seduta dovrà mantenere il braccio paretico in posizione di scarico cioè a livello della altezza del cuore (per esempio quando è in carrozzina attraverso l'appoggio su un cuscino o su un tavolino). Talvolta, è necessario somministrare farmaci per controllare il dolore, che possono, però, non risultare del tutto efficaci.

## RICORDA

- I movimenti involontari non sono espressione di un recupero motorio.

## ■ COS'È LA “SPALLA DOLOROSA DELL'EMIPLEGICO”?

La spalla dolorosa è una complicanza frequente, grave che colpisce circa il 70% dei pazienti con ictus. Quando la spalla è dolorosa la persona soffre e tende a non muovere l'arto, ma una spalla che non può essere mossa impedisce anche l'uso della mano, rende difficoltosi i trasferimenti e interferisce con la cura di sé.

Una delle cause della spalla dolorosa è la sublussazione della testa dell'omero (Figura 5) che “stira” in basso i tessuti molli della spalla e può trazionare e comprimere anche i nervi ed è presente in circa l'80% dei pazienti. Il fatto che a causa del dolore non si riesca a muovere la spalla, a volte nemmeno in modo passivo, può provocare accorciamenti, a volte irreversibili, dei muscoli e dei legamenti.

Il trattamento della spalla dolorosa, una volta che si è instaurata, è difficoltoso e spesso insoddisfacente pertanto è fondamentale **prevenire l'insorgere della situazione**.

## ■ COME SI PREVIENE LA “SPALLA DOLOROSA”?

Specie nelle prime fasi dopo l'ictus bisogna sempre posizionare in modo corretto la spalla, utilizzare supporti morbidi e soprattutto **non trazionare mai il braccio paralizzato** quando si aiuta il paziente a muoversi nel letto e/o a spostarsi, o alzarlo in alto sopra la testa nel vestirlo o svestirlo.

I sostegni per l'arto superiore che può frequentemente potrete vedere sono le fascie reggibraccio (Figura 6), i cerottaggi e bendaggi funzionali adesivi (Figura 7), le ortesi ascellari con fasciatura ad “8” (Figura 8).

Quando il paziente è seduto in carrozzina per sostenere il braccio paralizzato si possono usare appositi braccioli e tavolini (Figura 9-10).



Figura 5 - Emiplegico con sublussazione antero inferiore dell'omero.

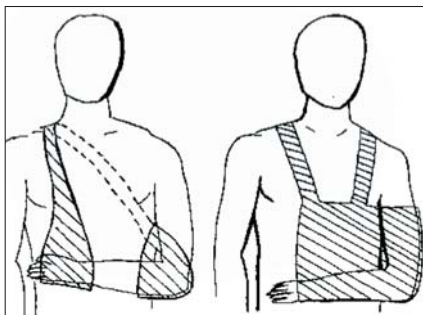


Figura 6 - Fascia reggibraccio.



Figura 7 - Bendaggio funzionale.

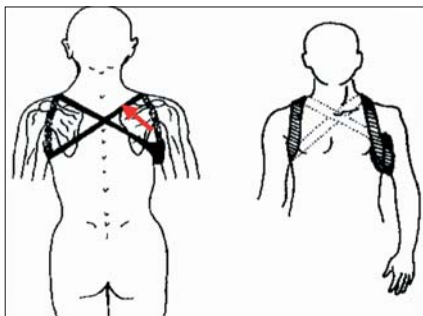


Figura 8 - Ortési ascellare (con fasciatura ad "8" di Ferrara)

## RICORDA

Non è opportuno che la persona con ictus usi l'arto sano per muoversi passivamente la spalla paralizzata e le dita della mano paralizzata.



Figura 9 - Bracciolo postura per carrozzina.



Figura 10 - Appoggiabraccio a tavoletta  
“avvolgente” trasparente per carrozzina.

È possibile utilizzare anche ortesi costruite su misura per tenere aperta e in posizione corretta la mano paralizzata (Figura 11).



Figura 11 - Ortesi su misura.

## ■ QUALI SONO I PROBLEMI VISIVI PIÙ FREQUENTI?

Il paziente colpito da ictus può avere **disordini del campo visivo**, cioè può non essere in grado di vedere tutto lo spazio attorno a sé (**emianopsia**). In altri casi, può non riuscire a controllare i muscoli che determinano l'allineamento corretto e i movimenti coordinati degli occhi e non riuscire a vedere bene le immagini o vederle doppie (**diplopia**).

I **disordini più frequenti sono quelli del campo visivo**, riguardano la parte laterale del campo opposta al lato della lesione cerebrale e sono dovuti ad un danno delle vie che trasportano l'immagine visiva al cervello. Immaginiamo, per capire meglio, di avere una lesione dell'emisfero sinistro, sarà come se il paziente avesse un paraocchi a destra che non gli permette di vedere con la coda dell'occhio tutto quello che si trova alla sua destra: per vederlo dovrà girare la testa e muovere gli occhi.

### RICORDA

L'emianopsia, può essere compensata attraverso i movimenti di rotazione del capo e non è correggibile con l'uso di normali "lenti da vista".

La diplopia può essere corretta con lenti particolari, prescritte dall'oculista.

## ■ ESISTONO TECNICHE DI RIEDUCAZIONE MOTORIA PIÙ EFFICACI DI ALTRE?

Nel corso dei decenni scorsi sono state proposte ed utilizzate differenti tipologie di approccio terapeutico alle problematiche motorie che hanno preso il nome dell'autore proponente (Bobath, Brunnstrom, Perfetti, Rood, Johnstone, ..) o dei fenomeni neurofisiologici ai quali facevano principale riferimento (Motor learning o relearning – apprendimento motorio, Movement Science – scienza del movimento, Constraint induced movement therapy – rieducazione forzata al movimento, Biofeedback) oppure dei principali strumenti utilizzati (SEF - stimolazione elettrica funzionale).

- I vari studi scientifici hanno dimostrato che non esiste un approccio terapeutico che migliori effettivamente le abilità funzionali rispetto ad un altro, sia per l'arto superiore, sia per l'arto inferiore.
- Alcuni studi indicano che ogni esercizio può migliorare il compito esercitato.
- È importante quindi conoscere tutte le tecniche ed utilizzare quelle più indicate in un preciso momento per raggiungere un ben definito risultato possibile nel singolo paziente.

Recentemente sono stati introdotti strumenti per l'assistenza robotizzata al movimento sia per il cammino (Lokomat - Figura 12, Gangtrainer GT1), sia per l'arto superiore (Reo-Go - Figura 13) che appaiono interessanti anche se la loro reale utilità ed efficacia nel favorire il recupero sono ancora da dimostrare. Il nostro centro è dotato di un apparecchio Lokomat ed uno Reo-go.



Figura 12 - Lokomat.



Figura 13 - Reo-go.



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 6

# AREA MOBILITÀ TRASFERIMENTI



## ■ COSA SI INTENDE PER TRASFERIMENTI?

Per “**trasferimento**”, si intende la capacità di spostare il proprio corpo da un posto ad un altro dello spazio da solo o con l’aiuto di ausili, ad esempio la capacità di spostarsi dal letto alla carrozzina o viceversa. Imparare ad eseguire questi trasferimenti può essere molto importante per il vostro caro, pensate ad esempio all’importanza di potersi spostare autonomamente sulla tazza del W.C.

Durante il percorso riabilitativo del vostro caro gli operatori insegneranno a lui e, qualora ce ne fosse bisogno anche a voi, le strategie migliori per effettuare questi trasferimenti nel modo più semplice e sicuro possibile.

## ■ COSA SI INTENDE PER LOCOMOZIONE?

Per “**locomozione**” si intende la capacità di spostarsi nell’ambiente utilizzando qualsiasi mezzo (una carrozzina, una bicicletta, le proprie gambe).

## ■ COSA SI INTENDE PER DEAMBULAZIONE?

Per “**deambulazione**” si intende la capacità di spostarsi nell’ambiente utilizzando le proprie gambe, ossia camminare o marciare.

## ■ COSA SI PUÒ FARE PER MIGLIORARE I TRASFERIMENTI E LA LOCOMOZIONE?

Si inizia con un addestramento specifico in palestra, si prosegue con un addestramento con supervisione al di fuori della palestra.

Ricordate che non è tanto importante camminare correttamente in un ambiente protetto come la palestra, ma è molto più importante che il cammino risulti funzionale e sicuro su terreni e in contesti tipici della vita di tutti i giorni.

Quando la deambulazione, anche se è possibile, risulta molto faticosa o rischiosa (ad esempio, perché la persona rischia continuamente di cadere) può essere preferibile adottare un altro sistema di locomozione, come la carrozzina.

## ■ COS'È UN AUSILIO?

Un ausilio è un “aiuto”, un “facilitatore” cioè uno strumento (bastone, carrozzina, deambulatore, sollevatore, apparecchio acustico, ecc.) che aiuta e facilita la persona disabile e chi si prende cura di lei nelle attività di vita quotidiana, migliorando la loro qualità di vita.

Il vostro famigliaire potrebbe avere bisogno di un ausilio solo per un periodo del suo percorso riabilitativo oppure in maniera permanente.

### **Negli ausili sono comprese le ORTESI e le PROTESI**

- Si intende per **ORTESI** un'apparecchiatura che migliora, controlla o recupera la funzionalità di una parte del corpo che non è in grado di funzionare normalmente: ad esempio un'ortesi è l'AFO (Ankle Foot Orthosis), un dispositivo che permette di tenere in posizione corretta il piede in caso di paralisi di alcuni muscoli della gamba.
- Si intende per **PROTESI** un'apparecchiatura applicata al corpo umano che sostituisce del tutto o in parte un segmento del corpo mancante e ne recupera la sua normale funzionalità, ad esempio le protesi di arto inferiore o superiore, che sostituiscono un arto o un suo segmento in caso di amputazione.

## **COME SI OTTIENE UN AUSILIO?**

Durante il percorso riabilitativo, uno degli obiettivi del team dei professionisti della riabilitazione è quello di valutare se il vostro caro avrà bisogno di ausili anche dopo la dimissione dall'ospedale per compiere le attività della vita quotidiana in maniera più o meno autonoma.

La valutazione del tipo di ausilio necessario avviene tenendo conto di:

- quali sono i problemi della persona (ad esempio paralisi, difficoltà di coordinazione, disturbi visivi, ecc.) a cui non si può rimediare con la riabilitazione;

- quali sono le caratteristiche degli ambienti e delle situazioni in cui la persona si troverà dopo l'uscita dall'ospedale (casa, scuola, lavoro, tempo libero...);
  - quali sono i bisogni, gli obiettivi e le preferenze della persona.
- Tenendo conto di questi aspetti, il team, in collaborazione con la persona e la famiglia, individua gli ausili idonei.

L'ausilio necessario viene individuato dal team dei professionisti e il medico responsabile del progetto riabilitativo del vostro caro provvederà alla sua prescrizione utilizzando il **nomenclatore tariffario degli ausili** valido su tutto il territorio nazionale; tale nomenclatore è un elenco di tutti gli ausili identificati con un preciso codice numerico che il Servizio Sanitario Nazionale fornisce in maniera gratuita a coloro che ne hanno diritto.

Dovrete presentare il modulo con la prescrizione degli ausili all'ufficio competente della Azienda USL di residenza, che dovrà autorizzare la fornitura degli stessi.

Una volta ottenuta l'autorizzazione sarà possibile ritirare l'ausilio presso la ditta fornitrice da voi prescelta.

Una volta ottenuto l'ausilio, gli operatori del team provvedono a suggerire eventuali modificazioni e ad addestrare il paziente e i famigliari al suo corretto utilizzo.

Una volta verificati questi aspetti, viene attestato il collaudo dell'ausilio.

Vi ricordiamo che le persone che hanno ottenuto il riconoscimento di invalidità hanno diritto alla fornitura gratuita degli ausili indispensabili contenuti nel nomenclatore tariffario degli ausili (vedi pag. 162).

## RICORDA

**Gli operatori si occuperanno, durante il percorso riabilitativo, di insegnare a voi e al vostro famigliare le modalità di utilizzo dell'ausilio adottato.**

## ■ QUALI SONO GLI AUSILI PIÙ UTILIZZATI?

**Nei soggetti affetti da emiplegia dopo un ictus cerebrale, gli ausili più utilizzati sono:**

- Le ortesi per la caviglia e il piede paralizzati (AFO);
- I bastoni a puntale singolo o a puntale multiplo (Tripodi, Tetrapodi);
- Ortesi per la sub-lussazione di spalla;
- Ortesi di inibizione della spasticità del polso e della mano.

**Per i casi più gravi, con scarso recupero o per il periodo iniziale della riabilitazione:**

- Carrozze;
- Letti di statica e standing;
- Sollevatori;
- Deambulatori.

## ■ LA CARROZZINA

### QUALE SCEGLIERE?

Esistono molti tipi di carrozzina; la scelta va effettuata ricercando quella che risponde nel modo migliore alle necessità che ha il paziente in quel momento.

Una carrozzina può essere infatti:

**Carrozzina Manuale standard:** la carrozzina è spinta con la forza del paziente (il braccio o la gamba sana) o di un accompagnatore.





**Postura corretta** in carrozzina manuale in un emiplegico sinistro che guida la carrozzina con la mano e il piede destro.



**Postura non corretta** in carrozzina di un emiplegico destro.



**Carrozzina Manuale Monoguida:** con doppi cerchi per autospinta con l'arto superiore sano.



**Carrozzina a propulsione a manovella** da un lato solo.



**Carrozzina Elettrica:** ossia spinta da motori elettrici e guidata mediante un semplice sistema elettronico che permette di indirizzare la carrozzina e scegliere la velocità



**Carrozzina con tavolo avvolgente trasparente.**



**Carrozzina Pieghevole.**

Una carrozzina può essere inoltre fornita di vari accessori (pedane e spondine estraibili, tavolino anteriore, bracciolo postura, ruote regolabili, cusci- no antidecubito ecc...)

Il team di professionisti che segue il vostro caro vi aiuterà a fare la scelta più opportuna.

Nella scelta è importante la collaborazione del paziente e della famiglia, per segnalare esigenze particolari e per conoscere le condizioni in cui la carrozzina verrà utilizzata; una carrozzina che verrà usata prevalentemente in casa, in spazi limitati, potrà avere caratteristiche diverse da una carrozzina che verrà usata prevalentemente all'esterno.

## ■ COS'È IL LETTO DI STATICA?

Il letto di statica è un letto che può essere gradualmente messo in posizione verticale. Viene utilizzato per riabilitare i pazienti a stare in tale posizione.



## ■ COS'È LO STANDING?

Lo standing è un ausilio che si usa per mantenere in piedi i pazienti quando non sono in grado di starci da soli.



## ■ COS'È IL SOLLEVATORE?

Il sollevatore, che può essere sia a comando elettrico che manuale, è un ausilio che permette di spostare in modo sicuro ed agevole dal letto alla carrozzina e viceversa le persone che non hanno nessuna capacità di collaborare ai trasferimenti.



## ■ COS'È UN DEAMBULATORE?

Un deambulatore è un ausilio per aiutare le persone che hanno difficoltà a camminare a farlo più facilmente e/o con maggior sicurezza.



**Deambulatore tipo WALKER**

■ **QUALI SONO I TIPI DI BASTONE  
CHE POTETE VEDERE PIÙ FREQUENTEMENTE  
UTILIZZATI?**



**Bastone  
monopuntale**



**Quadripode o Tetrapode**



**Antibrachiale**

## ■ COM'È FATTA UN'ORTESI?

L'Ortesi, in genere, si applica ad una parte del corpo per facilitarne la funzione, e può essere facilmente indossata e rimossa. Nelle Figure 1 e 2 vedete alcuni esempi di ortesi per il complesso caviglia-piede più utilizzate nel soggetto emiplegico dopo un ictus. Esse, applicate alla gamba ed indossata all'interno della scarpa, permettono alla persona che ha difficoltà a controllare il piede di camminare con maggiore sicurezza, velocità e con minore fatica. Possono essere disponibili preconfezionate ("di serie") ed essere solo adattate alla persona oppure essere fatte su misura con un calco in gesso.

Meno utilizzate sono le ortesi di inibizione della spasticità del polso e della mano (Figura 3) con lo scopo di prevenire o contenere le viziature articolari.



Figura 1



Figura 2



Figura 3 - Tutore inibitorio.



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 7

# AREA ABILITÀ COGNITIVO COMPORTAMENTALI



## ■ COSA SONO I DISTURBI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI?

Spesso le persone che sono colpite da una lesione cerebrale, accanto alle difficoltà di movimento (raramente in assenza di queste), possono presentare **disturbi delle funzioni cognitive** e del **comportamento**.

Per **Funzioni Cognitive** si intende la capacità di stare attenti, di parlare, ricordare, leggere, etc., mentre per **Comportamento** si intende la capacità di mantenere una “condotta” appropriata alla situazione nella quale la persona si trova.

E' molto importante conoscere tali disturbi per gestirli adeguatamente in quanto possono influenzare negativamente la ripresa della autonomia del paziente e, durante il ricovero, l'esecuzione del trattamento riabilitativo in palestra.

Conoscerli è poi importante per evitare a voi di restare sconcertati di fronte a situazioni talora insolite.

## ■ DISTURBI COGNITIVI: COSA SONO?

Un paziente che ha avuto una lesione cerebrale ben delineata in un singolo emisfero del cervello potrà presentare disordini delle **funzioni cognitive** cosiddette “**focali**” (es. linguaggio, calcolo, attenzione per alcune parti dello spazio, etc.), che si manifesteranno diversamente a seconda dell'area e dell'emisfero cerebrale colpito. Sono le funzioni che nell'ictus più frequentemente vengono compromesse.

Pazienti invece che presentano gli esiti di numerose piccole lesioni cerebrali in entrambi gli emisferi (ad esempio quello che sentirete nominare come “quadro di encefalopatia multininfartuale”) possono presentare una alterazione delle cosiddette **funzioni cognitive diffuse** (memoria, concentrazione, etc.).

**Se già prima dell'ictus erano presenti disordini cognitivi è necessario comunicarlo al medico che segue il paziente in reparto.**

## DISTURBI DELLE FUNZIONI COGNITIVE DIFFUSE

Il vostro caro può presentare difficoltà a riconoscere in quale anno ci troviamo, in quale città, se è mattino o pomeriggio, dove si trova la sua stanza di degenza; in questo caso si parla di **DISORIENTAMENTO**. Può inoltre avere difficoltà a stare attento, a concentrarsi per esempio facendo un esercizio in palestra (**DISTURBO DI ATTENZIONE**) o non essere in grado di ricordare ciò che ha fatto nell'arco della giornata o se sono venute persone a trovarlo (**DISTURBO DI MEMORIA**).



### ■ DISTURBI DELLA MEMORIA E DELL'ORIENTAMENTO

A volte questi disturbi sono semplicemente legati al fatto di essere in ospedale e quindi di avere perso i propri riferimenti (spaziali e temporali), i propri ritmi e le proprie abitudini.

#### COSA FARE?

In genere la presenza di questi disordini rende conto di un danno cerebrale diffuso (cioè di molteplici piccoli danni diffusi in varie zone del cervello), che spesso non ha dato segno di sé fino a quando non è insorto l'ictus vero e proprio e pertanto non sono modificabili da un trattamento specifico da parte del logopedista.

Può essere comunque utile presentarli al paziente ma soprattutto ai familiari affinché lo aiutino a trovare strategie di compenso in modo da ridurre la necessità di assistenza esterna.

- Se i disordini sono legati alla ospedalizzazione si cerca di organizzare i ritmi della giornata in ospedale e al più presto programmare rientri temporanei al domicilio.
- Se i disordini sono successivi alla presenza di più danni cerebrali più difficilmente potranno modificarsi e si cercherà quindi di insegnare strategie per gestirli al meglio



## ALCUNI CONSIGLI:

- Fornite al paziente, più volte nell'arco della giornata, indicazioni su dove si trova, su cosa deve fare, in che ora, giorno, anno e mese siamo.
- Richiamate l'attenzione del paziente su elementi significativi della vita quotidiana

## DISTURBI DELL'ATTENZIONE

### COSA È L'ATTENZIONE?

È la capacità di selezionare gli stimoli e di orientare le attività mentali e i sensi sulla presenza di un fatto o nell'attesa di questo.

Vi sono vari tipi di attenzione.

Possiamo infatti parlare di:

- **ALLERTA:** condizione che ci permette di rispondere prontamente agli stimoli esterni (ad esempio essere pronti a partire al verde quando siamo fermi ad un semaforo).
- **ATTENZIONE SOSTENUTA:** condizione che ci permette di concentrarci in un compito più o meno lungo (es. quando ascoltiamo un discorso o vediamo un film).
- **ATTENZIONE FOCALE O SELETTIVA:** consente di isolare alcuni stimoli rispetto ad altri (es. riuscire a leggere in treno senza essere distratti dai discorsi degli altri).
- **ATTENZIONE DIVISA:** permette di seguire due compiti contemporaneamente (es. ascoltare la radio mentre si guida l'auto).



Anche se sono più frequentemente compromesse in presenza di un danno cerebrale diffuso, le diverse componenti della attenzione possono essere alterate in presenza di un danno cerebrale focale come quello causato dall'ictus.

In quest'ultimo caso i disturbi di attenzione si manifestano con alcune caratteristiche specifiche: il paziente può presentarsi più lento e con una difficoltà di mantenere la concentrazione per tempi protratti in seguito a lesione dell'emisfero cerebrale destro; mentre può facilmente distrarsi o avere difficoltà a mantenere una attenzione contemporaneamente su due stimoli se colpito da una lesione all'emisfero sinistro.

### **COME SI MANIFESTA?**

- L'infermiere chiede al vostro familiare di non muovere il braccio durante il prelievo ma egli si distrae subito rivolgendo la parola alla prima persona che gli passa accanto e muovendo il braccio
- Il vostro familiare riesce ad effettuare i primi passi da solo, ma poi rischia di cadere perché si distrae se qualcuno lo chiama o se qualche cosa si muove attorno a lui
- Mentre mangia si distrae in continuazione per osservare tutti quelli che passano, sporcandosi ogni volta o tossendo perché gli va di traverso il cibo.

### **COSA FARE?**

- Se il paziente si distrae facilmente è bene creargli attorno un ambiente tranquillo se dobbiamo chiedergli di fare qualcosa.
- È bene evitare che più persone gli parlino contemporaneamente
- È bene chiedergli di eseguire una azione alla volta lasciandogli, se necessario, pause per riposarsi

## DISTURBI DELLE FUNZIONI COGNITIVE LOCALIZZATE

### ■ AFASIA

#### COS'È?

È la difficoltà di parlare, di scrivere, di comprendere il linguaggio parlato e scritto.

La persona afasica può presentare un disturbo di tutte questi aspetti o solo di alcuni di questi. L'afasia è un disturbo che tende spontaneamente a migliorare nei primi mesi dopo l'ictus, nella maggior parte dei casi richiede comunque un trattamento specifico da parte di una logopedista.

**Bisogna ricordare che l'afasia è solo un disturbo del linguaggio, il paziente in genere ha conservata l'intelligenza e le capacità mentali.**

Anche in presenza di afasia la persona può comunicare attraverso, per esempio, l'utilizzo dei gesti, della indicazione di oggetti o percorsi; soprattutto nell'ambiente familiare potrete osservare che il vostro caro utilizza più frequentemente questo modo di comunicare.

#### COME SI MANIFESTA?

L'afasia può manifestarsi in diversi modi; di seguito sono riportati alcuni esempi:

- Il disturbo è molto grave ( "globale"), la persona non riesce ad esprimersi (nemmeno con la scrittura) né a comprendere ciò che le viene detto o ciò che legge.
- La persona parla molto, quasi non riesce a contenersi emettendo a volte un vero "fiume di parole" che spesso è privo di significato (afasia fluente)

- La persona produce qualche parola ma può compiere errori , ad es. “topo” al posto di “toro”, oppure “candela” al posto di “macchina” o ancora “banana” al posto di “mela”, infine potrebbero essere utilizzate parole “passe-partout” (cioè un’unica parola, sempre la stessa, per rispondere a qualsiasi domanda) o parole inesistenti.

**Teniamo presente che in tutte le forme di afasia la capacità di comprendere ciò che vogliamo comunicare al nostro caro risulta sempre compromessa in modo più o meno marcato.**

## COSA POTETE FARE VOI?

- *Prima di tutto ricordate che l’afasia è un disturbo del linguaggio per cui il vostro caro non ha perso l’intelligenza: non trattiamolo come se “non capisse più niente”, anzi rassicuriamolo in ogni momento lasciandogli intendere che siamo consapevoli delle sue difficoltà.*
- *Sfruttiamo al massimo la comprensione contestuale; quando la persona presenta una difficoltà della comprensione i gesti diventano fondamentali: immaginiamo di esser noi stessi in un paese di cui non conosciamo minimamente la lingua e pensiamo a cosa potremmo fare per farci capire!*
- *Un’altra raccomandazione è quella di parlare lentamente, scandendo bene le parole, rispettando le pause, accentuando l’intonazione (domanda, esclamazione, sottolineature, ecc.) e, soprattutto nelle fasi iniziali, usare frasi brevi quando ci si riferisce ai bisogni elementari.*
- *Se il vostro caro parla in continuazione, senza sosta, è opportuno cercare di contenerlo invitandolo a fare delle pause o comunque distraendolo con altre attività. Se è necessario fategli capire che state rivolgendo altrove la vostra attenzione.*
- *Se state conversando cercate di affrontare un discorso per volta, senza passare troppo rapidamente da un concetto all’altro; indicate oggetti, persone presenti, imitate azioni semplici, ecc.*
- *Informate parenti ed amici sul disturbo del vostro caro.*
- *Consultatevi sempre con il team riabilitativo per avere informazioni sul tipo di disturbo del linguaggio presentato dal vostro caro, e su come potete aiutarlo.*

## EMINEGLIGENZA SPAZIALE UNILATERALE O EMINATTENZIONE O NEGLECT

### COS'È?

Si tratta di un disturbo cognitivo che può comparire dopo un danno cerebrale prevalentemente dell'emisfero destro.

Consiste nella tendenza a "trascurare" una metà del proprio corpo e dello spazio che lo circonda, di solito la parte sinistra (in alcuni casi è possibile che si presenti a destra). Il paziente sembra comportarsi come se le persone e gli oggetti presenti alla sua sinistra non esistessero e/o "dimenticarsi" di avere la metà sinistra del corpo



### COME SI MANIFESTA?

- Se la persona viene chiamata da qualcuno che sta alla sua sinistra, non gira lo sguardo e la testa verso questo lato.
- Se la persona cammina potrebbe urtare inavvertitamente le cose poste alla sua sinistra perché "non si accorge" che ci sono.
- Durante le attività di cura della persona come lavarsi, pettinarsi, radersi o truccarsi la persona può essere più accurata a destra che a sinistra o trascurare del tutto la cura della parte sinistra (ad esempio mangiare solo ciò che si trova a destra nel piatto).



### COSA FARE?

- Nelle varie attività della vita quotidiana gli operatori e i familiari dovrebbero cercare di stimolare il paziente a volgere la sua attenzione verso il lato che la persona tende a non considerare, sia esso un lato del proprio corpo o un lato dell'ambiente che lo circonda.

**Nel caso in cui il disturbo sia molto importante e si protragga a lungo è bene cercare di aiutare il paziente ponendogli gli oggetti sul lato che meglio esplora.**

## ■ APRASSIA

### COS'È?

Consiste nella incapacità di eseguire correttamente una serie di movimenti che fanno parte di gesti o azioni della vita quotidiana anche se la forza dei muscoli delle braccia è conservata. Di solito questi gesti vengono eseguiti "in modo corretto" quando la persona li fa automaticamente e "in modo sbagliato" quando li fa su comando e "deve pensarci".

### COME SI MANIFESTA?

- Il vostro caro, se abituato a fumare, è in grado di accendersi la sigaretta usando l'accendino quando lo fa automaticamente, mentre se gli chiedete voi di farlo non riesce a compiere i gesti in modo corretto e può mettere in bocca l'accendino anziché la sigaretta o tentare di accenderla senza prima averla portata alle labbra
- Il vostro caro è in grado di usare un martello per piantare un chiodo, ma non è in grado, se glielo chiedete, di farvi vedere in che modo si usa lo stesso martello.

### COSA FARE?

- Di solito tali disturbi si risolvono spontaneamente nel tempo e nella vita di tutti i giorni, dove molti dei nostri gesti sono fatti in modo automatico, non creano particolari difficoltà.

Possono creare problemi quando si tratta di fare movimenti non così abituali o imparare nuovi gesti come ad esempio modi per portarsi dal letto alla carrozzina se il paziente non è in grado di camminare. In questo caso potrebbe essere utile per il vostro caro mettergli per iscritto un elenco che contenga le singole tappe di esecuzione di determinati movimenti/gesti. Nei casi più gravi bisognerà aiutarlo e fargli ripetere il gesto più volte, meglio se utilizzando sempre gli stessi oggetti.



## ■ ANOSOAGNOSIA

### COS'È?

È un disturbo cognitivo che consiste nella incapacità da parte della persona di riconoscere le proprie difficoltà (siano esse relative al movimento o agli aspetti cognitivi) conseguenti al danno cerebrale; la non consapevolezza del disturbo comporta che il paziente non cerchi nemmeno di affrontarlo attraverso la messa in atto di “strategie di compenso”.

### COME SI MANIFESTA?

Ci sono diversi tipi di consapevolezza di malattia, che possono manifestarsi in maniera diversa

- **CONSAPEVOLEZZA EMERGENTE:** se si chiede ad un paziente con difficoltà di movimento ad un lato del corpo, a causa del quale si muove con la carrozzina se è in grado di camminare da solo il paziente può riferire di essere in grado di farlo e solo di fronte alla evidenza può rendersi conto che ciò non è possibile
- **CONSAPEVOLEZZA DICHIARATIVA:** il paziente racconta correttamente le sue difficoltà, ma poi si atteggia come se in realtà non presentasse alcun disturbo. Questa sua inconsapevolezza può metterlo molto a rischio e pertanto potrebbe essere in questo caso necessaria una persona che controlli le sue iniziative motorie (supervisione).
- **CONSAPEVOLEZZA PROGETTUALE:** il paziente riferisce correttamente le sue difficoltà e mette in atto modalità adeguate per poterle affrontare

### COSA FARE?

- Occorre che ricordiate al vostro caro i motivi per cui si trova in ospedale, soprattutto ogni volta che egli tende a fare cose che lo potrebbe mettere in pericolo.  
Se egli insiste a voler fare cose che non è in grado di fare, consultatevi con gli operatori e, in alcuni casi, lasciatelo provare (sotto la sorveglianza vostra e degli operatori) perché si renda conto, in questo modo, direttamente dei suoi limiti.

## ■ I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO: COSA SONO?

Nel paziente con ictus i disordini del comportamento sono nella maggior parte dei casi una reazione alle difficoltà che il paziente presenta a causa dei disturbi di movimento o sono conseguenti alla presenza di disturbi delle funzioni cognitive.

Più raramente possono essere dovuti ad un danno diretto delle strutture del cervello che controllano il comportamento (lobi frontali e temporali soprattutto).

### Indichiamo quelli che più frequentemente potreste osservare:

- Irritabilità.
- Depressione.
- Perdita del controllo delle emozioni: si può evidenziare una alternanza di momenti di pianto e di riso non giustificati dalla situazione contestuale (**riso e pianto spastico**). Questi non corrispondono ad espressioni di un tono dell'umore alterato, ma riflettono una difficoltà di controllo emozionale.
- Mancanza di motivazione, iniziativa.
- Comportamenti ripetitivi, stereotipati.

### COME SI MANIFESTANO?

- Il vostro caro tende a “chiudersi” o irritarsi di fronte ad una importante difficoltà di comunicazione.
- Quando è molto consapevole delle proprie difficoltà può presentare delle vere e proprie crisi catastrofiche, cioè manifestazioni di disperazione e accessi di pianto incontrollati (queste manifestazioni non indicano che la persona soffra).
- Potrebbe sembrare svogliato, senza motivazione per qualsiasi attività.

### COSA FARE?

- Non trattare la persona come un bambino, rivolgersi a lui anche se ha difficoltà a parlare con un linguaggio da adulto.

- Cercare di facilitare al massimo la comunicazione (seguire le indicazioni che vi vengono di volta in volta fornite a riguardo dagli operatori competenti), questo potrà ridurre l'irritabilità.
- Se la persona non ha iniziativa, non fate tutto al suo posto, il vostro caro ha bisogno della vostra partecipazione affettiva, ma non che vi sostituiate completamente a lui.

### RICORDATE CHE:

- il vostro caro non è “svogliato” e quindi non deve essere sgridato. E' inutile proporgli tante attività più o meno impegnative, conviene sceglierne una per volta e cercare di stimolarlo a farla

## ■ LA DEPRESSIONE

È normale che una persona che ha avuto un ictus attraversi una fase di depressione conseguente alla presa di coscienza della sua situazione e delle conseguenze che quanto accaduto avrà sulla propria vita. Questo tipo di depressione (detta **depressione reattiva**) è una reazione fisiologica, che non va “inibita” ma “concessa” al paziente, a cui bisogna permettere di piangere e sfogarsi se e quando ne ha la necessità.

Il paziente va ovviamente sostenuto ed aiutato a superare questa fase da tutto il team dei professionisti, e in particolare dallo psicologo, con la collaborazione e il coinvolgimento dei familiari.

Solo nel caso in cui il paziente presenti sintomi di tipo depressivo marcati (ad esempio perdita di interesse a svolgere le attività quotidiane, compresa l'attività riabilitativa in palestra, significativa perdita di appetito, importanti disturbi del sonno ecc..) verrà valutata dal team curante l'opportunità di inserire una terapia farmacologica specifica.

### RICORDATE CHE:

- è importante segnalare al team curante se il paziente assumeva prima dell'ictus (o aveva assunto in passato) farmaci antidepressivi e comunicare al medico i nomi e le dosi giornaliere di tali farmaci.

## ■ LA SESSUALITÀ

Dopo un ictus generalmente non vi è nessuna controindicazione alla ripresa di una normale vita sessuale.

Eventuali difficoltà legate a problematiche di tipo motorio o psicologico, possono essere superate con l'aiuto e i consigli dei professionisti del team curante.

Solo in un minimo numero di casi può manifestarsi un calo del desiderio sessuale o difficoltà a compiere l'atto sessuale come conseguenza del danno cerebrale subito; in un altro minimo numero di casi in seguito all'ictus può manifestarsi un aumento del desiderio sessuale.

**Non abbiate timore a parlare di tali aspetti con il team curante, in particolare con il medico e lo psicologo, e a esporre tutti i vostri dubbi e le vostre domande in merito.**



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 8

# AREA AUTONOMIA E CURA DELLA PERSONA



## ■ CHE COSA SONO LE ADL?

Per ADL intendiamo le attività della vita quotidiana (in inglese ADL sta per Activities of Daily Living).

Possiamo distinguere fra ADL primarie e ADL secondarie.

Le **ADL primarie** riguardano attività che possiamo definire “di base”; si valuta infatti se la persona è in grado di:

- alimentarsi;
- lavarsi;
- vestirsi;
- usare i servizi igienici;
- spostarsi;
- controllare completamente la minzione e la defecazione.



Le **ADL secondarie**, dette anche “ADL complesse”, riguardano attività della vita quotidiana che non si riferiscono solo alla cura di sé, ma ad attività domestiche, sociali o del tempo libero. Esse riguardano, ad esempio, la capacità di:

- usare il telefono;
- fare acquisti;
- usare i mezzi di trasporto;
- assumere farmaci;
- gestire il denaro;
- cucinare;
- accudire la casa;
- fare il bucato.

## COME SI VALUTA L' AUTONOMIA NELLE ADL?

Una persona, a causa di un danno cerebrale, può avere difficoltà di grado diverso nello svolgere le ADL: ad esempio, può perdere del tutto la capacità di vestirsi da solo, oppure avere necessità di un piccolo aiuto nel lavarsi.

Per valutare l'autonomia di una persona nelle ADL si usano di solito delle scale a punteggio, che ci permettono di “misurare” il grado di autonomia e di registrare i progressi.

Le scale più usate sono la scala di Barthel e la FIM (Functional Independence Measure - Misura di Indipendenza Funzionale).

La FIM è la scala di misura abitualmente utilizzata nel nostro centro e valuta quanto la persona abbia bisogno di aiuto in diverse attività, come il vestirsi, lavarsi e così via. Il punteggio 1 corrisponde alla completa incapacità a svolgere l'attività, mentre il punteggio 7 corrisponde alla completa autonomia. Se una persona ha un punteggio intermedio, ad esempio 3, significa che può fare da solo una parte dell'attività, ma ha bisogno di essere aiutato per portarla a termine.

## **PERCHÉ DOPO UN DANNO CEREBRALE E' OPPORTUNO VALUTARE L'AUTONOMIA NELLE ADL?**

Dopo un danno cerebrale, una persona può avere difficoltà a svolgere le attività di vita quotidiana per diversi motivi: perché ha difficoltà a muoversi, perché ha difficoltà di memoria, perché ha difficoltà a pianificare l'azione, ecc.

### **Facciamo qualche esempio:**

- una persona con paralisi di metà parte del corpo può non essere in grado di vestirsi da solo o di farsi il bagno;
- una persona che presenta un disturbo dell'attenzione all'ambiente circostante o a metà del suo corpo potrebbe non essere in grado di lavarsi da solo in quanto dimentica di lavare o fare le cure a una parte di se ed è pertanto necessaria la presenza di qualcuno affinché il compito venga interamente svolto.

## **COSA SI PUÒ FARE PER AIUTARE LE PERSONE A RECUPERARE L'AUTONOMIA NELLE ADL?**

A volte la persona ritorna in grado di svolgere le attività quotidiane esattamente come prima perché recupera gradualmente e spontaneamente la forza, la coordinazione, la memoria e così via.

Altre volte, invece, permangono dei problemi fisici o cognitivi che ostacolano l'autonomia; si può anche in questo caso cercare di aiutare la persona a diventare più autonoma insegnandole delle strategie particolari, oppure fornendole adeguati ausili.

## **QUALI SONO I PRINCIPALI AUSILI PER FACILITARE LO SVOLGIMENTO DELLE ADL?**

In commercio sono disponibili una grande varietà di ausili per facilitare tutte le attività, sia semplici che complesse, della vita quotidiana.

Facciamo alcuni esempi: per fare la doccia si possono usare degli sgabelli per doccia con o senza schienale, per fare il bagno si può ricorrere a dei corrimani per sorreggersi e se la difficoltà consiste nell'entrare a sedersi nella vasca e nell'alzarsi per uscire, esistono appositi sedili per vasca da bagno che risolvono questo problema; per le attività che richiedono l'impugnatura di un oggetto come il pettinarsi o il lavarsi i denti, si ricorre di solito ad oggetti analoghi ma con una impugnatura più grande o magari con una impugnatura ad angolazione diversa; per vestirsi e svestirsi, qualora sia presente un problema motorio ad un braccio, si può ricorrere a dei bastoni con pinze all'estremità che consentono di raggiungere gli indumenti; per andare in bagno si può ricorrere ad ausili come il sedile rialzato per il WC, corrimani montati al muro, al soffitto o al pavimento, pinze prensili per la carta igienica.

Anche per le attività domestiche esistono vari e fantasiosi ausili: in caso di paralisi di un arto si può utilizzare un tagliere con dei chiodi inseriti per tener fermi i cibi mentre vengono tagliati; anche le posate, e tutti gli oggetti utili per rassettare la casa come la scopa, l'aspirapolvere, etc..... possono esser dotati di impugnature di appropriata lunghezza e dimensioni.

Nelle pagine seguenti è mostrato come infilarsi le calze con una mano sola, utilizzando un apposito ausilio (Figura 1-8), come allacciarsi le scarpe con una mano sola (Figura 9), e un ausilio per sostenere le carte da gioco (Figura 10).



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8

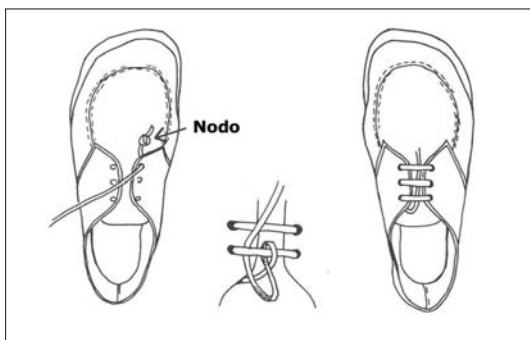


Figura 9  
Esempio di come allacciarsi  
le scarpe con una mano sola.



Figura 10  
Ausili per sostenere le carte  
da gioco.

## UN ESEMPIO

Presso l'Unità Medicina Riabilitativa e l'Unità Gravi Cerebrolesioni di Ferrara è attivo un progetto (il progetto ADL) che ha come obiettivo specifico quello di aiutare la persona a raggiungere il miglior grado di autonomia nelle attività di cura della persona compatibile con il danno cerebrale subito. È riportato di seguito il materiale inerente il progetto, che viene fornito ai famigliari.

### ■ IL PROGETTO ADL

Nel momento in cui il team riabilitativo valuta che il vostro familiare ha le potenzialità per acquisire l'autonomia nelle principali attività di cura di sé (nutrirsi, rassettarsi, lavarsi, vestirsi), questi viene sottoposto ad uno specifico addestramento in tal senso, effettuato all'interno del cosiddetto **Progetto ADL**; durante le cure igieniche del mattino il vostro caro verrà seguito da un infermiere e da un fisioterapista e, se necessario, da un logopedista, che insieme lavoreranno per insegnargli le strategie da usare per essere in grado di fare da solo tali attività, stimolandolo a metterle in pratica.

Quando il vostro caro avrà raggiunto il massimo grado di autonomia consentito dai problemi che ancora presenta, terminerà l'addestramento e a voi verrà fornita una scheda che illustra le abilità che ha raggiunto e il modo in cui voi potete intervenire per aiutarlo a metterle in pratica, senza però sostituirvi a lui; in questo modo anche voi potrete contribuire a stimolarlo ad essere il più autonomo possibile. (La scheda è riportata di seguito).

## FAC-SIMILE DI SCHEDA FORNITA AI FAMIGLIARI

Il vostro familiare ha seguito nelle ultime settimane un percorso di addestramento per recuperare l'autonomia nelle attività di vita quotidiana, il cosiddetto **Progetto ADL**.

Nelle schede a seguire è riportato ciò che ha imparato a fare da solo e alcuni suggerimenti, per voi, per essergli di aiuto.

**Ricordatevi che l'autonomia nelle attività di vita quotidiana è molto importante; cercate di stimolare sempre il vostro familiare a fare da solo le cose che è capace di fare.**

- Nell'attività del **NUTRIRSI** il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

- Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

- Nell'attività del **RASSETTARSI** (lavarsi la faccia, i denti, pettinarsi, radersi) il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

- Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

- Nell'attività del **LAVARSI ED ASCIUGARSI** il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

- Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

- Nell'attività del **VESTIRSI/SVESTIRSI DALLA VITA IN SU** il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

FAC-SIMILE DI SCHEDA FORNITA AI FAMILIARI

■ Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

■ Nell'attività del **VESTIRSI/SVESTIRSI DALLA VITA IN GIU'** il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

■ Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

■ Nell'attività dell'**IGIENE PERINEALE** (farsi il bidet) il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

■ Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

■ Nel **CONTROLLO SFINTERICO** il vostro familiare è in grado di:

-----  
-----  
-----

■ Voi potete aiutarlo in questo modo:

-----  
-----  
-----

-----  
-----  
-----

FAC-SIMILE DI SCHEDA FORNITA AI FAMIGLIARI



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 9

# AREA REINSERIMENTO SOCIALE E LAVORATIVO



## REINSERIMENTO FAMILIARE E SOCIALE DI PERSONE CHE HANNO SUBITO UN ICTUS CEREBRALE

### ■ REINSERIMENTO FAMILIARE

#### QUANDO INIZIARE IL REINSERIMENTO FAMILIARE?

È opportuno iniziare il reinserimento familiare il più precocemente possibile, non appena le condizioni cliniche della persona permettono di effettuarlo in sicurezza, attraverso l'effettuazione delle cosiddette **prove di domiciliazione**.

Significa che mentre il vostro caro è ancora ricoverato vengono organizzati dei rientri temporanei a domicilio, di solito durante i fine settimana. Questo permette alla persona di riappropriarsi gradualmente del proprio ambiente di vita e di sperimentare le proprie abilità a casa propria; permette alla famiglia e al team riabilitativo di verificare l'impatto della "casa" sulla situazione e/o sul comportamento della persona; consente inoltre a chi deve occuparsi dell'assistenza alla persona di individuare fin da subito difficoltà ambientali e/o logistiche e di mettersi alla prova nella gestione delle necessità quotidiane del proprio caro; permette di raccogliere elementi utili per un eventuale riadattamento del progetto riabilitativo.

#### UN ESEMPIO

Nel Settore di Medicina Riabilitativa "San Giorgio" di Ferrara viene consegnato ai famigliari in occasione delle prove di domiciliazione il "Diario del famigliare", un foglio che i famigliari riconsegnano compilato al team riabilitativo al loro rientro in reparto; il foglio prevede la segnalazione da parte dei famigliari di eventuali imprevisti e/o difficoltà riscontrate a domicilio, la descrizione del comportamento della persona a casa e permette di evidenziare le necessità e le esigenze emerse durante la prova di domiciliazione. I fogli del "Diario del famigliare" vengono inseriti nella cartella clinica del paziente e permettono al team riabilitativo di avere informazioni molto utili su quali sono i punti di forza e/o di debolezza relativi al graduale processo di restituzione della persona al proprio ambiente di vita.

Il "Diario del famigliare" è riportato nella pagina seguente.



> **QUALI MIGLIORAMENTI AVETE RICONTRATO RISPETTO ALLE SETTIMANE PRECEDENTI?**

Lined area for writing answers to the first question.

> **QUALI ESIGENZE E NECESSITA' SONO EMERSE DURANTE IL FINE SETTIMANA?**

Lined area for writing answers to the second question.

> **AVETE ALTRE OSSERVAZIONI O COMMENTI?**

Lined area for writing answers to the third question.

DATA: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE DI SCHEDA FORNITA AI FAMILIARI

## ■ REINSERIMENTO SOCIALE

Dopo l'ictus, il vostro caro potrebbe avere molte difficoltà a riprendere i contatti sociali. E' importante che la famiglia lo aiuti a non chiudersi in casa e a mantenere il più possibile i rapporti con gli amici; potrà capire tuttavia che le persone che egli frequentava prima si allontanano. Perché il vostro caro non rimanga isolato vi consigliamo di cercare di creargli attorno una rete di persone che lo vengano a trovare, gli facciano compagnia, lo accompagnino fuori consentendogli di frequentare luoghi adatti alla sua età. Una modalità che in molti casi si è rivelata positiva è quella di coinvolgere le Associazioni di Volontariato presenti nella vostra zona.

E' importante che gli amici, i parenti, le persone che sono disponibili ad essere d'aiuto al vostro caro, siano informati sui suoi problemi e sappiano qual è il modo migliore per essergli d'aiuto.

Sarà cura del team riabilitativo dare loro, o direttamente o tramite una relazione scritta, tutti i suggerimenti e i consigli che li possono aiutare a stare vicino alla persona in modo positivo e costruttivo.

### **QUALI CRITERI INTERVENGONO NELLA FORMULAZIONE DELLE PROPOSTE DI REINSERIMENTO SOCIALE?**

Intervengono principalmente tre tipi di criteri:

- le conseguenze non eliminabili che il danno cerebrale ha avuto sul vostro caro e le restrizioni della partecipazione che ne conseguono;
- le condizioni di vita e l'equilibrio psichico precedente al danno cerebrale;
- le risorse presenti in quel momento nell'ambiente di vita della persona.

### **IN CHE MODO IL PERSONALE VALUTA LE CAPACITA' DEL VOSTRO FAMILIARE E LE RISORSE DELL'AMBIENTE?**

Gli operatori del team riabilitativo fanno dei bilanci partendo da situazioni di vita concrete. La conoscenza delle risorse proprie dell'ambiente di ognuno permette di proporre delle soluzioni per cercare di limitare le difficoltà di partecipazione del vostro caro alla vita sociale.

## ■ REINSERIMENTO LAVORATIVO

Se la persona è ancora in età lavorativa, in seguito all'ictus cerebrale potrebbe non essere in grado di riprendere l'attività lavorativa precedentemente svolta. E' necessario in questo caso fare intraprendere alla persona un corso di acquisizione o riqualificazione professionale e individuare un percorso di reinserimento lavorativo adeguato.

### UN ESEMPIO

A questo scopo il Settore di Medicina Riabilitativa di Ferrara ha avviato da anni una collaborazione con un Centro di Formazione Professionale, l'Opera Don Calabria, che prevede tra le tante attività svolte programmi volti al reinserimento sociale e lavorativo di persone che hanno subito un danno cerebrale.

## ■ LA PATENTE DI GUIDA

Normalmente il paziente che ha avuto un ictus cerebrale non perde i requisiti necessari alla guida dell'auto, ovviamente con gli opportuni adattamenti nel caso in cui permangano difficoltà di movimento alla gamba o al braccio.

Nonostante ciò è comunque **sempre consigliato rivolgersi agli specialisti** che potranno escludere eventuali controindicazioni alla ripresa della guida.

Infatti guidare una automobile è una attività complessa della vita quotidiana che facilita notevolmente il reinserimento sociale e lavorativo del paziente.

Per avere una idea di quanto sia complessa l'attività di guida, basta considerare che il solo controllo cognitivo della guida presenta una gerarchia fatta di tre livelli:

1. livello operativo: per le operazioni di base come ad esempio accelerare o frenare;

2. livello tattico: riguarda ad esempio le decisioni da prendere nel traffico, rispettando le norme del codice della strada;
3. livello strategico: riguarda le decisioni sulla scelta dei percorsi da fare, o ancora la decisione di non guidare in particolari condizioni.

## QUALI SONO LE CONDIZIONI CHE POSSONO INFLUIRE SULLA RIPRESA DELLA GUIDA?

In seguito ad un danno cerebrale i disturbi che possono influire sulla possibilità di riprendere la guida dell'auto sono:

- deficit sensoriali (soprattutto del campo visivo);
- deficit motori;
- deficit cognitivi (soprattutto dell'attenzione, della capacità di giudizio, della capacità di operare delle scelte in contesti diversi, etc.);
- presenza di epilessia (in tal caso **non è possibile riprendere la guida prima che siano trascorsi due anni dalla manifestazione dell'ultima crisi epilettica**).

## COME VALUTARE L'IDONEITÀ ALLA GUIDA?

Una volta che vengono esclusi problemi come una crisi epilettica avuta negli ultimi due anni oppure un grave disturbo del campo visivo che il paziente non compensa, è necessario somministrare alla persona una serie di test neuropsicologici per una valutazione delle funzioni cognitive.

### RICORDA

**Anche se non vi è necessità di richiedere la patente B speciale (BS) dopo un ictus è sempre consigliabile rivolgersi presso strutture idonee (centri riabilitativi) che possono valutare la presenza dei prerequisiti alla guida. Presso il nostro centro è attivo uno specifico programma relativo a tali aspetti.**

Qualora anche questi non evidenzino disturbi incompatibili con la possibilità di guidare si può effettuare un test con il simulatore di guida, rivolgendosi a centri specializzati su consiglio degli operatori del team riabilitativo.

Successivamente si passerà ad un test al volante in circuito chiuso ed infine ad un test nel traffico reale.

Le ultime due prove possono essere effettuate con la presenza di un istruttore utilizzando un'automobile con opportuni adattamenti, come ad esempio la doppia pedaliera.

## COME OTTENERE LA PATENTE B SPECIALE (BS)?

### Dove rivolgersi

Per ottenere la patente speciale (BS) è necessario effettuare una visita presso la Commissione Medica provinciale per il rilascio dell'apposita certificazione medica.

La commissione certificherà l'idoneità della persona disabile ad acquisire la patente e indicherà gli eventuali adattamenti alla guida che la persona dovrà far installare nel proprio veicolo (salvo la sola prescrizione di cambio automatico disponibile di serie su moltissimi modelli).

La visita **si prenota** presso gli sportelli CUP, che provvederanno anche a fornire i bollettini per il pagamento delle tasse previste.

Successivamente sarà necessario sostenere un esame di guida (solo pratico) presso la Motorizzazione Civile, che dovrà essere effettuato utilizzando un'automobile con gli adattamenti prescritti dalla Commissione Medica.

### RICORDA

**Alcune autoscuole possiedono automobili adattate; è consigliabile prima di effettuare l'esame pratico prendere alcune lezioni di guida con l'istruttore.**



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 10

# COSA FARE DOPO LA DIMISSIONE. PREVENZIONE DELLE RECIDIVE E CONTROLLO DEI FATTORI DI RISCHIO PER ICTUS

## ■ COSA SI INTENDE PER PREVENZIONE SECONDARIA?

La prevenzione secondaria o delle recidive comprende tutti quegli interventi che devono essere messi in atto, allo scopo di impedire il verificarsi di un nuovo ictus.

### **Tali interventi sono indirizzati:**

- 1) a tenere sotto controllo i cosiddetti “fattori di rischio modificabili”, cioè quelle condizioni di malattia o abitudini di vita già presenti prima dell'ictus (ad esempio: l'abitudine al fumo di sigaretta, l'abuso di alcool, la scarsa attività fisica, la pressione del sangue elevata, il diabete, l'eccesso di peso corporeo, l'aumento dei grassi nel sangue, le apnee ostruttive del sonno, etc.);
- 2) a curare con farmaci o con interventi chirurgici le malattie che hanno causato il primo ictus.

### **CONTROLLO DELLA PRESSIONE ARTERIOSA**

- È necessario mantenere la pressione all'interno di valori di riferimento attraverso una dieta adeguata ed un eventuale utilizzo di farmaci antipertensivi. Ricordiamo che la pressione alta è uno dei fattori di rischio anche di altre patologie (ad esempio l'infarto cardiaco). I valori considerati normali sono compresi tra i 140 di massima e i 90 di minima.
- Particolare attenzione deve essere posta alla ipertensione sistolica (la cosiddetta “massima”) isolata, soprattutto nell'anziano.

### **RICORDA**

**È importante per le persone che hanno avuto un ictus mettere in atto azioni e comportamenti che riducano la possibilità che questo si ripresenti. Consultate il vostro medico di Medicina Generale che vi darà utili informazioni in merito.**

## **CONTROLLO DELLA GLICEMIA (zuccheri) E DEI LIPIDI (colesterolo e trigliceridi)**

- È raccomandato il mantenimento di un normale livello di glucosio (soprattutto nei pazienti diabetici) e di grassi nel sangue. Per fare questo, oltre ad una dieta adeguata ed una sufficiente attività motoria, potrebbe essere necessario anche l'utilizzo di farmaci specifici

## **CONTROLLO DEL RISCHIO DI EMBOLIA CEREBRALE IN PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIE CARDIACHE**

- Per i pazienti con fibrillazione atriale persistente o intermittente o con altre patologie cardiache a rischio per embolia cerebrale si consiglia l'uso di farmaci (ad esempio gli anticoagulanti orali o gli antiaggreganti piastrinici come l'aspirina) che impediscono la formazione di coaguli (trombi) nel sangue.  
L'uso della aspirina a basse dosi è indicato per i pazienti che hanno avuto un ictus ischemico, anche se non sono affetti da patologia cardiaca.

## **QUALI SONO GLI STILI DI VITA CHE RIDUCONO IL RISCHIO DI ICTUS E DELLE SUE RECIDIVE?**

- smettere di fumare riduce il rischio nei soggetti di qualsiasi età e nei fumatori sia moderati che forti;
- svolgere attività fisica graduale, di lieve-moderata intensità e di tipo aerobico, nella maggior parte dei giorni della settimana, preferibilmente ogni giorno;
- mantenere un peso corporeo salutare, aumentando gradualmente il livello di attività fisica, il consumo di frutta e verdura e controllando l'apporto di grassi e dolci;
- ridurre l'apporto di sale nella dieta a non oltre i 6 grammi di sale (2,4 g di sodio) al giorno, evitando cibi ad elevato contenuto di sale, limitandone l'uso nella preparazione degli alimenti e non aggiungendo sale a tavola;

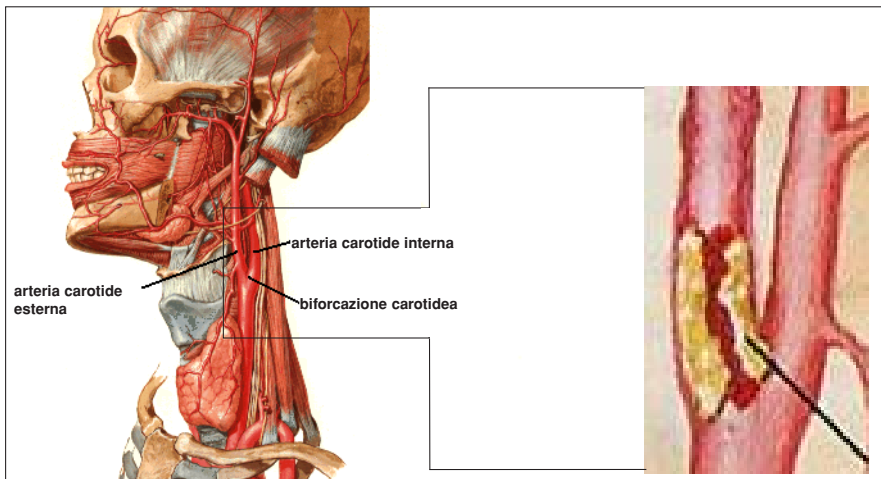
- ridurre il consumo di grassi e condimenti di origine animale, sostituendoli con quelli di origine vegetale (in particolare olio extravergine di oliva) e utilizzando i condimenti preferibilmente a crudo;
- consumare pesce dalle 2 alle 4 volte a settimana (complessivamente almeno 400 g), quale fonte di acidi grassi polinsaturi della serie omega-3 (anguille comprese);
- consumare 3 porzioni di verdura e 2 porzioni di frutta al giorno, e con regolarità, cereali integrali e legumi, quali fonti di energia, proteine di origine vegetale, fibra alimentare, vitamine, minerali (potassio, magnesio e calcio);
- consumare regolarmente latte e alimenti derivati, scegliendo prodotti con basso contenuto lipidico (NB: la mozzarella è ad altissimo contenuto di colesterolo!);
- per i consumatori abituali di bevande alcoliche, ridurre l'assunzione di alcool a non più di due bicchieri di vino al giorno (o quantità di alcool equivalenti) nei maschi e a un bicchiere nelle donne non in gravidanza, preferibilmente durante i pasti principali (in assenza di controindicazioni metaboliche).

## ■ LA TERAPIA CHIRURGICA

Nella prevenzione secondaria dell'ictus, così come in quella primaria, ricopre un ruolo molto importante la chirurgia vascolare.

La biforcazione carotidea (Figura 1) è il distretto anatomico più facilmente raggiungibile da metodiche diagnostiche (esempio Ecodoppler) e chirurgiche ed è anche la sede più frequente della patologia dei vasi arteriosi coinvolta nell'ictus.

I pazienti con restringimento (stenosi) della carotide associato a disturbi neurologici (come un TIA o un ICTUS) sono maggiormente a rischio di un nuovo ictus rispetto a quelli con restringimento di pari entità ma senza sintomi e traggono maggiore beneficio dalla chirurgia vascolare.



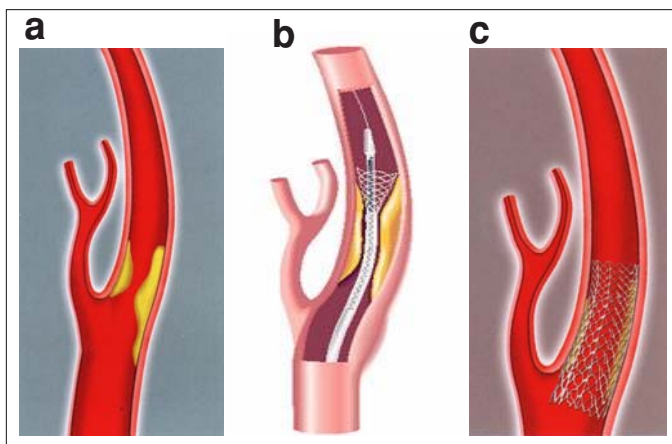
**Fig. 1** - Biforcazione carotidea con dettaglio della sede restringente (placca).

**Esistono attualmente due possibilità di trattamento per i pazienti con stenosi carotidea:**

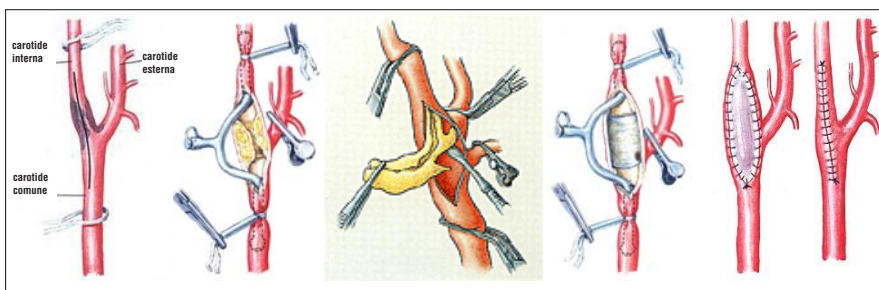
- **L'angioplastica.**
- **L'endarterectomia carotidea.**

■ **L'angioplastica** consiste nel posizionamento di una rete metallica che serve a mantenere aperto il vaso sanguigno ristretto da una placca (stenting carotideo) come mostrato nella Figura 2.

**Fig. 2**  
Intervento di stenting carotideo.  
**a.** Sede del restringimento (placca).  
**b.** Palloncino con rete metallica.  
**c.** Rete metallica posizionata con il ripristino del calibro dell'arteria



■ **L'intervento chirurgico di endoarterectomia carotidea** consiste nella asportazione della placca carotidea attraverso una apertura praticata dal chirurgo direttamente sul collo del paziente, come schematicamente mostrato nella Figura 3.



**Fig. 3** - Intervento di endoarterectomia carotidea (TEA).

## RICORDA

- Una vita sedentaria ed una ridotta attività fisica sono associate ad un incremento del rischio ictus e delle sue recidive, sia nella forma ischemica, sia emorragica.
- È importante eseguire regolarmente tutti i giorni, una attività fisica in base agli esiti dell'ictus.  
L'attività migliore è il cammino, anche se effettuato con bastone e tetrapode, aiuto umano, ecc.
- È importante anche tenersi attivi mentalmente, ad esempio coltivando interessi e relazioni con amici e parenti.
- È importante effettuare i controlli indicati nella lettera di riconsegna del paziente al proprio ambiente di vita.
- È importante effettuare le visite di controllo fisiatrici almeno nel primo anno dopo l'ictus e di solito ad intervalli regolari quali:
  - a 1 mese dalla dimissione;
  - a 3 mesi dalla dimissione;
  - a 6 mesi dalla dimissione;
  - a 9 mesi dalla dimissione;
  - a 12 mesi dalla dimissione.

Durante i controlli fisiatrici tra le varie cose verranno monitorate:

- la funzionalità fisica;
- la funzionalità cognitiva;
- l'integrazione familiare e sociale;
- il bisogno di eventuali trattamenti e prese in carico riabilitative.



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 11

# AGEVOLAZIONI DI LEGGE E FISCALI



## ■ LA DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELL' INVALIDITÀ CIVILE

### Quando è opportuno farla?

- È opportuno avviarla subito dopo il ricovero e va presentata alla commissione di prima istanza della AUSL di appartenenza, anche per avere il diritto alla fornitura di ausili eventualmente necessari.

### Quali documenti occorrono?

Non tutte le regioni italiane seguono la stessa prassi; in via generale si dovrebbero presentare:

- Domanda di invalidità e domanda di riconoscimento dello stato di handicap in situazione di gravità (art. 3 comma 3 della legge 104), da compilare su un prestampato fornito dal comune o dall'AUSL.
- Certificato attestante la condizione del paziente redatto dal medico di reparto che segue il vostro congiunto.

### Per ogni chiarimento in merito rivolgetevi al medico che segue il vostro congiunto

**Nella domanda di invalidità è opportuno inserire la dicitura:  
Domiciliato temporaneamente presso l'Ospedale .....**

Tale dicitura consente alla commissione di prima istanza di delegare alla visita presso il reparto un medico dell'USL del territorio dove ha sede l'ospedale.

**Se nel frattempo, il paziente viene dimesso dall'ospedale, bisogna comunicare all'AUSL di appartenenza il nuovo domicilio.**

#### Nota:

Attualmente a Ferrara, i tempi di attesa per questa visita sono molto brevi (40 giorni circa).

I benefici della legge 104 vanno richiesti con la stessa modalità anche da parte degli invalidi del lavoro, mentre il riconoscimento dello stato di invalidità per cause di lavoro e i relativi benefici vanno richiesti all'INAIL.

## Sintesi delle prestazioni relative alla percentuale di invalidità civile

(Aggiornato al 31 dicembre 2007 - SSN : Servizio Sanitario Nazionale)

**33 - 45%** **Ausili:** fornitura a carico del SSN connessa alla diagnosi.  
**Barriere architettoniche:** agevolazioni Legge 13/89.

---

**46 - 66%** **Lavoro:** iscrizione alle liste speciali di collocamento.  
**Ausili:** fornitura a carico del SSN connessa alla diagnosi.  
**Barriere architettoniche:** agevolazioni Legge 13/89.

---

**67 - 73%** **Sanità:** non pagano i medicinali (esclusi quelli in classe C) né le prestazioni diagnostiche, specialistiche e di laboratorio.  
**Lavoro:** iscrizione alle liste speciali di collocamento.  
**Ausili:** fornitura a carico del SSN connessa alla diagnosi.  
**Barriere architettoniche:** agevolazioni Legge 13/89.

---

**74 -99 %** **Assistenza:** concessione dell'assegno mensile di assistenza, se iscritti alle liste speciali di collocamento e reddito inferiore a 4.017,26 euro e se di età inferiore ai 65 anni e superiore ai 18.  
**Sanità:** non pagano i medicinali (esclusi quelli in classe C) né le prestazioni diagnostiche, specialistiche e di laboratorio.  
**Lavoro:** iscrizione alle liste speciali di collocamento.  
**Ausili:** fornitura a carico del SSN connessa alla diagnosi.  
**Barriere architettoniche:** agevolazioni Legge 13/89.

---

**100%** **Assistenza:** concessione della pensione di invalidità se titolari di reddito inferiore a 13.739,69 euro e se di età inferiore ai 65 anni e superiore ai 18.  
**Sanità:** non pagano i medicinali (esclusi quelli in classe C) né le prestazioni diagnostiche, specialistiche e di laboratorio.

---

**Lavoro:** iscrizione alle liste speciali di collocamento.

**Ausili:** fornitura a carico del SSN connessa alla diagnosi.

**Barriere architettoniche:** agevolazioni Legge 13/89.

---

**100% +** *Si intendono quegli invalidi totali non in grado di deambulare autonomamente o non in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita.*

**Assistenza:** concessione della pensione di invalidità se titolari di reddito inferiore a 13.739,69 euro e se di età inferiore ai 65 anni esuperiore ai 18. Concessione dell'indennità di accompagnamento.

**Sanità:** non pagano i medicinali (esclusi quelli in classe C) né le prestazioni diagnostiche, specialistiche e di laboratorio.

**Lavoro:** iscrizione alle liste speciali di collocamento.

**Ausili:** fornitura a carico del SSN connessa alla diagnosi.

**Barriere architettoniche:** agevolazioni Legge 13/89.

---

## ■ ACCERTAMENTO DELLO STATO DI HANDICAP

**Stato di handicap:** viene riconosciuto a “colui che è in una situazione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che in un soggetto limita o impedisce l’adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all’età, al sesso e a fattori socio-culturali”.

**Stato di handicap in situazione di gravità:** viene riconosciuto quando “ la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale, correlata all’età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione”.

Entrambi i certificati non devono essere confusi con le normali certificazioni di invalidità civile, invalidità sul lavoro o per servizio, o altre;

possono essere rilasciati, dietro richiesta, anche agli invalidi sul lavoro, agli invalidi di guerra o alle vittime civili di guerra. Vengono rilasciati da un'apposita commissione dell'Azienda USL

### **PERCHE' RICHIEDERLI?**

Il Certificato di handicap è uno dei requisiti per godere di alcune agevolazioni tributarie e fiscali (ad esempio: detraibilità dei sussidi tecnici e informatici, deducibilità delle spese di assistenza specifica, esenzione del pagamento del bollo auto se l'handicap è di natura motoria e se si è in possesso di patente speciale ecc..).

Il Certificato di handicap grave, invece, è uno dei requisiti necessari per ottenere i permessi lavorativi (3 giorni al mese per un familiare) previsti dalla stessa legge quadro sull'handicap (Legge 104), i contributi previsti dalla legge regionale dell'Emilia-Romagna n.29/97 (acquisto e adattamento di autoveicoli e acquisto di ausili e attrezzature per favorire la permanenza all'interno della propria abitazione), esenzione del bollo auto per le persone trasportate, acquisto auto con IVA agevolata ecc.

**Per ulteriori informazioni consultare il sito internet:  
[www.handylex.org](http://www.handylex.org)**

### **POSSIBILITA' DI AUTOCERTIFICAZIONE DELL'HANDICAP**

Chi è già stato riconosciuto persona con handicap, potrà presentare un'autocertificazione attestante le condizioni personali (l'handicap appunto) richieste per ottenere benefici economici, agevolazioni fiscali, prestazioni sanitarie e altri servizi pubblici. L'autocertificazione può essere molto utile nel caso in cui non si disponga dell'originale del verbale di accertamento dell'handicap o non si voglia richiederne l'autenticazione della copia.

## ■ L'INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO PER GLI INVALIDI CIVILI

### **Viene concessa:**

■ ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili (100%) per menomazioni fisiche o psichiche che si trovano nell'impossibilità di camminare senza l'aiuto costante di un accompagnatore o che, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, hanno bisogno di un'assistenza continua.



L'indennità di accompagnamento è indipendente dall'età del beneficiario e dal suo eventuale reddito. Può essere concessa anche agli ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

### **L'indennità di accompagnamento può essere erogata a:**

- cittadini italiani residenti in Italia;
- cittadini stranieri o loro familiari con permesso di soggiorno superiore ad un anno.

### **È bene precisare che:**

- l'indennità di accompagnamento è compatibile con lo svolgimento di attività lavorativa;
- l'indennità di accompagnamento è compatibile con il possesso di una patente di guida speciale.

### **L'indennità di accompagnamento spettante agli invalidi civili è, invece, incompatibile con:**

- l'indennità di frequenza (invalidi minorenni);
- le indennità erogate per cause di servizio, lavoro, guerra;
- è inoltre incompatibile con il ricovero in istituto o reparto di lunga-degenza totalmente a carico di un ente pubblico.

**Per ulteriori informazioni consultare il sito internet:  
[www.handylex.org](http://www.handylex.org)**

## ■ FORNITURA DEGLI AUSILI

L'iter per la fornitura di ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale è riportato a pag. 102.

Gli ausili che non rientrano all'interno del **Nomenclatore tariffario degli ausili e delle protesi** (DM n. 332/99, Ministero della Salute) non sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo caso è possibile accedere ai contributi previsti dall'art. 10 della legge regionale dell'Emilia Romagna n. 29/97, usufruire della detrazione del 19% IRPEF, ed in alcuni casi (descritti di seguito) all'applicazione dell'IVA agevolata al 4%.

## ■ IVA AGEVOLATA PER AUSILI TECNICI E INFORMATICI



Si applica l'aliquota IVA agevolata al 4% ai sussidi tecnici e informatici rivolti a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione dei soggetti portatori di handicap di cui all'articolo 3 della legge n. 104 del 1992 (escluse le persone con disabilità psichica o intellettiva, come previsto dalla legge n. 30/97).

Rientrano nel beneficio le apparecchiature e i dispositivi basati su tecnologie meccaniche, elettroniche o informatiche, sia di comune reperibilità, sia appositamente fabbricati. Deve inoltre trattarsi di sussidi da utilizzare a beneficio di soggetti limitati (o anche impediti) da menomazioni permanenti di natura motoria, visiva, uditiva o del linguaggio e per conseguire una delle seguenti finalità:

- facilitare la comunicazione interpersonale,
- facilitare l'elaborazione scritta e grafica,
- facilitare il controllo dell'ambiente,
- facilitare l'accesso all'informazione e alla cultura,
- assistere la riabilitazione.

## LA DOCUMENTAZIONE DA CONSEGNARE PER I SUSSIDI TECNICI E INFORMATICI

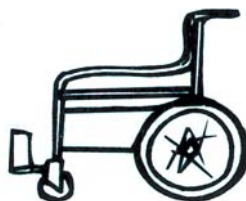
Per usufruire dell'aliquota ridotta il disabile deve consegnare al venditore, prima dell'acquisto, la seguente documentazione:

- specifica prescrizione autorizzativa rilasciata dal medico specialista dell'ASL di appartenenza dalla quale risulti il collegamento funzionale tra la menomazione e il sussidio tecnico e informatico;
- certificato, rilasciato dalla competente ASL, attestante l'esistenza di una invalidità funzionale rientrante tra le quattro forme ammesse (cioè di tipo motorio, visivo, uditivo o del linguaggio) e il carattere permanente della stessa.

## ■ IVA AGEVOLATA PER PROTESI E AUSILI NON INFORMATICI

**Possono godere dell'aliquota agevolata (4%) i seguenti prodotti:**

- apparecchi di ortopedia (comprese le cinture medico-chirurgiche),
- oggetti ed apparecchi per fratture (docce, stecche e simili),
- oggetti ed apparecchi di protesi dentaria, oculistica ed altre,
- apparecchi per facilitare l'audizione ai sordi ed altri apparecchi da tenere in mano, da portare sulla persona o da inserire nell'organismo, per compensare una deficienza o un'infermità,
- poltrone e veicoli simili per invalidi anche con motore o altro meccanismo di propulsione,
- i servoscala e altri mezzi simili atti al superamento di barriere architettoniche per soggetti con ridotte o impedito capacità motorie,
- protesi ed ausili inerenti a menomazioni funzionali permanenti.



Per ottenere queste agevolazioni occorre la prescrizione di un medico specialista dell'Azienda USL nella quale venga

specificata anche la menomazione permanente del compratore. Si precisa che l'aliquota agevolata del 4% è applicabile ai soli ausili e protesi che vengono utilizzati da soggetti portatori di menomazioni funzionali permanenti (situazioni non temporanee).

**Per informazioni relativamente alla Provincia di Ferrara è possibile contattare:**

AGENZIA DELLE ENTRATE

Via Monsignor Maverna n. 10

44100 Ferrara - Tel. 0532/251010

**Oppure:** Fisco in Linea - Tel. 848/800444

## ■ PROTESI E AUSILI: DETRAIBILITÀ

È prevista la possibilità di detrarre, tramite denuncia dei redditi, il 19% delle spese sostenute per l'acquisto di alcune protesi e ausili.

**Tra gli ausili detraibili rientrano:**

- le carrozzine per disabili,
- apparecchi per il contenimento di fratture, ernie e per la correzione dei difetti della colonna vertebrale,
- l'acquisto di arti artificiali per la deambulazione,
- ausili per il sollevamento (sollevatori, piattaforme elevatrici, servoscala, carrozzine montascale).

La detrazione si applica integralmente e cioè sempre nella misura del 19%.

**Per ottenere tale detrazione è necessario disporre della seguente documentazione:**

- prescrizione del medico curante;
- fattura, ricevuta o quietanza del prodotto acquistato dal disabile o dal familiare cui questo è fiscalmente a carico (per essere fiscalmente a carico, il disabile non deve essere titolare di redditi propri superiori a 2840,51 euro).

**Va poi dimostrato che il contribuente o il familiare a carico è persona con handicap; la documentazione che è possibile esibire è la seguente:**

- i certificati di handicap, rilasciati dalla Commissione ASL;
- i certificati di invalidità civile, di lavoro, di servizio, di guerra rilasciati da commissioni pubbliche.

I soggetti già riconosciuti portatori di handicap possono attestare l'esistenza delle condizioni personali richieste anche mediante autocertificazione che non è necessario autenticare se la si accompagna con una fotocopia di un documento d'identità del sottoscrittore.

## ■ ELIMINAZIONE DELLE BARRIERE ARCHITETTONICHE

**Legge 13/1989: Contributi per eliminazione barriere architettoniche negli edifici privati e di edilizia pubblica sovvenzionata.**

Sono contributi diretti erogati dalla Regione attraverso il Comune di residenza (al quale va presentata la domanda PRIMA DI AVVIARE I LAVORI), finalizzati a lavori di abbattimento delle barriere architettoniche nell'edilizia residenziale.

**Alcuni esempi di possibili interventi strutturali su cui poter richiedere il contributo:**

- allargamento / apertura / modifica porte e ingressi
- installazione ascensori, servoscala, piattaforme elevatrici
- installazione rampa di ingresso
- adeguamento strutturali spazi interni all'abitazione (bagno, sostituzione vasca, cucina, ecc)



### ENTITÀ DEL CONTRIBUTO

Il contributo è concesso in misura pari alla spesa effettivamente sostenuta per costi fino ad euro 2.582,28; è aumentato del 25% della spesa effettivamente sostenuta per costi da euro 2.582,28 ad euro 12.911,42 e di un ulteriore 5% per costi da euro 12.911,42 ad euro 51.645,68.

**Assieme al modulo da compilare, che può essere ritirato presso il proprio Comune di residenza, è necessario allegare la seguente documentazione:**

- certificato medico attestante l'invalidità
- descrizione delle opere e del preventivo di spesa
- dichiarazione che i lavori devono ancora essere avviati
- dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà.

## ■ DETRAIBILITÀ DELLE SPESE

Attraverso la Legge Finanziaria dello Stato, a partire dalle spese sostenute dal 1° gennaio 2007 è stata confermata a favore dei disabili la tipologia di opere che dà diritto alla detrazione del 36%, prorogata per tutto il 2010, per ristrutturazione, relativamente alla quota di spesa sostenuta ed effettivamente rimasta a carico del contribuente. Sono ammesse ai benefici del 36%, pertanto, non solo le spese sostenute per l'eliminazione della barriera architettoniche riguardanti ascensori e montacarichi già in precedenza agevolate, ma anche quelle effettuate per la realizzazione di strumenti che, attraverso la comunicazione, la robotica e ogni altro mezzo tecnologico, siano adattati a favorire la mobilità interna ed esterna delle persone portatrici di handicap qualora questo sia stato riconosciuto grave (ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104).

La detrazione del 36% per l'eliminazione delle barriere architettoniche non è fruibile contemporaneamente alla detrazione del 19% (prevista dal punto c dell'articolo 13-bis del testo unico delle imposte sui redditi, a titolo di spese sanitarie riguardanti i mezzi necessari al sollevamento del disabile).

La detrazione del 19% su tali spese, pertanto, spetta solo sulla eventuale parte in più rispetto alla quota di spesa già assoggettata alla detrazione del 36% (ai sensi dell'articolo 1 della legge 449 del 1997 e successive modifiche).

La detrazione del 36% inoltre, è applicabile alle spese sostenute per realizzare interventi previsti unicamente sugli immobili, per favorire la mobilità interna ed esterna del disabile. Non si applica, invece, alle

spese sostenute per il semplice acquisto di strumenti o beni mobili, sia pure ugualmente diretti a favorire la comunicazione e la mobilità interna ed esterna del disabile: non rientrano, pertanto, in questa tipologia di agevolazione, ad esempio, l'acquisto di telefoni a viva voce, schermi a tocco, computer o tastiere espanse. Tali beni, infatti, sono inquadrabili nella categoria dei sussidi tecnici ed informatici per i quali è già previsto l'altro beneficio consistente nella detrazione del 19%.

La sostituzione di gradini con rampe, sia negli edifici che nelle singole unità immobiliari, può essere considerato intervento che determina il diritto alla detrazione del 36% ogni qualvolta risulti conforme alle prescrizioni tecniche previste dalla legge sull'abbattimento delle barriere architettoniche.

Nell'ipotesi, infine, della realizzazione di un elevatore esterno all'abitazione, ai fini dell'abbattimento delle barriere architettoniche, si deve ritenere che tale intervento rientri tra le tipologie che danno diritto alla detrazione del 36%. In tal caso, relativamente alle prestazioni di servizi dipendenti dall'appalto relativo ai lavori in questione, è applicabile l'aliquota IVA agevolata del 4%, anziché quella ordinaria del 20%.

## **LA DETRAZIONE ICI**

L'imposta Comunale sugli Immobili è stata istituita da una norma di carattere nazionale ma viene regolamentata ogni anno da una delibera comunale; ogni Comune ha la facoltà di prevedere specifiche detrazioni (non esenzioni) dell'ICI in presenza di persone anziane o con handicap. Non sempre i Comuni si avvalgono di tale facoltà, oppure la applicano in modi differenti. Per sapere se sono previste detrazioni è quindi necessario riferirsi al Comune di residenza.

## **ESENZIONE TOSAP**

La normativa istitutiva della Tassa per l'occupazione di spazi ed aree pubbliche dei comuni e delle province e le successive circolari applicative hanno previsto l'esenzione dal pagamento di tale tassa per gli accessi carrabili destinati a soggetti portatori di handicap, compresi negli "accessi" qualsiasi manufatto (scivoli, passi carrabili ecc) da chiunque costruito per agevolare il transito dei veicoli condotti o, comunque, utilizzati da disabili.

## ■ LE AGEVOLAZIONI PER IL SETTORE AUTO

### CHI SONO I DISABILI AMMESSI ALLE AGEVOLAZIONI PREVISTE PER IL SETTORE AUTO

Sono ammessi alle agevolazioni le seguenti categorie di disabili:

- 1 - non vedenti e sordomuti,
- 2 - i disabili con handicap psichico o mentale titolari dell'indennità di accompagnamento,
- 3 - i disabili con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni,
- 4 - i disabili con ridotte o impedito capacità motorie.

**Le agevolazioni fiscali per il settore auto possono essere ottenute anche se il veicolo non subisce adattamenti, tranne che per il quarto caso.**

### DIRITTO ALLE AGEVOLAZIONI

Potrà beneficiare di tutte le agevolazioni previste (cioè, ai fini Irpef, Iva e bollo auto) anche un familiare che ha sostenuto la spesa nell'interesse del disabile, a condizione che questo sia da considerare a suo carico ai fini fiscali.

Per essere ritenuto "a carico" del familiare il disabile deve avere un reddito complessivo annuo entro la soglia dei 2.840,51 euro. Superando questo tetto è necessario, per poter beneficiare delle agevolazioni, che i documenti di spesa siano intestati al disabile (e non al suo familiare). Tuttavia, ai fini del termine dei 2.840,51 euro, non si tiene conto dei redditi esenti, come ad esempio le pensioni sociali, le indennità (comprese quelle di accompagnamento), gli assegni e le pensioni erogate ai ciechi civili, ai sordomuti e agli invalidi civili..



## PER QUALI VEICOLI

Le agevolazioni previste per il settore auto, possono essere riferite a seconda dei casi, oltre agli autoveicoli (aventi cilindrata fino a 2000 cc, se con motore a benzina, o fino a 2800 cc, se con motore diesel, sia nuove che usate) anche ai seguenti veicoli:

- motocarrozette,
- autoveicoli o motoveicoli per uso promiscuo, o per trasporto specifico del disabile,
- autocaravan (solo per la detrazione IRPEF del 19%)

## LA DETRAIBILITA' AI FINI IRPEF DELLE SPESE PER MEZZI DI LOCOMOZIONE

### Spese di acquisto

Le spese riguardanti l'acquisto dei mezzi di locomozione dei disabili danno diritto ad una detrazione di imposta pari al 19% del loro ammontare. Per mezzi di locomozione si intendono le autovetture, con i limiti di cilindrata sopra citati, e gli altri veicoli sopra elencati, usati o nuovi.

La detrazione compete una sola volta (cioè per un solo veicolo) nel corso di un quadriennio (decorrente dalla data di acquisto) e nei limiti di un importo pari a 18.076,00 euro. E' possibile riottenere il beneficio per acquisti effettuati entro il quadriennio, qualora il primo veicolo beneficiato risulti precedentemente cancellato al PRA. In caso di furto, la detrazione per il nuovo veicolo che venga riacquistato entro il quadriennio spetta, sempre entro il limite di 18.076,00 euro, al netto dell'eventuale rimborso assicurativo.

Per i disabili per i quali, ai fini della detrazione, non è necessario l'adattamento del veicolo, la soglia dei 18.076,00 euro vale solo per le spese di acquisto del veicolo, restandone escluse le ulteriori spese per interventi di adattamento necessari a consentirne l'utilizzo da parte del disabile (tipo pedana sollevatrice, ecc); spese che a loro volta possono fruire della detrazione del 19%.

### Intestazione del documento comprovante la spesa

Se il disabile è titolare di redditi propri per un importo superiore a 2840,51 euro, il documento di spesa deve essere a lui intestato. Se,

invece, il disabile è fiscalmente a carico, il documento comprovante la spesa può essere indifferentemente intestato al disabile o alla persona di famiglia della quale egli risulta a carico.

## **LE AGEVOLAZIONI IVA**

E' applicabile l'IVA al 4%, anziché al 20%, all'acquisto di autovetture, aventi cilindrata fino a 2000 centimetri cubici, se con motore a benzina, e fino a 2800 centimetri cubici, se con motore diesel, nuovi o usati. L'IVA agevolata si applica solo per acquisti effettuati direttamente dal disabile, dal familiare o da altra persona a cui egli sia fiscalmente a carico. Restano esclusi quindi i veicoli (anche se specificamente destinati al trasporto di disabili) intestati ad altre persone, a società commerciali, cooperative, associazioni, enti pubblici o privati.

## **L'ESENZIONE PERMANENTE DAL PAGAMENTO DEL BOLLO**

L'esenzione dal pagamento del bollo riguarda autoveicoli, motocarrozzette, autoveicoli o motoveicoli per uso promiscuo, o per trasporto specifico del disabile, autocaravan. I limiti di cilindrata sono quelli previsti per l'applicazione dell'aliquota IVA agevolata e spetta sia quando l'auto è intestata allo stesso disabile, sia quando risulta intestata ad un familiare di cui egli sia fiscalmente a carico.

E' riconosciuta ai possessori di patente speciale, mentre in Emilia Romagna è stata estesa la possibilità di ottenere tale agevolazioni a "tutte le persone nella situazione di handicap grave", anche in presenza di un veicolo non adattato ed indipendentemente dal tipo di disabilità.

L'ufficio competente ai fini dell'istruttoria di nuove pratiche di esenzione dal bollo auto cui il disabile dovrà rivolgersi è l'ufficio tributi dell'ente regione. Nelle province di Trento e Bolzano la competenza è dell'ente provincia.

Tuttavia, nelle regioni in cui tali uffici non sono stati costituiti il disabile può rivolgersi all'ufficio delle entrate o, dove questo non è ancora istituito, alla sezione staccata della direzione regionale delle entrate, oppure ancora all'Ufficio Assistenza Bollo delle sedi ACI provinciali.

## L'ESENZIONE DELLE IMPOSTE DI TRASCRIZIONE SUI PASSAGGI DI PROPRIETÀ

Parallelamente all'esenzione dal bollo auto, i veicoli destinati al trasporto o alla guida di disabili appartenenti alle categorie sopra indicate (con esclusione, però, di non vedenti e sordomuti) sono esentati anche dal pagamento dell'imposta di trascrizione al PRA in occasione della registrazione dei passaggi di proprietà.

Per tale agevolazione, valgono le stesse condizioni e la stessa normativa prevista per l'agevolazione IVA.

### **Sono ammessi a tale beneficio:**

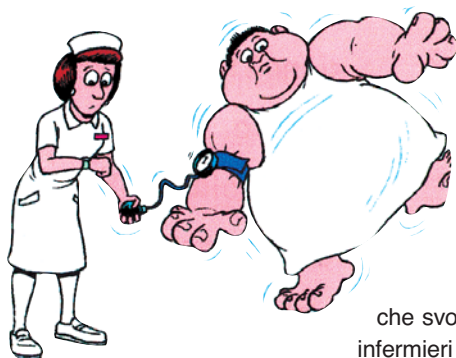
- disabili con ridotte o impedito capacità motorie;
- disabili con gravi difficoltà di deambulazione o affetti da pluriamputazioni;
- disabili psichici o mentali titolari dell'indennità di accompagnamento.

Il beneficio compete sia in occasione della prima iscrizione al PRA di un'auto nuova, sia nella trascrizione di un "passaggio" riguardante un'auto usata.

L'esenzione spetta anche in caso di intestazione a favore del familiare di cui il disabile sia fiscalmente a carico.

La richiesta di esenzione deve essere rivolta esclusivamente al PRA territoriale.

## ■ LE SPESE SANITARIE, MEDICHE E DI ASSISTENZA SPECIFICA



**Le spese mediche generiche e di assistenza specifica possono essere dedotte dal reddito complessivo in ragione del loro intero importo.**

Tra le **spese mediche generiche e di assistenza specifica** rientrano, oltre che le prestazioni rese da un medico generico, anche quelle rese da personale che svolge professioni di carattere sanitario, cioè infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, psicomotricisti, psicologi, logopedisti ecc.

In caso di ricovero di un disabile in un istituto di assistenza, una comunità, un centro residenziale è possibile dedurre la parte della retta riconducibile alle spese mediche generiche e di assistenza specifica. A tale fine è necessario che tali spese siano indicate chiaramente nella documentazione rilasciata dall'istituto di ricovero.

**Attenzione:** le **spese mediche generiche e di assistenza specifica** possono essere dedotte anche nel caso siano state sostenute nell'interesse di un familiare anche se questo non è fiscalmente a carico. Questa possibilità è particolarmente interessante, ad esempio, per quei contribuenti che pagano una retta di ricovero per i genitori che non sono conviventi né fiscalmente a carico.

**Le spese sanitarie possono essere detratte in ragione del 19%**

Tra le **spese sanitarie** (oltre ai sussidi tecnici e ai veicoli adattati) rientrano:

- prestazioni chirurgiche;

- analisi, indagini radioscopiche, ricerche e applicazioni;
- prestazioni specialistiche;
- acquisto o affitto di protesi sanitarie;
- acquisto di medicinali;
- importi dei ticket pagati se le spese sopraelencate sono state sostenute nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

La detrazione spettante su tali spese (19%) è relativa solo alla parte che eccede i 130 euro complessivi

### **Le spese per l'assistenza personale prevedono le seguenti possibilità:**

- Deduzione dal reddito complessivo dei contributi previdenziali e assistenziali obbligatori (fino all'importo massimo di 1549,37 euro) versati per gli addetti ai servizi domestici e all'assistenza personale o familiare. (La detrazione compete a condizione che il reddito complessivo non superi i 40.000 euro).
- Detrazione d'imposta nella ragione del 19% da calcolare su un importo massimo di 2100 euro per le spese pagate dal contribuente agli addetti (badanti) alla propria assistenza personale, nei casi di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana.

**Per informazioni più dettagliate visitare il sito:**  
<http://www.handylex.org>

## **DETRAZIONI PER I FIGLI A CARICO PORTATORI DI HANDICAP**

Dal 2002 è stata introdotta una particolare detrazione in caso di figli portatori di handicap, la cui entità viene aggiornata ogni anno dalla Legge Finanziaria (per sapere l'ammontare dell'anno in corso vedere al sito [www.handylex.org](http://www.handylex.org)).

Tale detrazione spetta per ogni figlio portatore di handicap (riconosciuto tale ai sensi della legge n. 104 del 1992) a prescindere dall'ammontare del reddito complessivo, in sostituzione a quella (di importo minore) che spetterebbe in riferimento allo stesso figlio, in assenza dell'handicap.

## ■ PERMESSI LAVORATIVI

Ecco, di seguito e schematicamente, le agevolazioni lavorative previste dalla Legge quadro sull'handicap (legge 104/92) a favore sia dei genitori o parenti della persona disabile che del disabile stesso:

AVENTE DIRITTO	AGEVOLAZIONE	REQUISITI
Genitore lavoratore (anche adottivo)	Astensione facoltativa sino al terzo anno di vita del figlio disabile	Handicap grave Legge 104 Minore di tre anni
Genitore lavoratore (anche adottivo)	Due ore di permesso giornaliero fino al 3° anno in alternativa all'astensione	Handicap grave Legge 104 Minore di tre anni
Genitore lavoratore (anche adottivo)	Tre giorni di permesso mensili fruibili anche continuativamente	Handicap grave Legge 104 Minore di tre anni
Affidatari	Astensione facoltativa sino al terzo anno di vita del figlio disabile. Oppure due ore di permesso giornaliero in alternativa, fino al 3° anno di vita	Bambino non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati. Handicap grave Legge 104
Parenti o affini entro il 3° grado - coniuge	Tre giorni di permesso mensili fruibili anche continuativamente	Handicap grave Legge 104 Maggiore di tre anni
Lavoratore disabile	Tre giorni di permesso mensili o in alternativa due ore di permesso giornaliero	Handicap grave Legge 104

Esistono inoltre anche agevolazioni relative al lavoro notturno, alla scelta della sede di lavoro più vicina al domicilio, all'impossibilità al trasferimento ad altra sede di lavoro senza consenso ed ai contributi figurativi relativi al prepensionamento.

Oltre ai permessi riconosciuti per l'assistenza ai familiari disabili, ricordiamo che sono state introdotte nuove agevolazioni lavorative a favore della generalità dei genitori (la legge di riferimento è la n. 53 dell'8 marzo 2000).

Tale legge prevede tra l'altro che anche al padre lavoratore viene concesso di astenersi nei primi tre mesi dalla nascita del figlio nel caso che sia sopravvenuto il decesso della madre, la madre sia affetta da una grave infermità, oppure che il bambino sia in affidamento esclusivo al padre.

## ■ CONGEDI NON RETRIBUITI PER GRAVI MOTIVI FAMILIARI

I congedi per gravi motivi familiari non sono retribuiti. Il congedo è pari a due anni nell'arco della vita lavorativa e può essere utilizzato anche in modo frazionato.

I gravi motivi devono riguardare i soggetti di cui all'articolo 433 del Codice Civile (coniuge, figli legittimi, legittimati, adottivi, genitori, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle) anche non conviventi; portatori di handicap parenti o affini entro il terzo grado; componenti della famiglia anagrafica (quindi anche famiglia di fatto).

Fra i gravi motivi il Decreto 278/2000 elenca le necessità familiari derivanti dal decesso di una delle persone elencate sopra; le situazioni che comportano un impegno particolare del dipendente o della propria famiglia nella cura o nell'assistenza delle persone di cui al presente comma; le situazioni di grave disagio personale, ad esclusione della malattia, nelle quali incorra il dipendente medesimo; le situazioni, a esclusione del richiedente, derivanti dalle seguenti patologie:

**1)** patologie acute o croniche che determinano temporanea o permanente riduzione o perdita dell'autonomia personale, ivi incluse le affezioni croniche di natura congenita, reumatica, neoplastica, infettiva, dismetabolica, post-traumatica, neurologica, neuromuscolare, psi-

chiatrica, derivanti da dipendenze, a carattere evolutivo o soggette a riacutizzazioni periodiche;

2) patologie acute o croniche che richiedono assistenza continuativa o frequenti monitoraggi clinici, ematochimici e strumentali;

3) patologie acute o croniche che richiedono la partecipazione attiva del familiare nel trattamento sanitario;

4) patologie dell'infanzia e dell'età evolutiva aventi le caratteristiche di cui ai precedenti numeri 1, 2, e 3 o per le quali il programma terapeutico e riabilitativo richiede il coinvolgimento dei genitori o del soggetto che esercita la potestà.

Questo congedo (anche frazionato) può essere richiesto anche per il decesso di familiare nel caso in cui il lavoratore non abbia la possibilità di usufruire dei permessi di tre giorni in quell'anno (per esempio perché ne ha già usufruito).

La documentazione relativa alle patologie viene rilasciata da un medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionato, del medico di medicina generale oppure del pediatra di libera scelta e va presentata contestualmente alla richiesta di congedo.

Entro 10 giorni dalla richiesta del congedo, il datore di lavoro è tenuto ad esprimersi sulla stessa e a comunicarne l'esito al dipendente. L'eventuale diniego, la proposta di rinvio a un periodo successivo e determinato, la concessione parziale del congedo devono essere motivati in relazione alle condizioni previste dal Decreto 278/2000 e da ragioni organizzative e produttive che non consentono la sostituzione del dipendente. Su richiesta del dipendente, la domanda deve essere riesaminata nei successivi 20 giorni.

Il Decreto prevede che i singoli Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro che si andranno a definire disciplinino i procedimenti di richiesta e di concessione dei permessi.

Alla conclusione del congedo il lavoratore ha diritto a riprendere il suo posto e la sua mansione. Il lavoratore inoltre può rientrare anche anticipatamente al lavoro dandone preventiva comunicazione all'azienda.

## ■ CONGEDI RETRIBUITI DI DUE ANNI

La Legge n.388/2000 (articolo 80, comma 2) ha integrato le disposizioni previste dalla Legge n.53/2000 introducendo l'opportunità, per i **genitori di persone con handicap grave**, di usufruire di due anni di congedo retribuito (con la Legge Finanziaria per l'anno 2004 è stata cancellata la norma che prevedeva che il disabile fosse stato accertato handicappato in situazione di gravità da almeno cinque anni).

La Legge 388 prevede che questi congedi debbano essere retribuiti con un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione e coperti da contribuzione figurativa.

Il congedo, della durata massima di due anni, spetta alternativamente ad uno dei genitori, anche adottivi, o ad uno dei fratelli o delle sorelle conviventi del soggetto in situazione di "handicap grave" (Sentenza Corte Costituzionale dell'8 Giugno 2005 n. 233), in questo secondo caso però deve essere comprovata la totale inabilità dei genitori, non è sufficiente infatti che siano "solo" anziani o "solo" invalidi parziali.

Durante la fruizione di questo congedo i lavoratori non hanno diritto alla fruizione dei permessi lavorativi previsti dall'articolo 3 comma 3 della Legge 104/1992.

Di recente, la Corte Costituzionale ha introdotto alcune importanti novità legislative:

-attraverso la sentenza n. 158/2007, ha esteso la possibilità anche per i **coniugi di persone con certificazione di handicap grave** di accedere a tale beneficio normativo;

-attraverso la sentenza 19/2009 ha esteso la possibilità di accedere a tale beneficio anche ai **figli di persone con handicap grave, purché conviventi con loro**.

**Per informazioni più dettagliate visitare il sito:**  
**[www.handylex.org](http://www.handylex.org)**

## ■ LEGGI SPECIFICHE DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

### **LEGGE 29/97 - ARTICOLO 9 - “Contributi della Regione Emilia Romagna per l’acquisto e/o l’adattamento di autoveicoli”**

#### **RIGUARDA:**

- Persone disabili titolari di patenti A-B-C speciali, che possono richiedere contributi sulle spese sostenute per gli adattamenti alla guida prescritti dalla Commissione medica e risultanti dalla patente di guida.
- Persone disabili che utilizzano l’autovettura in qualità di trasportati, che possono chiedere un contributo per l’acquisto di un autoveicolo adattato, l’adattamento di un autoveicolo (in linea generale di cui si è già proprietari), l’acquisto di un autoveicolo privo di adattamenti.

**Per tutte le informazioni in merito a tale legge potete rivolgervi al:**

#### **CENTRO H**

Via Ungarelli, 43 – 44100 Ferrara 0532-903994

Orari: Martedì e Venerdì: 9.00/13.00 - Giovedì 15.30/19.00

L’ufficio è aperto anche il Mercoledì dalle 14.30 alle 18.30 presso l’Ospedale di Riabilitazione “San Giorgio” di Ferrara

### **LEGGE 29/97 - ARTICOLO 10 - Contributi Regione Emilia-Romagna per acquisto ausili e attrezzature per favorire la permanenza presso la propria abitazione**

#### **CHI PUÒ CHIEDERE IL CONTRIBUTO**

Possono chiedere i contributi i cittadini nella situazione di handicap grave di cui all’articolo 3, comma 3, della Legge n.104 del 5 febbraio 1992, o chi ne esercita la potestà, la tutela o l’amministrazione di sostegno.

E’ importante non confondere la certificazione di cui alla Legge 104/92

con la certificazione di invalidità civile, che non può essere utilizzata per l'accesso ai contributi in argomento. Occorre, inoltre, prestare particolare attenzione al fatto che nella certificazione di cui alla Legge 104/92 sia riconosciuta la situazione di handicap grave, vale a dire sia barrata la casella corrispondente alla descrizione di handicap grave di cui al comma 3 dell'articolo 3 della Legge 104/92: solo in tal caso infatti la domanda risulta ammissibile a contributo.

Ulteriore requisito di accesso ai contributi è un valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), riferito al nucleo familiare della persona con disabilità e all'anno di acquisto dell'attrezzatura, non superiore a 21.000,00 euro calcolato secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo n.109 del 31 marzo 1998 e successive modifiche ed integrazioni.

Per il calcolo dell'ISEE ci si può rivolgere gratuitamente ad un patronato.

## **PER CHE COSA SI PUÒ CHIEDERE IL CONTRIBUTO**

Sono ammissibili le richieste di contributo relative alle spese, effettuate nel corso dell'anno precedente a quello in cui viene fatta la domanda, per l'acquisto di strumentazioni, ausili e attrezzature comprese nelle tre categorie previste all'articolo 10 della Legge Regionale 29/97 (vedi pagina seguente), fermo restando quanto indicato al comma 2 dell'articolo 8 della medesima Legge, in base al quale le richieste di contributo non possono riguardare interventi finanziati da altre leggi nazionali o regionali, fatte salve le agevolazioni fiscali e le detrazioni previste dalla legislazione vigente.

Prima di presentare domanda è pertanto opportuno leggere bene le informazioni riportate al punto successivo e verificare se i contributi per strumentazioni, presidi e ausili richiesti possono essere erogati, in particolare, attraverso la Legge 13/89 in merito al superamento delle barriere architettoniche negli edifici privati (competenza del Comune di residenza), oppure attraverso il Decreto Ministeriale 332/99 recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (competenza Azienda USL di residenza – Ufficio Protesi e Ausili).

**N.B.: Non è possibile presentare domande con preventivo di spesa.**

## I CONTRIBUTI POSSONO RIGUARDARE

### **a) Strumentazioni tecnologiche ed informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane**

Sono compresi in tale categoria sistemi di automazione domestica e strumentazioni tecnologiche ed informatiche funzionali ai bisogni della persona, quali ad esempio, automazioni e motorizzazioni per infissi interni (porte, finestre, tapparelle, persiane, ecc.), per infissi esterni (cancelli, porte, ecc.) e per componenti (ricevitori, attuatori, collegamenti, serrature elettriche, ecc.), strumentazioni per il controllo ambiente (interruttori, pulsanti, telecomandi, sensori di comando, ecc.), strumentazioni di segnalazione e controllo a distanza (videocitofono o campanello d'allarme, ecc.), telefoni speciali e strumentazioni di telesoccorso, telemedicina e teleassistenza.

Non sono invece ammissibili a contributo spese sostenute per interventi strutturali, vale a dire interventi per modifiche murarie ed adeguamenti strutturali dell'abitazione (per installare infissi, spostare o eliminare pareti, ecc.). Per tali interventi le domande di contributo devono essere, infatti, presentate al Comune di residenza ai sensi della Legge 13/89 prima di effettuare l'intervento. Le spese sostenute per l'installazione e l'acquisto di infissi interni ed esterni sono ammissibili unicamente se effettuate contestualmente ad interventi di automazione funzionali alle abilità della persona.

### **b) Ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione**

Sono compresi in tale categoria elettrodomestici, ausili e arredi, anche generici, purché con caratteristiche ergonomiche e tecniche funzionali alle abilità residue della persona (complementi di arredo anche automatizzati, pensili e basi, specchio reclinabile motorizzato o speciale, appendiabiti e piani di lavoro reclinabili o estraibili, ecc.), maniglie e corrimano, arredi con caratteristiche di fruibilità, sanitari e accessori per il bagno (pensili e accessori particolari, water e bidet, doccia, vasche speciali, ecc.), acquisto e installazione impianti di condizionamento e deumidificazione, rampe mobili, ausili per la vita quotidiana (stoviglie ed utensili particolari per la cucina, ausili per vestirsi, ecc.).

**Non** sono invece ammissibili a contributo spese sostenute per interventi strutturali, vale a dire interventi per modifiche murarie per adeguare il bagno, nonché opere murarie e strumentazioni o ausili per il superamento delle barriere architettoniche (quali carrozzine a cingoli, carrello cingolato, montascale, montascale mobile a cingoli o a ruote, rampe fisse, servo scala, elevatore, piattaforma elevatrice, mini ascensore per interni o esterni, installazione o adeguamento ascensore, transenne guida persone, ecc.), carrozzine ed infine ausili per il sollevamento (sollevatore mobile manuale od elettrico, sollevatore a soffitto, sollevatore a bandiera, sollevatori da vasca, alzavasca da bagno elettrico, imbracatura, ecc.).

**c) Attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio**, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne (ad esempio per gravi limitazioni della mobilità non compatibili con frequenti spostamenti, dipendenza continuativa dall'uso di attrezzature e ausili sanitari non mobili, disagiati condizioni logistiche e territoriali per il raggiungimento di sedi esterne).

In particolare sono compresi in tale categoria attrezzature quali personal computer, periferiche e componenti standard (PC portatile o fisso, monitor, joystick, mouse, trackball, scanner e stampante, ecc.), ausili per accesso al PC (scudo per tastiera, tastiera con scudo, tastiera portatile con display e/o uscita vocale, tastiera speciale ridotta o espansa, tastiera programmabile, sensore di comando, software e hardware di accesso alternativo o a scansione, emulatore di mouse, ecc.), software educativi, riabilitativi o per la produttività scolastica e lavorativa, postazioni di lavoro (tavolo da lavoro, sedia ergonomica regolabile, accessori per ergonomia, voltapagine, ecc.), comunicatori simbolici e alfabetici se funzionali alle abilità della persona e non riconducibili al Decreto Ministeriale 332/98, strumenti di riabilitazione non prescrivibili, né riconducibili ad ausili compresi nel Nomenclatore Tariffario degli Ausili di cui al Decreto Ministeriale 332/98.

## CRITERI DI VALUTAZIONE

Il Servizio dell'ambito territoriale competente procederà all'istruttoria delle richieste verificandone l'ammissibilità sulla base dei criteri indicati nei punti precedenti e formulerà la graduatoria delle domande ammissibili avendo a riferimento il valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito al nucleo familiare della persona con disabilità e all'anno di acquisto dell'attrezzatura.

## ENTITÀ DEL FINANZIAMENTO

I contributi sono pari al 50% della spesa sostenuta su un tetto massimo di spesa che varia rispetto alla tipologia di ausilio acquistato.

I soggetti ammessi a finanziamento possono presentare ogni anno una sola domanda di contributo riguardante uno o più ausili, attrezzature, arredi o strumentazioni rientranti nelle tre categorie di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 10 della Legge Regionale 29/97, fermi restando per ogni categoria il tetto massimo di spesa ammissibile; in caso di acquisto di ausili, attrezzature, arredi o strumentazioni rientranti in più di una delle tre categorie di cui trattasi il tetto massimo di spesa ammissibile è pari a Euro 13.000,00.

Le domande devono essere presentate al proprio Comune di residenza, o ad altro Ente a tal fine delegato dal proprio Comune, entro il 1 marzo di ogni anno .

**La domanda deve essere redatta su apposito modulo reperibile presso il Comune di residenza e sul sito Internet della Regione [www.emiliaromagnasociale.it](http://www.emiliaromagnasociale.it)**

## ■ CENTRO PROVINCIALE PER L'ADATTAMENTO DELL'AMBIENTE DOMESTICO PER PERSONE ANZIANE E DISABILI (C.A.A.D.)

Il CAAD - Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico - è un servizio di informazione e consulenza dei Servizi Socio Sanitari integrati attivo presso i Centri H – Informahandicap della Regione Emilia-Romagna.

Opera a livello provinciale per fornire una prima consulenza sulle possibilità di superamento di ostacoli ambientali e di barriere architettoniche, al fine di facilitare le attività di vita quotidiana.

E' rivolto a persone anziane e disabili, loro familiari, operatori pubblici e privati che intendano apportare delle modifiche all'ambiente domestico.

Presso il Centro un'equipe di esperti formata da alcune figure professionali (fisiatra, fisioterapista, geometra, assistente sociale, educatore professionale, coordinatore CAAD), in rete con i servizi pubblici e privati del territorio, fornisce la consulenza multiprofessionale integrata, tenendo conto di tutti gli aspetti personali, familiari e di opportunità relativi ad ogni singola situazione, individuando così le soluzioni più adatte per favorire l'autonomia personale.

Il CAAD fornisce, inoltre, informazioni sull'accesso ai contributi e alle agevolazioni fiscali, i prodotti e gli ausili presenti sul mercato.

**Gli adattamenti dell'ambiente domestico possono essere raggruppati in due grandi tipologie:**

- **Interventi di tipo strutturale**, ad esempio allargamento di porte o ambienti interni per un migliore movimento, installazione di servoscale, scivoli o pedane che permettano il superamento di dislivelli, ecc.
- **Adattamenti domotici**. In questo settore è vasta e di diversa complessità la casistica degli accorgimenti che possono automatizzare alcune parti dell'ambiente (ad esempio sollevamento automatico di tapparelle, apertura di porte o finestre, sensori che permettano la rilevazione di gas o di presenze ecc..).

**Per avere maggiori informazioni, documentazione e consulenza sulle tematiche legate ad agevolazioni e contributi, è possibile contattare:**

**CENTRO H - INFORMAHANDICAP  
C.A.A.D. FERRARA**

Via Ungarelli, 43 – 44100 Ferrara

Telefax: 0532-903994

E-mail: [info@centrohfe.191.it](mailto:info@centrohfe.191.it)

Sito web: [www.centrohfe.191.it](http://www.centrohfe.191.it)

Orari: Martedì e Venerdì: 9.00/13.00 - Giovedì 15.30/19.00

L'ufficio è aperto anche il Mercoledì dalle 14.30 alle 18.30 presso l'Ospedale di Riabilitazione "San Giorgio". Via della Fiera - Ferrara (ambulatorio 5, piano rialzato, blocco A).

## ■ L'ASSEGNO DI CURA

In alcune regioni italiane è stata introdotta una particolare forma di aiuto economico per le famiglie che mantengono a domicilio una persona disabile. Tale aiuto ha il nome di "Assegno di Cura". Di seguito vengono fornite alcune informazioni più dettagliate sulla normativa adottata per residenti nel Comune di Ferrara. Le persone residenti in altre città o regioni possono richiedere informazioni presso la Azienda Sanitaria Locale od il Comune di residenza.

### **L'ASSEGNO DI CURA PER I RESIDENTI NEL COMUNE DI FERRARA**

Dall'ottobre del 2002 è disponibile il regolamento per l'erogazione dell'Assegno di Cura ai Disabili, destinato a tutti i cittadini disabili non autosufficienti come contributo per tutte le attività socio-sanitarie richieste per il mantenimento della persona presso il suo domicilio.

Il requisito economico per l'assegnazione dell'assegno tiene conto della situazione economica di tutto il nucleo familiare compreso il disabile (non rientrano nei redditi conteggiabili la pensione di invalidità ed accompagnamento) attraverso il valore ISEE (Indicatore Situazione Economica Equivalente) che è possibile ottenere gratuitamente in ogni patronato.

Per ottenere l'assegno di cura occorre rivolgersi all'assistente sociale territoriale che a sua volta farà riferimento all'Equipe multiprofessionale del territorio che valuterà le singole richieste secondo le seguenti priorità:

- adulti di età compresa tra i 19 ed i 64 anni;
- disabilità grave o gravissima (certificazione legge 104);
- non usufruire di altri interventi della rete dei servizi;
- presenza di un altro disabile nella rete dei servizi;
- vivere soli.

Occorre precisare che l'assegno di cura non è un servizio erogato a domanda individuale, ma una delle possibili risposte della rete dei servizi territoriali.

L'assegno viene inoltre erogato sulla base di un accordo che prevede il programma assistenziale, le attività, la durata, l'entità del contributo. L'assegno di cura, a seconda di un impegno assistenziale più o meno gravoso, va da un massimo di 15,49 euro al giorno a un minimo di 10,33 euro al giorno.

**Per avere maggiori informazioni e per il testo completo del Regolamento relativo al Comune di Ferrara, potete rivolgervi a: INFORMAHANDICAP DEL COMUNE DI FERRARA  
Tel. 0532.903994 - e-mail: [info@centrohfe.191.it](mailto:info@centrohfe.191.it)**



U.M.R.  
FERRARA



U.G.C.  
FERRARA

## Capitolo 12

## INDIRIZZI UTILI



## INFORMAZIONI SULLE PROBLEMATICHE RIABILITATIVE

[riabilitazione@ospfe.it](mailto:riabilitazione@ospfe.it)

[n.basaglia@ospfe.it](mailto:n.basaglia@ospfe.it)

## INFORMAZIONI SULLE PROBLEMATICHE DELLA DISABILITA' E DELL'HANDICAP

[info@centrohfe.191.it](mailto:info@centrohfe.191.it) - Per richieste di informazioni in generale e sui servizi del Comune di Ferrara

[www.disabili.com](http://www.disabili.com) - Riporta gli indirizzi delle Associazioni italiane che si interessano di disabilità

[www.handylex.org](http://www.handylex.org) - Informazioni sulle normative riguardanti disabilità ed handicap

[www.sanita.it](http://www.sanita.it) - Riporta gli indirizzi delle strutture riabilitative italiane divise per regione

[www.superabile.it](http://www.superabile.it) - Informazioni e consulenza per il mondo della disabilità

[www.emiliaromagnasociale.it](http://www.emiliaromagnasociale.it) - (numero verde del Servizio Sanitario Regionale: 800.033.033)

## **ASSOCIAZIONI ED ORGANIZZAZIONI NAZIONALI ED ESTERE INTERESSATE ALLE PROBLEMATICHE DELLE PERSONE CON ICTUS CEREBRALE**

[www.strokeassociation.org](http://www.strokeassociation.org) - Sito dell'American Stroke Association

[www.carf.org](http://www.carf.org) - Sito della Commission for Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF), organizzazione non governativa attiva in Nordamerica ed Europa anche nel campo della riabilitazione delle persone con danno cerebrale

[www.strokeforum.org](http://www.strokeforum.org)

[www.safestroke.org](http://www.safestroke.org)

[www.internationalstroke.org](http://www.internationalstroke.org)

[www.stroke.org](http://www.stroke.org)

## **AUSILI TECNOLOGICI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ**

[www.ausilioteca.org](http://www.ausilioteca.org) - Sito del centro regionale ausili di Bologna, centro di competenza per ausili informatici e telematici per l'autonomia delle persone con disabilità

[www.siva.it](http://www.siva.it) - Sito del Servizio Informazione e Valutazione Ausili; centro di consulenza, informazione e ricerca nel campo delle tecnologie di ausilio alla riabilitazione autonomia e integrazione sociale delle persone con disabilità

## ASSOCIAZIONI ITALIANE DI PERSONE CON ICTUS CEREBRALE, FAMILIARI, OPERATORI

**ALICE** (Associazione per la **L**otta all'**I**ctus **C**erebrale)

**[www.aliceitalia.org](http://www.aliceitalia.org)**

(alla voce "Alice in Italia", sono indicati i riferimenti, i telefoni, gli indirizzi di tutte le sedi regionali dell'Associazione e, dove presenti, anche delle sedi cittadine).

**[info@aliceitalia.org](mailto:info@aliceitalia.org)**

Blog e notizie dell'Associazione anche sul sito

**[www.aliceictus.it](http://www.aliceictus.it)**

**[info@aliceictus.it](mailto:info@aliceictus.it)**

**AITA** (Federazione **A**ssociazioni **I**Taliene **A**fasici)

**[www.aita-onlus.it](http://www.aita-onlus.it)**

numero verde: 800-912-326

**ALT** (Associazione **L**otta alla **T**rombosi)

**[www.trombosi.org](http://www.trombosi.org)**

**[alt@trombosi.org](mailto:alt@trombosi.org)**

Progetto Grafico & Impaginazione  
Umberto Gardenghi

TLA Editrice - Ferrara  
Via Zucchini, 79  
Tel. 0532/55580  
e-mail: [tl-art@4net.it](mailto:tl-art@4net.it)

Stampa  
SATE s.r.l.  
Industria Grafica  
Via Goretti, 88 - Ferrara

Finito di stampare  
nel mese di Novembre 2009