

**AZIENDA OSPEDALIERA
NIGUARDA CA' GRANDA**

**LINEA GUIDA
DIAGNOSTICO-TERAPEUTICA E
ASSISTENZIALE:
ICTUS CEREBRALE**

INTRODUZIONE

Queste linee guida sulla diagnosi e il trattamento dell'ictus cerebrale non vogliono costituire un indirizzo vincolante, ma al contrario hanno l'obiettivo di orientare il comportamento dei professionisti della nostra Azienda verso percorsi diagnostico-terapeutici appropriati, con l'obiettivo di promuovere la medicina basata sull'evidenze scientifiche.

1. Motivazioni per la stesura della linea-guida

1. L'ictus cerebrale rappresenta una dei principali motivi di ricovero nel nostro ospedale: ogni anno vengono ricoverati circa 500 pazienti con importante impegno di risorse assistenziali, diagnostiche e terapeutiche.
2. Da una valutazione effettuata nell'anno 1988 presso il nostro ospedale è emersa una disomogeneità fra i diversi reparti di degenza nei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali.
3. Vi sono dati che indicano che una migliore organizzazione della cura dell'ictus si associa a una riduzione della mortalità e della disabilità.
4. Nello scorso anno sono state pubblicate le linee-guida nazionali per l'ictus cerebrale che contengono l'esplicito invito all'adattamento locale

2. Organismo responsabile

Queste linee-guida sono state prodotte dall'Azienda Ospedaliera Niguarda, nell'ambito di un progetto obiettivo. Il coordinamento del progetto è stato curato dall'Ufficio MCQ (Miglioramento Continuo della Qualità).

3. Gruppo di lavoro e metodologia seguita.

La stesura delle linee-guida è opera di un gruppo di lavoro multidisciplinare la cui composizione è indicata nell'allegato 1. La prima fase del processo di produzione di questa linea guida è stata infatti la costituzione del gruppo, avendo cura di rappresentare le diverse aree che si occupano di pazienti con ictus cerebrale e le diverse figure professionali coinvolte nel processo. Del gruppo di lavoro fanno quindi parte infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, medici (reparti di medicina, neurologia, neurochirurgia, fisioterapia, DEM; servizio di neuroradiologia, servizio di neuroranimazione). Nella seconda fase si sono formati tre sottogruppi per aree tematiche: (i) accettazione e percorso diagnostico terapeutica; (ii) percorso assistenziale; (iii) riabilitazione, dimissione e continuità dell'assistenza. In ciascun sottogruppo si è proceduto ad approfondire la ricerca e a raggiungere il consenso sugli elementi fondamentali di: validità, affidabilità, rilevanza clinica, comprensibilità, flessibilità e applicabilità delle linee-guida. Particolare attenzione è stata posta a questo elemento, valutando di volta in volta quali fossero i discostamenti rispetto alla realtà aziendale e accentuando l'idea che dovessero essere colmati.

Le linee-guida sono state sottoposte al vaglio di un gruppo di utenti (Associazione Lotta all'Ictus Cerebrale-ALICE-Regione Lombardia) e di esperti di bioetica. Si prevede anche un confronto con i Medici di Medicina Generale che operano sul territorio e che parteciperanno ad una riunione di presentazione delle linee-guida.

4. Fonte di finanziamenti

Unica fonte di finanziamento risulta essere l'incentivazione legata al conseguimento di un progetto-obiettivo aziendale

5. Fonti di informazione

In letteratura vengono continuamente periodicamente pubblicate "linee guida" elaborate da diverse società scientifiche, Consensus Conferences, ecc. Questa linea guida deriva dall'analisi attenta delle linee guida italiane, presentate nel febbraio di quest'anno, con il titolo di S.P.R.E.A.D (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion), frutto di una collaborazione multidisciplinare fra 18 società scientifiche e due associazioni di pazienti. In particolare sono stati utilizzati i capitoli 5 (inquadramento diagnostico); 8 (prevenzione secondaria: fase acuta); 9 (prevenzione secondaria: terapia farmacologica a lungo termine); 10 (prevenzione secondaria: fase acuta); 11 (continuità dell'assistenza, riabilitazione e prevenzione delle complicanze). Le linee-guida SPREAD contengono una sintesi della migliore letteratura scientifica disponibile al momento della stesura e un costante riferimento alle linee-guida internazionali sull'ictus. Le raccomandazioni sono accompagnate da una caratura basata sulla forza delle prove sulle quali si fondano.

Come esempio di adattamento locale delle linee-guida SPREAD si sono utilizzate le linee-guida diagnostico terapeutiche sviluppate da un gruppo di lavoro dell'Azienda U.S.L.2 dell'Umbria (Perugia).

Per gli aspetti terapeutici, al fine di garantire un migliore aggiornamento, sono stati consultati l'ultimo issue della Cochrane Library e "Clinical Evidence"-issue2- (BMJ), oltre che di documenti reperibili nella letteratura indicizzata in MEDLINE e in EMBASE.

Per gli aspetti infermieristici si sono utilizzate le linee-guida infermieristiche per l'ictus cerebrale apparse sulla rivista "L'infermiere" (1/98), integrate con quanto reperito su banche dati appropriate (JoannaBriggs; CINHALL) e sulla rivista Evidence-Based Nursing.

Per gli aspetti riabilitativi sono state utilizzate le linee-guida per la riabilitazione post-stroke prodotte dall' Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR).

6. Formulazione della raccomandazioni

Ciascuna raccomandazione è stata valutata dal gruppo di lavoro che si è espresso circa la chiarezza di quanto esposto, la sua applicabilità, la qualità e la quantità delle prove ("evidences") che le supportano. Dove si è resa necessaria un'integrazione, il gruppo ha provveduto a fornire gli elementi necessari per rendere la raccomandazione applicabile nella realtà aziendale.

7. Forza delle raccomandazioni

Le raccomandazioni relative alla diagnosi e al trattamento dell'ictus contenute nel presente documento sono basate sull'analisi delle evidenze disponibili, secondo i criteri adottati nello S.P.R.E.A.D.:

Raccomandazione di grado A : basata su evidenze di livello I (meta-analisi di studi clinici controllati e randomizzati omogenei tra loro o singoli studi controllati e randomizzati)

Raccomandazione di grado B : basata su evidenze di livello II (studi clinici controllati randomizzati con alti falsi positivi o falsi negativi)

Raccomandazione di grado C : basata su evidenze di livello III (studi non randomizzati contemporanei a studi di coorte), di livello IV (studi di coorte, studi caso-controllo) o su serie di casi aneddotici.

8. Probabili costi e benefici

Dall'adozione delle raccomandazioni ci si attende una riduzione della mortalità combinata con una riduzione della disabilità dei pazienti ricoverati. Ci si attende inoltre un minore numero di complicanze e di conseguenza una riduzione dei costi di degenza. Potrebbero sorgere problemi in relazione alla scarsità di posti nella stroke unit, che consentono il ricovero solo di una parte dei pazienti ricoverati nel nostro Ospedale, e alla conseguente necessità di restringere gli accessi.

9. Applicabilità

Queste linee-guida si applicano a tutti i pazienti che giungono in ospedale e vengono ricoverati per ictus cerebrale. Il campo di applicazioni è sostanzialmente limitato alla popolazione adulta. Non sono stati considerati i casi di ictus nei pazienti pediatrici, sia pure possibili, per la scarsa rilevanza epidemiologica. In ogni caso nell'applicazione delle raccomandazioni non si può esimere dal considerare le preferenze dei singoli pazienti.

10 Destinatari delle linee-guida

Queste linee-guida sono state prodotte per gli operatori sanitari che si occupano di pazienti colpiti da ictus cerebrale:

- Medici (in particolare reparti di Medicina, Neurologia, Neurochirurgia; Riabilitazione; Servizi di Neuroranimazione e di Neuroradiologia)
- Infermieri Professionali
- Terapisti della riabilitazione, Logopedisti e Terapisti occupazionali
- Assistenti Sociali

11. Diffusione delle linee-guida

Queste linee-guida verranno distribuite in tutti i reparti dell'Ospedale. Nei reparti dove si concentrano maggiormente i ricoveri per ictus (Stroke Unit, Neurologia e Medicina) verranno illustrate al personale medico e infermieristico attraverso riunioni informative

12. Processo di revisione e aggiornamento

Queste linee-guida dovranno essere provate nella pratica. Per questo si prevede una rivalutazione a distanza di un anno sulla base dell'applicabilità e dei risultati raggiunti (mortalità, disabilità, complicanze, degenza media). Su questa base sarà possibile sviluppare un processo di miglioramento continuo della qualità.

Negli ultimi mesi del prossimo anno si prevede la ricostituzione del gruppo di lavoro, la verifica dell'applicabilità e dei risultati mediante uno studio su un campione di ricoveri, l'aggiornamento in relazione agli sviluppi della letteratura e l'implementazione di queste linee-guida. La validità di queste linee-guida è quindi limitata ad un anno. La data di scadenza è Dicembre 2000.

13. Referenze bibliografiche

1. SPREAD (Stroke prevention and Educational Awareness Diffusion): Ictus cerebrale: linee guida italiane. Pubbl. Health, 1999
2. Clinical Evidence, Issue 2 (dec 1999), BMJ Publishing Group, 1999
3. The Cochrane Collaboration. The Cochrane Library, Issue 4 (dec 1999), Oxford updated software, 1999
4. Gresham GE, Duncan PW, Statson WB et al. Post-stroke Rehabilitation Clinical Practice Guidelines No 16, Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. Agency for Health Care Policy and Research. AHCPR Publication No 95-0662, May 1995.
5. Linee guida infermieristiche per l' ictus cerebrale, L'Infermiere, 1998 (1):

DEFINIZIONI

Attacco ischemico transitorio (Transient Ischaemic Attack: TIA)

Comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore.

TIA in crescendo: due o più episodi riferibili a TIA in 24 ore o tre o più in 72 ore.

E' necessaria una completa risoluzione dei sintomi tra un TIA e l'altro.

La perdita di coscienza, le vertigini, l'amnesia globale transitoria, i drop attacks, l'astenia generalizzata, lo stato confusionale, l'incontinenza sfinterica non possono costituire l'unico elemento di una diagnosi di TIA.

Ictus

Improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale.

In progressione o in evoluzione : ictus con peggioramento del deficit neurologico attribuibile ad estensione della lesione cerebrale nell'arco di ore o giorni dall'insorgenza dei primi sintomi.

Prevenzione primaria

Prevenzione dell'evento ictus in soggetti che non hanno mai subito un evento cerebrovascolare.

Prevenzione secondaria

Tutte le misure terapeutiche che si prendono dopo un ictus e un TIA, per combatterne la ripetizione. Essa comprende anche i provvedimenti consigliabili nelle ore immediatamente successive all'evento ictale, nonché i provvedimenti atti a prevenire o ridurre l'invalidità da ictus.

I NOSTRI QUESITI

1. E' indicato il ricovero ospedaliero ? Dove ricoverare il paziente?
2. Quali procedure diagnostiche, strumentali e laboratoristiche è appropriato eseguire ed entro quali termini?
3. Quali interventi minimi è indispensabile eseguire nel paziente con ictus in fase acuta?
4. Quale protocollo di assistenza infermieristica è appropriato adottare durante la degenza?
5. Quali misure terapeutiche è appropriato adottare in fase acuta dopo un ictus ?
6. Qual è il percorso terapeutico più appropriato nella prevenzione secondaria a lungo termine?
7. In quali casi è consigliabile la terapia chirurgica?
8. Come comunicare con i parenti del paziente ?
9. Sulla base di quali criteri il paziente deve essere dimesso? Quando e dove e sulla base di quali criteri avviare e mantenere la riabilitazione post-acuta del paziente?

1. INDICAZIONI AL RICOVERO OSPEDALIERO

1a. Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 1.1 Grado A

Nel caso di TIA, il ricovero immediato è indicato solo quando i sintomi sono ricorrenti, di durata superiore a 1 ora, ed è nota una possibile fonte embolica (arteriosa o cardiaca).

Raccomandazione 1.2 Grado A

Nel caso di ictus è indicato il ricovero immediato possibilmente in *stroke unit* o in ospedale con *team* dedicato, dotato di TC e collegato alla riabilitazione, in quanto esso produce una diminuzione della mortalità e della morbidità, con un maggior tasso di pazienti dimessi a casa.

1b. Commenti e precisazioni:

Perché ricoverare?

Nel paziente con ictus è indicato il ricovero ospedaliero per

- Effettuare un corretto inquadramento diagnostico
- Fornire un'assistenza adeguata
- Iniziare la terapia più indicata
- Valutare la effettiva possibilità di recupero
- Garantire la possibilità di usufruire di successivi interventi riabilitativi

Dove ricoverare?

Nel nostro ospedale i pazienti con ictus possono essere ricoverati

- in Reparti di Medicina
 - nella Stroke Unit
-

Stroke unit: Si tratta di un reparto di 15 letti in cui i malati con ictus vengono seguiti da un team multidisciplinare costituito da infermieri, tecnici della riabilitazione e medici, competenti ed esclusivamente dedicati alle malattie cerebrovascolari. Il gruppo periodicamente si aggiorna ed effettua riunioni che coinvolgono anche il malato ed i familiari. Il malato viene seguito anche nella sua fase riabilitativa. Una metanalisi condotta su 19 studi randomizzati controllati ha dimostrato la superiorità delle stroke unit in confronto ai ricoveri in reparti convenzionali. Il beneficio è evidente sia alla scadenza del mese che dell'anno dal fatto acuto. La superiorità, rispetto alle cure non specialistiche, si concretizza nella prevenzione di un decesso ogni 25 pazienti trattati in stroke unit e nel rientro a domicilio, in condizioni di autonomia, di un caso in più ogni 20 trattati in stroke unit. La durata del ricovero non è superiore a quella in reparti non specialistici. I benefici si manifestano in tutti i pazienti senza differenze di sesso, età, tipo e gravità del deficit. L'efficacia delle Stroke Units è dimostrata sia per quelle ad impronta prevalentemente riabilitativa sia per quelle semiintensive basate su ricoveri brevi a rapido turn-over. Gli elementi che determinano la superiorità della stroke unit sono l'intervento medico-riabilitatorio coordinato, la specializzazione e l'aggiornamento continuo del personale medico ed infermieristico.

Stroke Unit Trialist's collaboration. A collaborative systematic review of the randomized trials of organized in patient (stroke unit) care after stroke. Brit. Med J. 1997 : 314 : 1151-1159

Criteri di ammissione alla stroke unit.

In relazione al numero limitato di letti non è prevedibile che tutti i pazienti con ictus che giungono all'Ospedale possano essere ricoverati nella stroke unit. Nell'ambito delle linee-guida SPREAD, il gruppo dedicato alla bioetica ha discusso i criteri di accesso a risorse mediche limitate. Come alternativa al semplice criterio del "first-come first-served" è stato considerato accettabile il riferimento al principio dell'efficacia pratica (*effectiveness*). Se si opta per questa seconda alternativa possono essere candidabili alla stroke unit i pazienti maggiormente suscettibili di interventi riabilitativi. Il criterio di accettazione può allora essere formalizzato nel modo seguente:

pazienti affetti da ictus di gravità media o medio-elevata, con deficit neurologici suscettibili di riabilitazione, indipendentemente dall'età, dal sesso o dalle condizioni sociali.

I pazienti con ictus particolarmente lieve non dovrebbero essere ammessi, a meno che non necessitino di procedure diagnostiche ad alta complessità, come pure dovrebbero essere ricoverati in reparti di Medicina i pazienti gravi, con numerose copatologie di pertinenza internistica, o quelli che hanno una prognosi sfavorevole quanto a mortalità e possibilità riabilitative.

L'età, il sesso, le condizioni sociali o la provenienza geografica non devono costituire motivi di esclusione dalla stroke unit.

Nel caso che il medico di accettazione disponga il ricovero in stroke unit di pazienti che non rispondono al criterio menzionato per mancanza di posti-letto, nei giorni successivi, deve essere possibile trasferire il paziente in un Reparto di Medicina, onde rendere disponibile il letto per i pazienti riabilitabili.

Arrivo del paziente in Ospedale: prima valutazione in Accettazione

1. Per il triage vanno definiti dei criteri diagnostici semplici per identificare i pazienti con ictus/TIA, traslando la definizione dell'OMS :

Improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale (deficit del linguaggio e/o della vista e/o della sensibilità e/o paresi di uno o più arti) e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali attribuibile ad un evento vascolare cerebrale

A questi pazienti va assegnato un codice giallo.

2. In accettazione, il paziente viene inizialmente valutato dall'infermiere e dall'internista.

3. L'infermiere in accettazione provvede a:

- valutare il paziente e rilevare parametri vitali: pressione arteriosa, frequenza cardiaca;
- eseguire un ECG (v. Raccomandazione 3.6);
- posizionare un'agocannula al momento del prelievo;

4. I prelievi ematici (v. Raccomandazione 3.4) da eseguire in accettazione comprendono:

- glicemia
- uremia, creatininemia
- quadro elettrolitico
- emocromo
- AP, PTT

4. Se si decide di somministrare liquidi ev si raccomanda di non usare soluzioni glucosate per evitare l'iperglicemia, che si associa a un peggioramento della prognosi. Preferire soluzioni isoelettrolitiche o fisiologiche. (Raccomandazione di grado C).

5. Su indicazione dell'internista, e solo se strettamente necessario (nel caso per esempio di pazienti inaccessibili), l'infermiere provvede a posizionare un catetere vescicale.

6. Su indicazione dell'internista, e nei casi nei quali risulta indispensabile, il paziente viene sottoposto a radiografia del torace direttamente in Accettazione.

6. Nel caso si confermi il sospetto di ictus, la visita neurologica e la TAC (v. Raccomandazione 3.10) vanno effettuate nel minor tempo possibile. Il paziente può essere inviato direttamente al Servizio di Neuroradiologia.

2. INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

2a - Sintesi e raccomandazioni

Sintesi 2-1

L'importanza della diagnosi patogenetica di TIA o ictus è strettamente connessa alla possibilità di fare prevenzione secondaria e prognosi. La diagnosi integra dati clinici e strumentali.

Raccomandazione 2.1 Grado C

Sulla base della definizione indicata dall'OMS il TIA (Transient Ischemic Attack) è caratterizzato dalla "improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo, attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore." La perdita di coscienza, le vertigini, l'amnesia globale transitoria, i *drop attacks*, l'astenia generalizzata, lo stato confusionale, l'incontinenza sfinterica non possono costituire l'unico elemento di una diagnosi di TIA.

Raccomandazione 2.2 Grado C

Le diagnosi di TIA e di ictus sono diagnosi cliniche e non necessitano del dato di *imaging*. Tuttavia una TC o una RM è indicata per la diagnosi differenziale con altre patologie che possono mimare il TIA o l'ictus.

Raccomandazione 2.3 Grado C

L'identificazione clinica di un territorio vascolare è indicata perché ha risvolti pratici importanti per quanto riguarda l'iter degli esami strumentali, la correlazione con le informazioni fornite dal *neuroimaging*, l'identificazione dei fattori patogenetici e prognostici e le decisioni terapeutiche, soprattutto in senso chirurgico.

Sintesi 2.2

La diagnosi di TIA o ictus è probabilistica e può essere probabile o possibile. Vi possono essere anche contemporaneamente due diagnosi probabili se vengono soddisfatti i criteri di probabilità di entrambe.

Raccomandazione 2.4 Grado C

Gli esami ematologici di routine sono indicati in fase acuta in tutti i pazienti con ictus o TIA.

Raccomandazione 2.5 Grado C

Nei pazienti con ictus in fase acuta, l'esame del liquido cerebrospinale è indicato solo se sussiste il sospetto clinico di emorragia subaracnoidea e la TC risulta negativa.

Raccomandazione 2.6 Grado C

L'elettrocardiogramma è indicato in tutti i pazienti con ictus o TIA tra gli esami della valutazione iniziale nell'ambito delle procedure per la diagnosi patogenetica.

Raccomandazione 2.7 Grado C

Il monitoraggio ECG delle 24 ore secondo Holter è indicato solo nei pazienti con TIA o ictus in cui si sospetti la natura cardioembolica o qualora non sia emersa una causa definita di tali eventi.

Raccomandazione 2.8 Grado C

Nel TIA e nell'ictus l'ecocardiografia transtoracica è indicata solo in caso di sospetto clinico-anamnestico di malattia cardiaca.

Raccomandazione 2.9 Grado C

Nel TIA o nell'ictus, in cui si sospetti un'origine cardioembolica, l'ecocardiografia transesofagea è indicata solo nei pazienti <45 anni e qualora non vi siano cause evidenti dell'evento ischemico, o evidenze strumentali di malattia dei vasi cerebrali, o fattori di rischio maggiori.

Raccomandazione 2.10 Grado A

La tomografia computerizzata è indicata in fase acuta in tutti i pazienti con ictus per la discriminazione di una eventuale emorragia cerebrale e relativo peso sulle scelte terapeutiche.

Raccomandazione 2.11 Grado C

Qualora la TC precoce risultasse normale, la ripetizione della tomografia computerizzata è indicata:

- a. nei pazienti con ictus esordito 5-7 giorni prima se vi è necessità di un chiarimento diagnostico o prognostico,
 - b. e a 24-48 ore nell'ictus clinicamente non stabilizzato.
-

Raccomandazione 2.12 Grado C

La tomografia computerizzata è indicata sia in fase acuta, sia in fase non acuta con eventuale completamento con mezzo di contrasto, nei pazienti con TIA per la diagnosi differenziale e nell'ambito delle procedure per la diagnosi patogenetica.

Raccomandazione 2.13 Grado C

La risonanza magnetica in fase acuta è indicata solo nei pazienti con ictus clinicamente riferibile ad una sede cerebellare o troncoencefalica qualora, nonostante la TC, permangano dubbi diagnostici sulla natura della lesione e/o sul piano clinico, e nel sospetto di trombosi venosa cerebrale o di dissezione dei vasi del collo.

Raccomandazione 2.14 Grado C

La risonanza magnetica è integrativa della TC in fase non acuta nei pazienti con storia di TIA quale approfondimento diagnostico.

Raccomandazione 2.15 Grado C

L'angio-RM (in alternativa all'angiografia digitale) è indicata solo nei pazienti con stenosi sintomatiche della carotide interna, documentate ultrasonograficamente, candidati all'intervento di tromboendarterectomia.

Raccomandazione 2.16 a Grado A

L'angiografia è indicata nella valutazione delle stenosi carotidee quando esiste un'indicazione chirurgica, nel caso lo studio eco-Doppler più angio-RM non sia utilizzabile o risulti dubbio.

Raccomandazione 2.16 b Grado C

L'angiografia è indicata nel sospetto di vasculiti, dissezioni, malformazioni e anomalie del circolo cerebrale.

Raccomandazione 2.17 Grado A

L'EEG è indicato nei pazienti con presentazione a tipo TIA o ictus, quando si sospetti la natura epilettica del disturbo focale in esame.

Raccomandazione 2.18 Grado A

Lo studio eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nei pazienti con TIA o ictus recente per un migliore inquadramento eziopatogenetico.

Raccomandazione 2.19 Grado C

Lo studio eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nella valutazione della stenosi carotidea ai fini della scelta terapeutica in senso chirurgico quale indagine conclusiva e quindi sostitutiva dell'angiografia, dopo averne verificato l'accuratezza, e se completata con i dati angio-RM.

Raccomandazione 2.20 Grado C

Lo studio eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nei pazienti che devono subire un intervento di chirurgia cardiovascolare maggiore quale studio preliminare per la valutazione del rischio di eventi ischemici cerebrali in rapporto alla presenza di stenosi carotidee.

Raccomandazione 2.21 Grado C

Lo studio eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici è indicato nei pazienti operati di tromboendarterectomia carotidea entro i primi tre mesi dall'intervento, a nove mesi ed in seguito annualmente, per la valutazione della ricorrenza di stenosi.

Raccomandazione 2.22 Grado C

Lo studio eco-Doppler dei tronchi sovra-aortici in soggetti asintomatici è indicato:

- quando vi sia un reperto di soffio sui vasi epiaortici di genesi non cardiaca;
 - in soggetti appartenenti a popolazioni con alto livello di prevalenza di stenosi carotidea (arteriopatici con claudicatio, coronaropatici documentati, soggetti di età superiore ai 65 anni con fattori di rischio multipli).
-

Sintesi 2-3

In assenza di evidenze conclusive sulla predizione dell'outcome clinico, le caratteristiche morfologiche della placca carotidea non hanno per ora un valore prognostico definito.

Raccomandazione 2.23 Grado C

Lo studio con Doppler transcranico è integrativo nei pazienti con TIA o ictus recente per la documentazione di stenosi dei vasi intracranici, di processi di ricanalizzazione, di circoli collaterali intracranici.

Raccomandazione 2.24 Grado C

Lo studio con Doppler transcranico è integrativo nei pazienti candidati alla endarterectomia carotidea per la valutazione preoperatoria ed il monitoraggio intraoperatorio.

Raccomandazione 2.25 Grado C

Lo studio con Doppler transcranico è indicato nei soggetti con sospetto *shunt* cardiaco destro-sinistro come sostitutivo dell'ecocardiografia transesofagea nella rilevazione del difetto.

2b - Commenti e precisazioni:

La diagnosi di ictus è fondamentalmente una diagnosi clinica. Si elencano di seguito i differenti passi che conducono alla diagnosi:

Passi dell'iter diagnostico

(i) *Distinzione fra emorragia e ischemia*

Il primo passo dell'iter diagnostico riguarda la distinzione fra emorragia e ischemia. L'esame che ne consente l'immediata distinzione è la TAC.

La tomografia computerizzata e' indicata in fase acuta in tutti i pazienti con ictus per la diagnosi differenziale tra ischemia ed emorragia cerebrale Raccomandazione di grado A.

Deve essere effettuata entro 24 ore.

(ii) *Identificazione del territorio vascolare*

Il secondo passo dell'iter diagnostico è rappresentato dalla identificazione clinica del territorio vascolare (infatti solo raramente è necessario un supporto strumentale) ovvero dalla diagnosi di sede dell'ictus ischemico, in quanto questa influenza l'iter dell'approfondimento diagnostico, l'identificazione dei fattori patogenetici e prognostici e le decisioni terapeutiche soprattutto in senso chirurgico. (Raccomandazione di grado C). Si utilizzano al proposito i criteri riportati nella tabella 2.1.

Tabella 2.1 DIAGNOSI DI SEDE DELL'ICTUS ISCHEMICO

DIAGNOSI	DEFINIZIONE
SINDROMI LACUNARI	<p>Ictus senza afasia, disturbi visuo-spaziali e senza compromissione definitiva del tronco encefalico e della vigilanza</p> <p>Categorie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ictus motorio puro : deficit motorio puro che deve coinvolgere almeno metà faccia e l'arto superiore o l'arto superiore e quello inferiore • ictus sensitivo puro : deficit sensitivo, anche solo soggettivo, che deve coinvolgere almeno metà faccia e l'arto superiore o l'arto superiore e quello inferiore • ictus sensitivo – motorio : ictus sensitivo + ictus motorio • emiparesi atassica : (includere la sindrome della mano goffa-disartria e la sindrome atassica omolaterale-paresi crurale)
SINDROMI DEL CIRCOLO POSTERIORE	<p>Uno dei seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • paralisi di almeno un nervo cranico omolaterale con deficit motorio e/o sensitivo controlaterale • deficit motorio e/o sensitivo bilaterale • disturbo coniugato di sguardo (orizzontale o verticale) • disfunzione cerebellare senza deficit di vie lunghe omolaterale (come visto nell'emiparesi atassica) • emianopsia isolata o cecità corticale <p>I casi con disfunzione corticale ed uno dei punti sopra considerati devono essere considerati sindromi del circolo posteriore.</p>
SINDROME DEL CIRCOLO ANTERIORE	<p>Tutti i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • emiplegia controlaterale alla lesione • emianopsia controlaterale alla lesione • nuovo disturbo della funzione corticale superiore (per esempio afasia o disturbo visuospaziale)

SINDROME PARZIALE DEL CIRCOLO ANTERIORE	Uno dei seguenti: <ul style="list-style-type: none"> • deficit sensitivo/motorio + emianopsia • deficit sensitivo/motorio + nuova compromissione di una funzione corticale superiore • nuova compromissione di una funzione corticale superiore + emianopsia • deficit motorio/sensitivo puro meno esteso di una sindrome lacunare (per esempio la monoparesi) • deficit di una nuova funzione corticale superiore isolata Quando sono presenti più deficit essi devono sempre essere riferibili ad uno stesso emisfero
--	--

(iii) *distinzione fra patologia dei piccoli vasi e patologia dei grandi vasi*

Il terzo passo riguarda la distinzione fra patologia dei piccoli vasi e patologia dei grandi vasi.

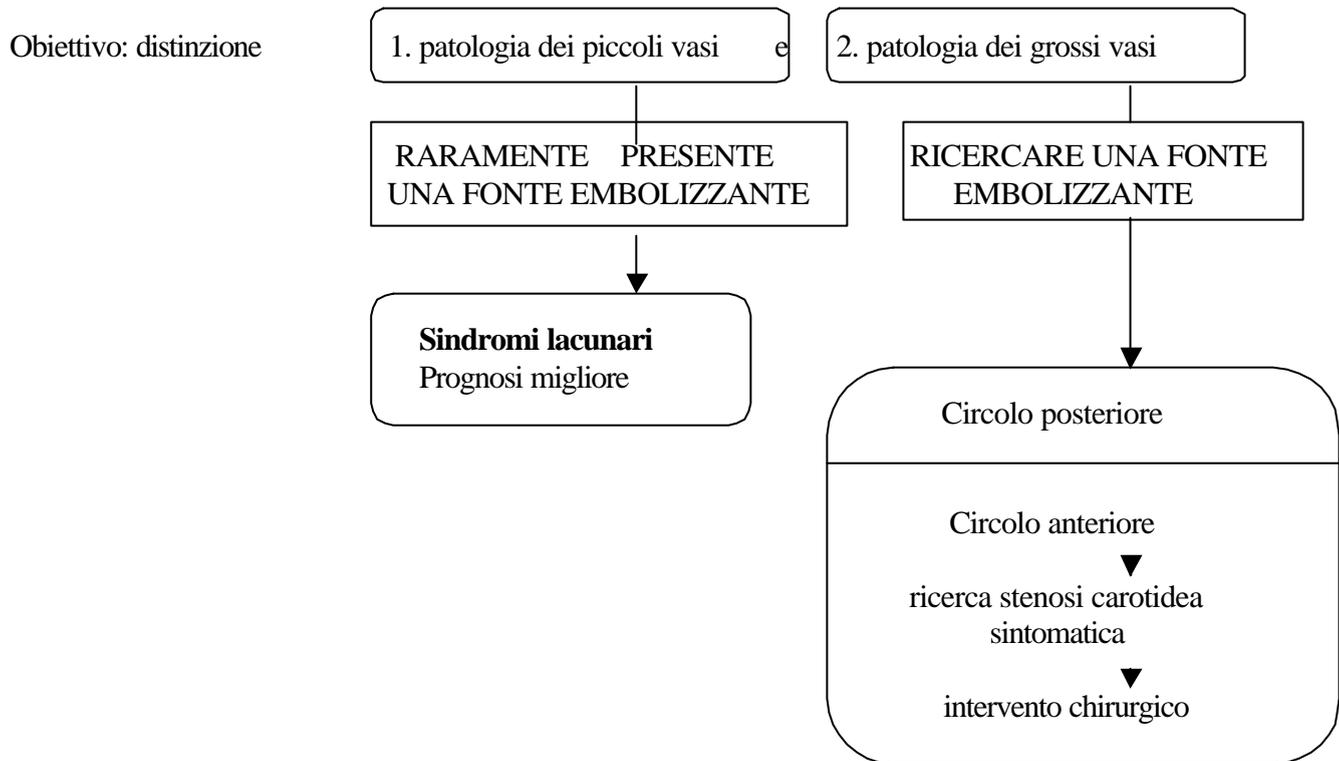


Tabella 2.2 – Classificazione su base fisiopatologica dei sottotipi dell'ictus ischemico (criteri del TOAST, 1993)

Madden KP, Karanjia PN, Adams HP, Clarke WR, and the TOAST Investigators. Accuracy of the initial stroke subtype diagnosis in the TOAST study. *Neurology* 1995; **45**: 1975-1979.

Aterosclerosi dei vasi di grosso calibro
Cardioembolia (possibile/probabile)
Occlusione dei piccoli vasi
Ictus da cause diverse
Ictus da cause non determinate
a. identificazione di due o più cause
b. valutazione negativa
c. valutazione incompleta

Tabella 2.3 – Sottotipi di ictus ischemico e correlati clinico-strumentali (criteri del TOAST, 1993).

Caratteristiche		aterosclerosi dei TSA	cardio embolismo	lacunare	altri
Cliniche	disfunzione corticale o cerebellare	+	+	-	+/-
	sindrome lacunare	-	-	+	+/-
Neuroradiologiche	infarto corticale, cerebellare o subcorticale >1,5 cm	+	+	-	+/-
	infarto subcorticale o del tronco encefalico <1,5 cm	-	-	+/-	+/-
Indagini strumentali	stenosi della carotide interna extracranica	+	-	-	-
	sorgente cardioembolica	-	+	-	-
	altre anomalie	-	-	-	+

Tabella 2.4 – Diagnosi di causa dell'ictus ischemico (criteri del Baltimore-Washington Cooperative Young Study)

Johnson CJ, Kittner SJ, McCarter RJ, Sloan MA, Stern BJ, Buchholz D, Price TR. Interrater reliability of an etiologic classification of ischemic stroke. *Stroke* 1995; **26**: 46-51.

diagnosi	probabile	possibile
vasculopatia aterosclerotica	Rilievo angiografico o ai test non invasivi di alterazioni presumibilmente di natura aterosclerotica a carico di un vaso omolaterale, intra od extracranico, caratterizzate da: <ul style="list-style-type: none"> a. stenosi emodinamicamente significativa, o b. stenosi >60%, o c. placca con trombo intraluminale. 	alterazioni intra od extracraniche compatibili con aterosclerosi dimostrate dall'angiografia o da test diagnostici non invasivi.
vasculopatia non aterosclerotica <small>dimostrazione angiografica o con test non invasivi di displasia fibromuscolare, vasculite, dissezione, alterazioni da radiazioni, o altre vasculopatie specifiche</small>	dati angiografici, clinici e ai test non invasivi fortemente suggestivi di vasculopatia non aterosclerotica	clinica suggestiva ma test diagnostici incompleti o equivoci
occlusione delle piccole arterie (TIA o ictus lacunare)	<ul style="list-style-type: none"> a. rilievo clinico di sindrome lacunare b. rilievo TC e/o RM di normalità o di lesione del tronco encefalico o emisferica sottocorticale di diametro inferiore ai 1,5 cm c. documentata assenza di elementi riferibili alle categorie ad elevata priorità 	come probabile senza completa documentazione sulla presenza o assenza di elementi riferibili alle categorie ad elevata priorità.

cardioembolia – embolia transcardiaca	<ul style="list-style-type: none"> a. fibrillazione atriale, <i>flutter</i> atriale, malattia del nodo del seno b. infarto miocardico recente (6 settimane dall'ictus) c. acinesia segmentale d. trombo cardiaco e. vegetazioni valvolari o endocardite documentata f. protesi valvolare cardiaca g. cardiomiopatia dilatativa h. embolia paradossa (<i>shunt</i> destra-sinistra ed embolia venosa o sistemica) 	<ul style="list-style-type: none"> a. prolasso valvolare mitralico senza evidenza di trombo b. pregresso infarto miocardico (>6 settimane dall'ictus) senza altre anomalie c. segmento ipocinetico d. calcificazioni anulari mitraliche e. <i>shunt</i> destra-sinistra isolato f. altre possibili cause di embolia (da specificare)
disordine ematologico/altre cause specificabili	anticorpi antifosfolipidi e altre cause di ipercoagulabilità; lupus; altre cause specificabili	
ictus emicranico	<p>almeno un attacco emicranico associato ad ictus e/o a evidenza RM o TC di ictus acuto</p> <ul style="list-style-type: none"> a. storia di emicrania con o senz'aura o complicata b. cefalea di tipo emicranica tipica per il paziente e/o altri disturbi neurologici associati all'insorgenza dell'ictus. c. assenza di altre cause potenziali di ictus (p.e. malattia valvolare reumatica, fibrillazione atriale, evidenza clinica di aterosclerosi dei vasi intra od extracranici, vasculite [diagnosi ad elevata priorità]) <p>Pazienti con ipertensione, diabete, prolasso valvolare mitralico, o concomitante uso di contraccettivi orali non sono tuttavia esclusi dall'essere considerati.</p>	come probabile ma senza la documentazione della presenza o assenza di altre condizioni di elevata priorità.
contraccettivi orali od estrogeni	uso corrente di contraccettivi orali in assenza di altri elementi della diagnosi ad elevata priorità	come probabile ma senza la limitazione data dalla presenza o meno di elementi della diagnosi di elevata priorità
da farmaci (non estro-progestinici)	uso di farmaci entro 48 ore dall'ictus riferito dal paziente o comunque dimostrato dall'esame di screening tossicologico in assenza di elementi della diagnosi di elevata priorità	come probabile ma senza la limitazione data dalla presenza o meno di elementi della diagnosi di elevata priorità.
Indeterminato	dovrebbe essere codificato quando i criteri di altre possibili o probabili diagnosi sono stati esclusi	

Tabella 2.5 – Elenco delle cause note di ictus ischemico

Cause più comuni	vasculopatia aterosclerotica	
	occlusione delle piccole arterie (TIA o ictus lacunare)	
	cardioembolia – embolia transcardiaca	
Cause meno frequenti	disordine ematologico/altre cause specificabili	
	ictus emicranico	
	contraccettivi orali od estrogeni	
	da farmaci (non estro-progestinici)	
Cause inusuali	vasculopatie infiammatorie primarie	arterite a cellule giganti, arterite di Takayasu, Lupus eritematoso sistemico, sindrome di Sneddon , vasculiti necrotizzanti sistemiche, poliarterite nodosa, sindrome di Churg-Strauss, granulomatosi di Wegener, artrite reumatoide, sindrome di Sjögren, malattia di Behçet, policondrite recidivante, sclerodermia, sarcoidosi, arterite isolata del sistema nervoso centrale, malattia di Bürger
	vasculopatie infiammatorie secondarie	Infezioni, farmaci, radiazioni, morbo celiaco, malattie infiammatorie intestinali
	anomalie congenite	displasia fibromuscolare, inginocchiamenti, <i>kinking</i> della carotide, dolicoectasia della basilare, sindrome di Ehlers-Danlos, sindrome di Marfan, malformazioni arterovenose, CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leucoencephalopathy)
	vasculopatie traumatiche	dissecazione carotidea
	varie	morso di serpente, embolia grassa/gassosa, sclerosi tuberosa, neurofibromatosi, aneurismi, vasculiti necrotizzanti sistemiche

Nei giorni successivi e comunque entro 15 giorni dall'insorgenza dell'ictus l'iter diagnostico può essere completato con:

ESAMI DI LABORATORIO : deve essere approfondito l'iter diagnostico rispetto ad eventuali fattori di rischio : fibrinogeno, colesterolo, protidogramma, HDL e LDL trigliceridi antirombina III, omocisteina, anticorpi anticardiopina, proteina C e e proteina S, lupus anticoagulante e altri tests della coagulazione clinicamente indicati

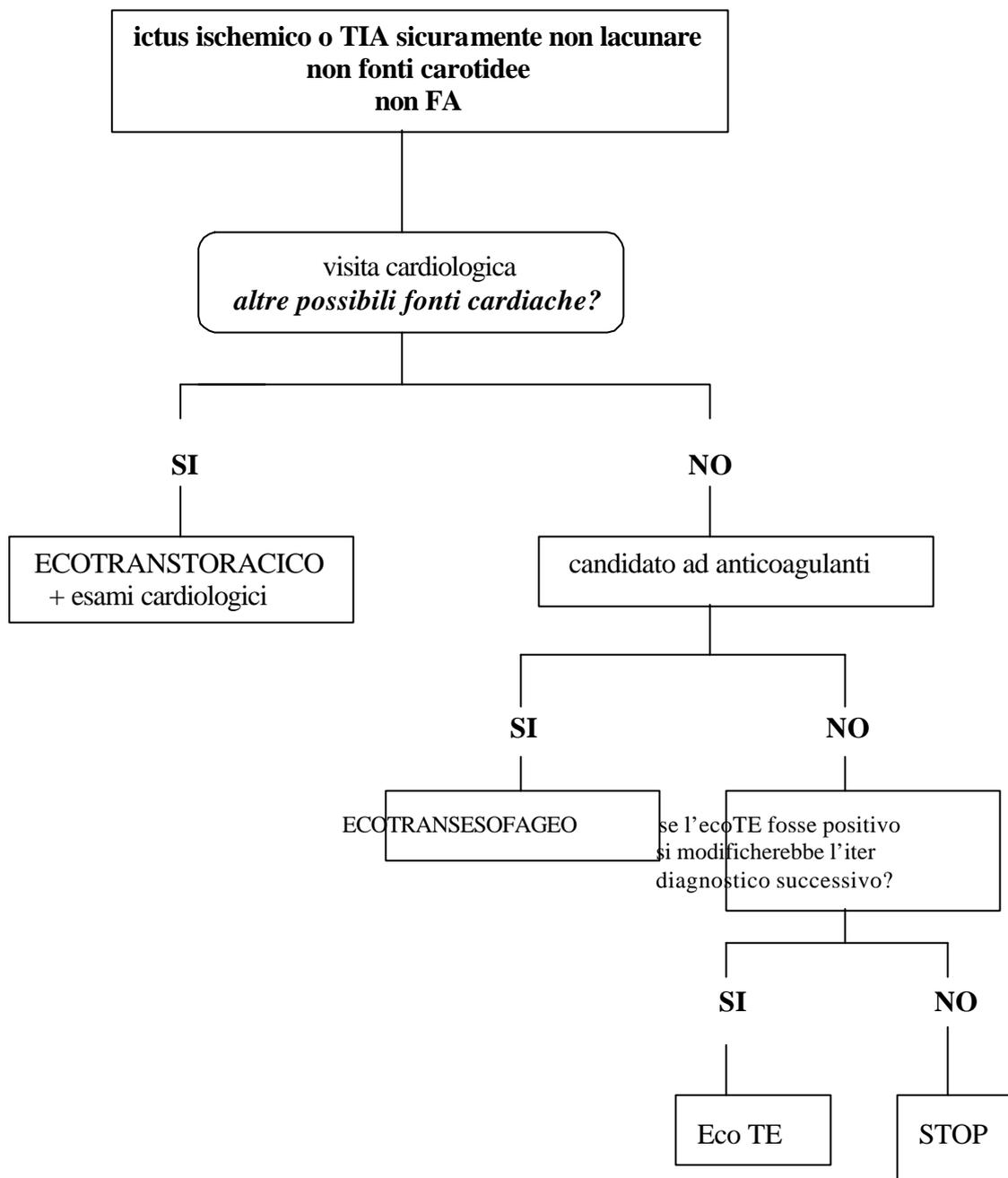
ECOCARDIOGRAMMA : E' indicato solo nel caso in cui può cambiare l'atteggiamento diagnostico-terapeutico secondo l'algoritmo allegato. Trova specifica indicazione:

- quando non è completamente chiara la sorgente embolizzante
- quando il paziente è candidato a terapia anticoagulante

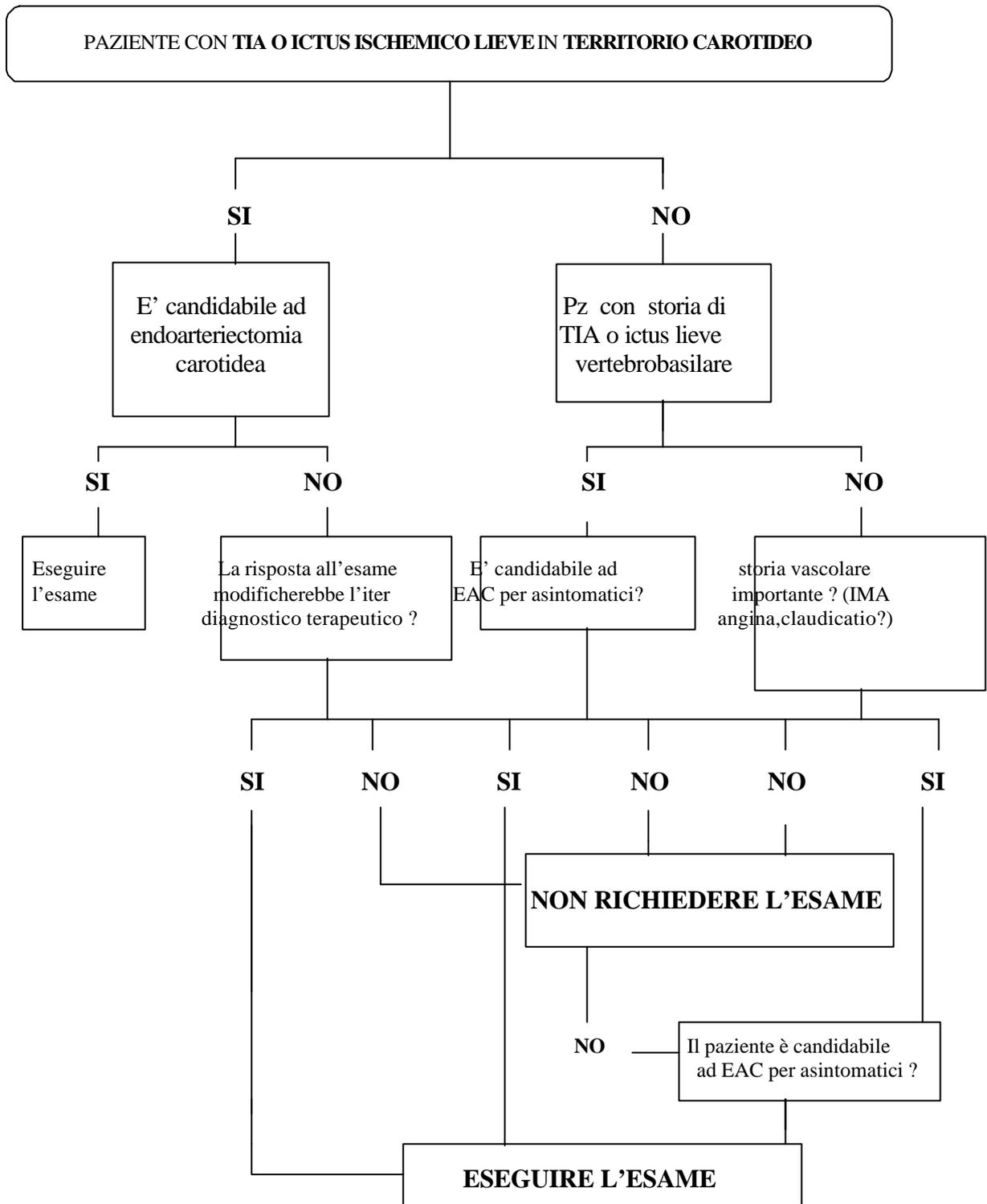
L'ecocardiogramma transesofageo deve essere eseguito su indicazione dello specialista cardiologo, seguendo l'algoritmo di seguito allegato [10,11,12,13,14].

ECODOPPLER CAROTIDEO : trova specifica indicazione [16] nei pazienti con TIA o ictus emisferico recente per un migliore inquadramento eziopatogenetico nella valutazione della stenosi carotidea, ai fini della scelta terapeutica in senso chirurgico. Può essere indagine conclusiva e quindi sostituiva dell'angiografia, solo se ne è stata verificata l'accuratezza rispetto all'angiografia e se completata con i dati angio-RM.

Allegato 2.1. ACCESSO ALL'ECOCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO



Allegato 2.2 ACCESSO ALL'ECODOPPLER CAROTIDEO



RISONANZA MAGNETICA :trova specifica indicazione in fase acuta solo nei pazienti con ictus clinicamente riferibile ad una sede cerebellare o troncoencefalica qualora, nonostante la TC, permangano dubbi diagnostici sulla natura della lesione e/o sul piano clinico e nel sospetto di trombosi venosa cerebrale o di dissezione dei vasi del collo (raccomandazione di grado C)

L'angio-RM, in alternativa all'angiografia digitale, è indicata solo nei pazienti con stenosi sintomatiche della carotide interna, documentate ultrasonograficamente, candidati all'intervento di tromboendarterectomia. (raccomandazione di grado C)

ANGIOGRAFIA : trova specifica indicazione

- nella valutazione delle stenosi carotidee quando esiste una indicazione chirurgica, nel caso non sia ritenuta esaustiva la diagnosi eco-doppler+RM
- nel sospetto di vasculiti, dissezioni, malformazioni e anomalie del circolo cerebrale

HOLTER : è indicato **solo**

- nei pazienti con TIA o con ictus, in cui si sospetti la genesi cardioembolica o qualora non sia emersa una causa definitiva di tali eventi.

EEG : è indicato nei pazienti nei quali si sospetti la natura epilettica del disturbo focale in esame. (raccomandazione di grado A)

3. INTERVENTI MINIMI DA GARANTIRE AI PAZIENTI IN FASE ACUTA

3a - Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 3.1 - Grado C

Per la gestione del paziente con ictus in fase acuta sono indicati i seguenti interventi minimi:

- mobilizzazione precoce;
 - catetere vescicale, solo quando è necessario;
 - prevenzione delle lesioni cutanee e dei blocchi articolari;
 - alimentazione/idratazione adeguate anche nei disfagici;
 - trattamento dell'ipertensione;
 - prevenzione e trattamento delle complicanze infettive.
-

3b – Commenti e precisazioni

- I singoli interventi vengono sviluppati in maggior dettaglio nella sezione successiva dedicata all'assistenza infermieristica.

4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA

4a - Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 4.1 - Grado C

La valutazione del paziente con ictus acuto dovrebbe comprendere la valutazione iniziale e valutazioni ripetute dei problemi infermieristici, funzionali, delle complicanze e dei fattori ambientali e sociali che possono influenzare le decisioni sulla dimissione.

Le informazioni su ciascuna di queste aree dovrebbero essere riportate nella documentazione clinica.

Raccomandazione 4.2 - Grado C

La mobilizzazione precoce e il recupero delle self care - I pazienti con ictus acuto vanno mobilizzati appena possibile, subito dopo il ricovero. Appena possibile il paziente va stimolato a eseguire le self care e se necessario, gli si deve insegnare come compensare le disabilità.

Raccomandazione 4.3 - Grado C

Garanzia dell'integrità cutanea.. Durante la fase acuta e per tutta la durata della riabilitazione si devono attivare interventi per mantenere l'integrità cutanea.

Raccomandazione 4.4 - Grado C

Gestione della funzione vescicale. Il catetere inserito in fase acuta va rimosso prima possibile. L'uso cronico di un catetere a permanenza va limitato ai pazienti la cui incontinenza non sia trattabile diversamente.

Raccomandazione 4.5 - Grado C

Regolarizzazione dell'alvo – Vanno attuati gli opportuni interventi per garantire una corretta evacuazione intestinale

Raccomandazione 4.6 - Grado C

Disfagia e prevenzione dell'aspirazione. Quando il paziente viene ricoverato, prima di idratarlo per os o alimentarlo, si deve valutare la capacità di deglutizione.

Appena possibile si deve cominciare a insegnare ai pazienti con problemi, come deglutire.

Al paziente vanno garantite idratazione e alimentazione adeguate.

Raccomandazione 4.7 - Grado C

Trattamento dell'iperpiressia e prevenzione delle complicanze infettive. L'ipertermia va prontamente rilevata e trattata con antipiretici o con mezzi fisici.

Raccomandazione 4.8 - Grado B

La prevenzione delle tromboembolie venose. Gli interventi per prevenire le tromboembolie venose vanno attivati subito dopo il ricovero e devono continuare finché il paziente non è più a rischio per l'immobilizzazione. Usare preferibilmente le calze elastiche

Raccomandazione 4.4 - Grado C

La prevenzione delle cadute- Il paziente a rischio di cadute va valutato sia al ricovero che per tutta la degenza. I metodi di prevenzione dipendono da tipo e gravità della disabilità.

Raccomandazione 4.4 - Grado C

Il sostegno al paziente e alla famiglia e l'educazione durante l'ospedalizzazione in fase acuta Ai pazienti che sopravvivono all'ictus acuto e ai loro familiari vanno date informazioni sugli effetti dell'ictus, la prognosi, le potenziali complicanze e sul rationale dei trattamenti.

4b – Commenti e precisazioni

Il protocollo di assistenza infermieristica è tratto dalle linee-guida infermieristiche apparse sulla rivista "L'Infermiere" (1998,1) basate sulle linee guida dell'Ahcpr (Agency for Health Care Policy and Research) sulla riabilitazione del paziente con ictus in fase acuta. Queste ultime descrivono e raccomandano, in base alla forza delle evidenze, il trattamento (o i trattamenti) da eseguire sul paziente. In base all'organizzazione del lavoro del reparto e alla disponibilità delle competenze andrà definito (anche in modo diverso da contesto a contesto) l'applicazione delle singole raccomandazioni.

(i) valutazione infermieristica del paziente con ictus

Il principale obiettivo della valutazione clinica è quello di verificare la diagnosi di ictus, di documentarne l'eziologia, la patologia, le manifestazioni neurologiche, di valutarne la comorbilità, tutti fattori che potrebbero interferire con il trattamento e l'assistenza. Si tratta di informazioni fondamentali per guidare le decisioni sul trattamento durante il periodo acuto: le visite di follow-up documentano, invece, le risposte al trattamento, l'evoluzione dei deficit neurologici e le eventuali complicanze insorte.

Se si usano strumenti standardizzati la valutazione dello stato di coscienza del paziente, delle alterazioni neurologiche, della disabilità globale all'ammissione – e a intervalli durante la fase acuta – è più semplice e affidabile. Anche se tutti questi aspetti vengono comunque valutati nell'esame neurologico, spesso la loro registrazione non è accurata e confrontabile. La Scala del coma di Glasgow (Scheda 1) valuta le modificazioni del livello di coscienza in base all'apertura degli occhi, alle risposte motorie, alle risposte ai comandi verbali o agli stimoli dolorosi. L'uso continuo di questa scala consente di documentare in modo sistematico le modificazioni dei deficit neurologici nelle funzioni motorie, nel linguaggio e nel livello di coscienza. Una misura globale della disabilità come la Scala di Rankin (Scheda 2), anche se poco sensibile al cambiamento, dà una misura semplice del livello di disabilità globale.

(ii) La mobilitazione precoce e il recupero delle self care

La mobilitazione precoce aiuta a prevenire la Tvp, le lesioni cutanee, le contratture, la stipsi, la polmonite; ha anche effetti positivi dal punto di vista psicologico sia sul paziente che sulla famiglia. Alcuni studi controllati hanno evidenziato una maggiore tolleranza dell'ortostatismo, un più precoce recupero delle Adl (2), della deambulazione (1) e della performance psichica, motoria e delle Adl. I benefici di questi studi erano però transitori e non si può escludere un errore di interpretazione perché l'assegnazione dei soggetti ai due gruppi non era randomizzata. Evidenze indirette dei benefici della mobilitazione precoce e della riabilitazione sono suggeriti dall'efficacia delle Stroke unit nel ridurre la mortalità e migliorare gli esiti funzionali. La mobilitazione precoce e la precoce attivazione del trattamento sono, infatti, componenti fondamentali dell'assistenza delle Stroke unit. Si raccomanda di mobilitare il paziente appena le condizioni cliniche lo consentono, e comunque entro le 24-48 ore dal ricovero. Va fatta particolare attenzione nei pazienti in coma, gravemente disorientati, con segni e sintomi di aggravamento progressivo, con emorragia intracerebrale o subaracnoidea, ipotensione ortostatica grave o persistente e infarto miocardico acuto. Frequenza ed entità della mobilitazione dipendono dalle condizioni del paziente. I frequenti cambi di posizione a letto e gli esercizi di mobilitazione passiva degli arti fanno parte degli interventi assistenziali sin dal momento del ricovero. Una corretta posizione riduce il rischio di aspirazione, lesioni della cute, contratture e lesioni articolari. È importante usare una

traversa per sollevare il paziente, più che sollevarlo manualmente tenendolo sotto le braccia; si deve tenere una corretta postura degli arti in posizione anatomica, anche a letto. Gli esercizi di mobilizzazione articolare riducono il rischio di contratture e trombosi. La valutazione della mobilità inizia con l'osservazione della capacità del paziente di muoversi da solo a letto e di sedersi; continua con la valutazione della sua capacità di sedersi sul bordo del letto. È importante sorvegliare il paziente quando comincia a muoversi, anche per il pericolo di ipotensione ortostatica. Il programma di mobilizzazione prosegue con il trasferimento sulla sedia, sulla comoda, sulla sedia a rotelle, e infine con l'assunzione della posizione eretta, con il caricamento del peso e con il camminare. La decisione su quando metterlo seduto dipende dall'equilibrio che riesce a tenere, dalla resistenza fisica e dal bisogno di ridurre la pressione. Devono essere i fisioterapisti, o personale esperto, a insegnare le tecniche di trasferimento, che devono essere praticate nello stesso modo da tutti coloro che si occupano del paziente. Le attività di self care (mangiare, rassettarsi, vestirsi, andare in toilette) andrebbero riprese appena possibile: la partecipazione attiva del paziente dovrebbe aiutarlo a riacquistare il controllo e aumentarne forza, resistenza e consapevolezza dell'ambiente circostante. È importante insegnare al paziente come sopperire alle disabilità. L'attività mentale ha la stessa rilevanza di quella fisica, e i tentativi di stimolare la capacità di risolvere i problemi, la comunicazione e le attività sociali, fanno parte integrante dell'assistenza in fase acuta.

(iii) *Garanzia dell'integrità cutanea*

La National Survey of Stroke ha evidenziato che il 14,5 per cento dei pazienti con ictus presenta lesioni da decubito: quelli a più alto rischio sono i pazienti in coma, con grave paresi, obesi o con incontinenza intestinale o urinaria. Per mantenere l'integrità cutanea è necessario:

- valutare quotidianamente la cute per identificare le aree a rischio, in particolare le prominenze ossee
- pulire la cute con delicatezza
- proteggerla dall'esposizione all'umidità (ad es. urine, sudore)
- evitare i traumi provocati da frizione o compressione eccessiva posizionando correttamente il paziente, girandolo, trasferendolo correttamente dal letto alla sedia; usando con correttezza spray di barriera, lubrificanti, materassi specifici e imbottiture protettive
- mantenere una corretta alimentazione e idratazione
- cercare di aumentare la mobilità del paziente.

Se non si riesce a controllare l'incontinenza, si deve ricorrere a condom negli uomini e pannoloni nelle donne. Prima della dimissione dal reparto per acuti, bisogna insegnare al paziente e ai suoi familiari come ridurre il contatto della cute con le urine, e prima della dimissione, come prevenire le lesioni cutanee. Per la prevenzione-trattamento delle lesioni cutanee si rimanda alla pubblicazione dell'Ahcpr (Panel for the Prediction and Prevention of Pressure Ulcers in Adults (Urinary Incontinence Guideline Panel. Urinary incontinence in adults. Clinical practice guideline no. 2, AHCPR publication no. 92-0038, Rockville (MD): Agency for Health Care Policy and Research;1992.).

Inoltre si rimanda per ulteriori approfondimenti alla linea-guida aziendale sulla prevenzione delle lesioni da decubito.

(iv) *Gestione della funzione vescicale.*

Problemi di incontinenza e controllo della vescica sono abbastanza comuni dopo un ictus, ma generalmente si risolvono spontaneamente nella maggioranza dei pazienti. Possibili cause sono i deficit neurologici che portano a ipertono vescicale, l'ipotono con incontinenza da rigurgito o i deficit cognitivi o di comunicazione che provocano l'incapacità di riconoscere lo stimolo o chiamare in tempo utile. Un'incontinenza persistente comporta una prognosi infausta di recupero funzionale a lungo termine. La scelta del catetere a permanenza andrebbe limitata ai pazienti con incontinenza o ritenzione che non possono essere trattati diversamente, ai pazienti con gravi lesioni cutanee per i quali cambi frequenti di lenzuola o biancheria possono essere dolorosi o difficili, e ai pazienti nei quali l'incontinenza interferisce con il monitoraggio dei liquidi e degli elettroliti. L'uso cronico di un catetere a permanenza aumenta infatti il rischio di batteriuria e infezioni del tratto urinario e andrebbe pertanto evitato; la ritenzione urinaria può anche essere gestita con la cateterizzazione intermittente. Indipendentemente dal fatto che si usi un catetere a permanenza o intermittente, una buona gestione del catetere è il miglior modo per prevenire le infezioni delle vie urinarie. Si identifica la batteriuria con un esame colturale delle urine, ma il trattamento con antibiotici va riservato ai pazienti con infezioni sintomatiche. Per il trattamento delle infezioni delle vie urinarie si rimanda alla pubblicazione dell'Ahcpr (Urinary Incontinence Guideline Panel).

Inoltre si rimanda per ulteriori approfondimenti alla linea-guida aziendale sul cateterismo vescicale.

(v) *Disfagia e prevenzione dell'aspirazione*

La disfagia (alterazione della capacità di deglutire) è abbastanza frequente nei pazienti con ictus e può provocare aspirazione e polmonite ab ingestis se non diagnosticata e trattata. L'aspirazione è un problema non riconosciuto nel 40 per cento dei pazienti che aspirano: fortunatamente, assai spesso si risolve spontaneamente (Tabella 4 per la valutazione dei segni che possono indicare la presenza di disfagia).

Il trattamento si propone di prevenire l'aspirazione, di evitare la disidratazione e la malnutrizione da inadeguata assunzione di liquidi e alimenti, di reintegrare la capacità del paziente di masticare e deglutire. I trattamenti compensatori prevedono alterazioni della postura e della posizione assunta per deglutire, imparare nuove tecniche di

deglutizione, modificare la consistenza degli alimenti (liquidi più densi, puree o alimenti semisolidi), diminuire le dimensioni dei bocconi, somministrare il liquido con una siringa ad anelli. I pazienti che non recuperano la capacità di deglutire vanno alimentati per sonda o per via parenterale. Se si prevede che la disfagia duri a lungo, la gastrostomia è preferibile al sondino nasogastrico. Le evidenze a favore dell'efficacia dei trattamenti derivano da studi osservazionali: dopo un programma di riabilitazione all'alimentazione l'89 per cento dei pazienti era in grado di riprendere l'alimentazione per os e nessuno aveva riportato polmonite da aspirazione. Per conoscere il tipo di programma più efficace sarebbero però necessarie sperimentazioni cliniche controllate.

(vi) *La prevenzione delle tromboembolie venose*

Tutti i pazienti con ictus andrebbero valutati per il rischio di trombosi venosa profonda (Tvp). La Tvp è una causa importante di embolia polmonare, oltre che di mortalità e morbidità post ictus: circa il 10 per cento delle morti post ictus, infatti, sono attribuite a questa causa. Il rischio di Tvp e tromboembolie aumenta nell'arto paretico a causa dell'immobilità, e si verifica nel 47 per cento dei pazienti non trattati.

Il trattamento dei pazienti con ictus prevede la mobilizzazione precoce, l'uso di calze elastiche e, in assenza di controindicazioni, la profilassi con il farmaco più adeguato.

Si rimanda per ulteriori approfondimenti alla linea-guida aziendale sulla prevenzione delle tromboembolie venose.

(vii) *La prevenzione delle cadute*

Le cadute sono la più frequente causa di lesione nei pazienti con ictus ospedalizzati. Una complicanza comune è la frattura del femore.

Il rischio di cadute aumenta se i deficit sensori e motori creano problemi per la mobilità, l'equilibrio o il coordinamento dei movimenti. E cresce anche in presenza di confusione, deficit di percezione, alterazione della vista e problemi con la comunicazione che interferiscono con la capacità del paziente di chiedere aiuto o esprimere i propri bisogni.

Sale così ulteriormente il rischio di malattie acute concomitanti, di uno stato di debolezza generalizzato e degli effetti collaterali dei farmaci. I pazienti che hanno alterazioni del campo visivo e coloro che eseguono con lentezza le loro attività sono a rischio particolarmente alto di incidenti multipli o di cadere contro ostacoli. I comportamenti impulsivi, l'anamnesi di cadute e gli spostamenti numerosi fanno crescere il rischio di cadute nei pazienti con ictus dell'emisfero destro. Nella valutazione andrebbero considerati i fattori di rischio insieme ai potenziali pericoli legati all'ambiente ospedaliero (ad es. la superficie dei pavimenti, l'illuminazione, la sede e l'accesso alla toilette). Il personale infermieristico in genere è il principale responsabile della valutazione del paziente e dell'attivazione di interventi preventivi, ma la prevenzione delle cadute dovrebbe essere uno degli obiettivi di tutti i clinici. Un programma di riduzione del rischio di cadute prevede un attento controllo dei pazienti ad alto rischio, realizzabile portandoli in toilette a intervalli regolari, controllandoli nei trasferimenti e nella deambulazione, attivando un sistema di chiamata adeguato per il paziente o un programma di prevenzione delle cadute per tutto l'ospedale e infine – elemento di estrema importanza – facendo educazione sanitaria al paziente e alla famiglia.

Si rimanda per ulteriori approfondimenti alla linea-guida aziendale sulla prevenzione delle cadute.

5. TERAPIA NELLA FASE ACUTA

5a - Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 5.2 Grado C

Nei pazienti con ictus ischemico acuto e valori di pressione arteriosa superiori alla norma è indicato rimandare l'inizio del trattamento antipertensivo di circa 2 settimane.

Raccomandazione 5.3 a Grado C

Nei pazienti con ictus ischemico acuto e valori pressori particolarmente elevati (>220/120 mmHg) è indicato il trattamento antipertensivo precoce.

Raccomandazione 5.3 b Grado C

Nei pazienti con ictus ischemico acuto, e che erano ipertesi precedentemente all'episodio acuto, è indicato continuare il trattamento antipertensivo.

Raccomandazione 5.4 Grado B

Nell'ictus acuto, per la prevenzione delle trombosi venose profonde, è indicato l'uso di calze elastiche o, nel paziente totalmente plegico, della compressione pneumatica.

Raccomandazione 5.5 Grado C

Nell'ictus ischemico acuto l'eparina sottocute alla dose di 5000 UI due-tre volte al giorno per la prevenzione delle trombosi venose profonde è indicata solo se il rischio di trombosi venosa profonda è elevato e permane dopo i primi 14 giorni.

Raccomandazione 5.6 Grado A

Nell'ictus ischemico è indicato il trattamento antiaggregante con ASA alla dose di 160-300 mg/die. Il trattamento va iniziato entro le 48 ore.

Raccomandazione 5.7 Grado A

Per il trattamento dell'ictus ischemico in fase acuta **non sono indicati** l'eparina non frazionata, gli eparinoidi o la nadroparina in quanto non vi sono dati conclusivi di efficacia e aumenta il rischio di emorragia.

Sintesi 5.1

Nel *progressing stroke* e nel *crescendo TIA*, non vi sono evidenze che il trattamento infusivo con eparina sia efficace.

Raccomandazione 5.8 a Grado C

Nei pazienti con ictus cardioembolico da fibrillazione atriale non valvolare il trattamento precoce con terapia anticoagulante orale può essere indicato solo in caso di lesioni TC piccole o medie (<30%) e non emorragiche a 48 ore.

Raccomandazione 5.8 b Grado C

In caso di ictus cardioembolico con cardiopatìa ad elevato potere emboligeno, il trattamento precoce con eparina endovena mantenendo il PTT a 1,5-2,5 volte il valore basale, seguita da terapia anticoagulante orale, può essere indicato solo in caso di lesioni TC piccole o medie (<30%) e non emorragiche a 48 ore.

Raccomandazione 5.8 c Grado B

In pazienti con ictus cardioembolico, che presentino una lesione estesa (>30%) o ipertensione mal controllata, è indicato iniziare il trattamento anticoagulante dopo 5-14 giorni dall'evento acuto.

Sintesi 5.2

Non vi sono evidenze che l'uso di glicerolo o altri diuretici osmotici presentino vantaggi a lungo termine.

Raccomandazione 5.9 Grado A

Nell'ictus acuto l'uso dell'emodiluizione o degli steroidi non è indicato data la dimostrata inutilità di tali trattamenti.

Raccomandazione 5.10 Grado C

Nell'ictus **sono indicati**:

- il controllo dell'ipertermia con antipiretici;
- il trattamento delle complicanze infettive;
- il controllo dell'iperglicemia.

Raccomandazione 5.11 Grado C

La terapia antiepilettica a scopo profilattico non è indicata nei pazienti con ictus in assenza di crisi epilettiche.

Raccomandazione 5.12 Grado C

La terapia antiepilettica è indicata nei pazienti con ictus in caso di una prima crisi o di crisi epilettiche subentranti, evitando il fenobarbital per un possibile effetto negativo sul recupero.

5b – Commenti e precisazioni

Accanto agli interventi minimi già precisati ai pazienti ricoverati per ictus **è indicato** effettuare i seguenti interventi:

- iniziare entro le 48 ore il trattamento antiaggregante con ASA alla dose di 160-300 mg/die, se non controindicato**
- rimandare per almeno due settimane l'inizio del trattamento antiipertensivo nel caso di valori pressori $\approx 160/90$**

Devono essere comunque ricercati segni/sintomi di danno d'organo che indichino una pregressa storia di ipertensione arteriosa misconosciuta sino al momento della complicanza cerebrovascolare (ipertrofia ventricolare, retinopatia oculare o danno renale)

Se il paziente era già in trattamento antiipertensivo, deve essere proseguito a meno che non sopraggiungano dei segni di ipovolemia che potrebbe esasperare l'azione del trattamento stesso

Se la pressione diviene inaccettabilmente alta (220/120 mmHg) è necessario iniziare il trattamento prima del tempo programmato; è raccomandata in tale caso una riduzione graduale dei valori pressori (nell'arco di un giorno piuttosto che di ore). Non vi sono indicazioni cogenti verso una determinata classe di farmaci. Come nell'ipertensione severa asintomatica (ved.), la scelta può ricadere su atenololo 25 mg (o un altro β -bloccante), nifedipina AR 10-20 mg (o un altro Ca^{++} -bloccante diidropiridinico), furosemide, captopril
- usare calze elastiche per la profilassi delle trombosi venose profonde.**

L'eparina sottocute alla dose di 5000 UI due-tre volte al giorno è indicata solo se il rischio di trombosi venosa profonda è elevato e permane dopo i primi 14 giorni. racc. di grado B
- tenere sotto controllo l'iperglicemia con Insulina Pronta in infusione continua**
- garantire idratazione e nutrizione adeguate dopo avere effettuato il test della deglutizione**
- ridurre l'ipertermia con antipiretici e/o mezzi fisici**
- trattare le complicanze infettive, preferibilmente dopo antibiogramma**

Al contrario nel paziente con ictus **non è indicato** :

- ❑ **somministrare eparina non frazionata, gli eparinoidi o le eparine a basso peso molecolare** in quanto non vi sono evidenze che il trattamento con anticoagulanti in fase acuta sia efficace sulla riduzione del rischio di morte ed è stato dimostrato un aumento delle complicanze emorragiche
- ❑ **somministrare glicerolo o altri diuretici osmotici** poiché non vi sono evidenze che presentino vantaggi a lungo termine
- ❑ **somministrare steroidi**, in quanto non migliorano l'outcome e favoriscono le complicanze infettive
- ❑ **somministrare antiepilettici a scopo profilattico**. La terapia antiepilettica è indicata nei pazienti con ictus nel caso di una prima crisi o di crisi subentranti, evitando il fenobarbital per un possibile effetto negativo sul recupero.

6. TERAPIA FARMACOLOGICA A LUNGO TERMINE

6a - Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 6.1 Grado A

Nei TIA e nell'ictus ischemico non cardioembolico è indicato il trattamento antiaggregante con ASA 100-325 mg.

Raccomandazione 6.2 Grado A

Nei TIA e nell'ictus ischemico non cardioembolico è indicato il trattamento associando ASA 50 mg/die a dipiridamolo 400 mg/die.

Raccomandazione 6.3 Grado A

In pazienti con ictus ischemico o TIA, nei quali ASA sia non tollerata o inefficace, è indicato il trattamento con ticlopidina 500 mg/die, controllando l'emocromo nei primi 3 mesi di trattamento.

Raccomandazione 6.4 Grado C

Nell'ictus o TIA cardioembolico associato a cardiopatie e valvulopatie emboligene è indicata la terapia anticoagulante orale mantenendo l'INR tra 2 e 3.

Raccomandazione 6.5 Grado C

Nei TIA e nell'ictus ischemico da aterosclerosi dei tronchi sovraortici con ipercolesterolemia è indicato il trattamento con statine, perché riduce gli ictus e gli IMA.

Sintesi 6.1

Non esistono evidenze che l'uso di anticoagulanti orali con INR tra 2 e 3 nell'ictus ischemico e TIA sia efficace.

Raccomandazione 6.6 Grado A

Nell'ictus ischemico e TIA non cardioembolico **non è indicato** l'uso di anticoagulanti orali con INR tra 3 e 4,5 perché comporta complicanze emorragiche encefaliche.

Raccomandazione 6.7 Grado A

Nell'ictus o TIA embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare, la terapia anticoagulante orale è indicata mantenendo un INR di 2-3,5.

Raccomandazione 6.8 Grado A

Nei pazienti con ictus o TIA embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare che non possono essere sottoposti alla terapia anticoagulante orale è indicato il trattamento con ASA 325 mg/die.

Raccomandazione 6.9 Grado B

Nei pazienti con ictus o TIA embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare che non possono essere sottoposti alla terapia anticoagulante orale o a terapia con ASA è indicato il trattamento con indobufene 100-200 mg x 2 al giorno.

Raccomandazione 6.10 Grado A

Nei pazienti con ictus embolico o TIA che presentino cardiomiopatia dilatativa isolata o associata a fibrillazione atriale non valvolare o trombo ventricolare, è indicata la terapia anticoagulante orale mantenendo un INR 2-3.

Raccomandazione 6.11 a Grado C

Nei pazienti con ictus ischemico o TIA nei quali il forame ovale pervio sia identificato come unica causa possibile dell'evento è indicato il trattamento con ASA 325 mg/die.

Raccomandazione 6.11 b Grado C

Nei pazienti con ictus ischemico o TIA nei quali il forame ovale pervio sia identificato come unica causa possibile dell'evento e coesista aneurisma del setto o trombosi venosa profonda, è indicata la terapia anticoagulante orale mantenendo INR 2-3.

Raccomandazione 6.11 c Grado C

Nei pazienti con ictus ischemico o TIA nei quali il forame ovale pervio sia identificato come unica causa possibile dell'evento e presentino recidive di ictus durante la terapia anticoagulante orale, è indicata la chirurgia.

Raccomandazione 6.12 Grado C

In pazienti portatori di protesi valvolari con recidiva di ictus dopo ictus ischemico o TIA, durante un trattamento con anticoagulanti orali a dose appropriata, è indicata l'associazione di anticoagulanti orali e dipiridamolo 400 mg/die o ASA 100 mg/die.

6b – Commenti e precisazioni

A lungo termine è indicato:

- ❑ **scoraggiare il fumo e il consumo eccessivo di alcool**
- ❑ **il trattamento farmacologico dei fattori di rischio :**
 1. In particolare per quanto riguarda il controllo dei valori pressori, gli studi fino ad ora eseguiti non hanno mostrato con sicurezza che la riduzione dei valori pressori riduca l'incidenza di recidiva di ictus. Il paziente va comunque trattato sulla base delle considerazioni sopraesposte
 2. Nel paziente con ictus ischemico da aterosclerosi dei tronchi sovraaortici con ipercolesterolemia può essere indicato il trattamento con statine
- ❑ **il trattamento antiaggregante con ASA 100-325 mg nei pazienti con ictus ischemico non cardioembolico.**

Nel caso che **il paziente sia allergico all'aspirina** o presenti condizioni cliniche per le quali ne sia controindicato l'uso è indicata la somministrazione di **ticlopidina**, al dosaggio di 500 mg/die, con controllo dell'emocromo nei primi tre mesi di trattamento, in attesa della commercializzazione del clopidogrel (secondo indicazione CUF 9)
L'associazione ASA+dipiridamolo potrebbe risultare vantaggiosa, ma si attendono ulteriori conferme.
- ❑ **il trattamento con anticoagulanti orali (warfarin) , mantenendo l'INR tra 2 e 3, nei pazienti con ictus embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare e nei pazienti con cardiomiopatia dilatativa.**

La terapia va iniziata dopo 15 giorni dalla fase acuta; può essere iniziata prima se i segni neurologici sono stabilizzati o regrediti o se la lesione cerebrale è piccola.
E' importante ricordare che al momento di iniziare un trattamento con anticoagulanti orali è necessario appurare che : il paziente sia collaborante; il medico esperto; il laboratorio di riferimento affidabile. Nel caso di paziente particolarmente anziano è necessaria una attenta sorveglianza clinica per il rischio maggiore di emorragie cerebrali.
- ❑ **il trattamento con ASA 325 mg/die nei pazienti con ictus embolico associato a fibrillazione atriale non valvolare, che non possono essere sottoposti alla terapia anticoagulante orale.**

Elenco dei fattori di rischio per l'ictus cerebrale

Da: Sacco RL, Benjamin EJ, Broderick JP, Dyken M, Easton JD, Feinberg WM, Goldstein LB, Gorelick PB, Howard G, Kittner SJ, Manolio TA, Whisnant JP, Wolf PA. American Heart Association Prevention Conference. IV. Prevention and Rehabilitation of Stroke. Risk factors. *Stroke* 1997; **28**: 1507-1517, modificato

Fattori di rischio modificabili

A. Ben documentati

- Ipertensione arteriosa
- Cardiopatie:
 - fibrillazione atriale
 - endocardite infettiva
 - stenosi mitralica
 - infarto miocardico esteso e recente
- Fumo di sigaretta
- Attacchi ischemici transitori
- Stenosi carotidea asintomatica
- Diabete mellito
- Iperomocisteinemia
- Ipertrofia ventricolare sinistra

B. Non completamente documentati

- Livelli ematici elevati di colesterolo e di lipidi
- Cardiopatie (cardiomiopatia; endocardite batterica; calcificazione dell'anello mitralico; prolasso valvolare mitralico; valve strands; ecocardiocontrasto spontaneo; anomalie della motilità parietale segmentaria; stenosi aortica; forame ovale pervio; aneurisma del setto interatriale)
- Uso di contraccettivi orali
- Consumo di alcool
- Uso di droghe
- Inattività fisica
- Obesità
- Eemicrania
- Ematocrito elevato
- Fattori alimentari
- Iperinsulinemia e resistenza all'insulina
- Fattori scatenanti acuti (stress)
- Fattori dell'emostasi e infiammazione (formazione della fibrina e fibrinolisi; fibrinogeno; anticorpi anticardiolipina; cause acquisite e geneticamente determinate)
- Patologie subcliniche:
 - ispessimento medio-intimale della carotide
 - placche aortiche
 - lesioni *infarct-like* alla RM
- Fattori socio-economici/clima

Fattori di rischio non modificabili

- età
 - sesso
 - ereditarietà e fattori familiari
 - razza/etnia
 - localizzazione geografica
-

7. TERAPIA CHIRURGICA

7a - Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 7.1 Grado A

L'endarterectomia carotidea è indicata nella stenosi carotidea sintomatica (entro 6 mesi) >70% (valutata con il metodo NASCET).

Raccomandazione 7.2 Grado A

Nella stenosi carotidea sintomatica <50% (valutata con il metodo NASCET) l'endarterectomia carotidea **non è indicata**.

Raccomandazione 7.3 Grado B

Nella stenosi carotidea sintomatica compresa fra il 50% ed il 70% (valutata con il metodo NASCET) l'endarterectomia carotidea è **indicata solo** nei pazienti con ischemia recente, sintomi cerebrali e non oculari, placca ulcerata, età non avanzata, di sesso maschile, non diabetici.

Sintesi 7-1

Le evidenze sull'efficacia dell'endarterectomia nella stenosi carotidea asintomatica sono ancora solo parzialmente definite e importanti studi in corso forniranno a breve termine ulteriori indicazioni.

Raccomandazione 7.4 Grado A

L'intervento di endarterectomia in caso di stenosi carotidea asintomatica uguale o maggiore al 60% è **indicato solo** se il rischio operatorio di complicanze maggiori è <3%.

Raccomandazione 7.5 a Grado C

La coronarografia è indicata nei pazienti candidati all'endarterectomia carotidea con evidenza clinica, o ai test strumentali non invasivi, di coronaropatia ad alto rischio.

Raccomandazione 7.5 b Grado C

Nei pazienti candidati all'endarterectomia carotidea, con grave coronaropatia associata, è indicato valutare anche l'opportunità della rivascolarizzazione coronarica. Il *timing* prevede o la modalità sequenziale, dando precedenza all'intervento nel distretto prevalentemente compromesso sul piano clinico, o la simultaneità.

Raccomandazione 7.6 Grado: A

Nella decisione sul timing dell'endarterectomia, nei pazienti sintomatici devono essere considerate sia le caratteristiche dell'evento clinico che i reperti della TC cerebrale:

- in caso di TIA o minor stroke e TC normale è indicata la chirurgia quanto più precoce possibile;
- in caso di deficit neurologico stabilizzato con lesioni TC minime è indicata la chirurgia precoce;
- indipendentemente dalla gravità del deficit neurologico, se le lesioni TC sono estese non è indicata la chirurgia precoce.

Raccomandazione 7.7 Grado A

L'eco-Doppler carotideo è indicato quale esame di primo impiego allo scopo di definire la diagnosi eziopatogenetica e di selezionare i pazienti candidati alla chirurgia della carotide.

Raccomandazione 7.8 Grado A

L'angiografia convenzionale dei tronchi sovraortici rimane la tecnica diagnostica *gold standard* nella valutazione delle indicazioni all'intervento di endarterectomia carotidea.

Raccomandazione 7.9 Grado C

L'eco-Doppler carotideo, validato per confronto con l'angiografia convenzionale e associato all'angio-RM, può sostituire l'angiografia, specie per stenosi carotidea uguale o superiore a 80%. L'angiografia convenzionale è comunque indicata nei casi dubbi, specie per stenosi carotidea tra 50 e 79%, o in sospette lesioni multiple o sospette anomalie vascolari.

Raccomandazione 7.10 a Grado C

In caso di anestesia generale è indicato un monitoraggio cerebrale intraoperatorio di affidabilità controllata (EEG, Potenziali Evocati Somatosensoriali, Doppler transcranico).

Raccomandazione 7.10 b Grado C

Sia con l'anestesia generale che con quella loco-regionale può essere indicato l'uso dello shunt temporaneo selettivo per la protezione cerebrale.

Raccomandazione 7.10 c Grado C

L'anestesia loco-regionale è indicata in quanto, rispetto a quella generale, offre maggiori garanzie di monitoraggio cerebrale e si associa a riduzione di rischio perioperatorio di morte, ictus, infarto miocardico e complicanze polmonari.

Sintesi 7-2

Nonostante la tendenza, in studi non randomizzati, a favore del patch per la sutura arteriosa in termini di riduzione di ictus e morte perioperatori, trombosi o restenosi, a tutt'oggi non è possibile fornire raccomandazioni conclusive. È necessaria infatti una maggiore evidenza da studi randomizzati, confrontando con la sutura diretta non solo l'uso del patch di routine ma anche di quello selettivo, che risulta comunque il più usato.

Sintesi 7-3

La PTA della stenosi carotidea viene considerata ancora non sicura.

Raccomandazione 7.11 a Grado C

Per la mancanza di sufficienti studi randomizzati e controllati di confronto tra PTA ed endarterectomia non è indicato un cambio di tendenza dall'endarterectomia verso la PTA.

Raccomandazione 7.11 b Grado C

La PTA con stenting potrebbe comunque essere indicata solo in casi selezionati, quali la restenosi, o stenosi non serrate e a superficie regolare e di tipo compatto alle immagini ecografiche, oppure stenosi non della biforcazione carotidea.

Raccomandazione 7.12 Grado A

Entrambe le tecniche, endarterectomia a cielo aperto e per eversione, possono essere indicate nel trattamento chirurgico della stenosi carotidea, purché siano entrambe eseguite con tasso di complicanze maggiori (morte, ictus) inferiore al 3%.

Raccomandazione 7.13 Grado A

È indicato che ogni centro valuti e renda nota la propria incidenza di complicanze maggiori (morte, ictus) perioperatorie, che può condizionare l'indicazione all'intervento, specie nella stenosi carotidea asintomatica.

Raccomandazione 7.14 Grado C

Il controllo post-procedurale, che può portare all'identificazione e all'eventuale riparazione di difetti in corso di endarterectomia carotidea, è indicato per il controllo di qualità e si associa a significativa riduzione delle complicanze post operatorie, come la restenosi e l'ictus a distanza.

Raccomandazione 7.15 Grado B

È indicata la terapia antiaggregante piastrinica da prima dell'intervento, se non vi sono controindicazioni.

Raccomandazione 7.16 Grado C

È indicata la correzione chirurgica della restenosi, quando questa è di grado elevato e reponsabile di una sintomatologia neurologica chiaramente correlata.

Raccomandazione 7.17 Grado C

Non è indicato un *follow-up* intensivo; è indicato un controllo precoce entro 3 mesi dall'intervento, un altro a 9 mesi e successivamente a scadenza annuale.

6b – Commenti e precisazioni

Nei soggetti sintomatici (sintomi emisferici congrui) con stenosi carotidea ipsilaterale significativa (> 70 % secondo il metodo NASCET) e senza deficit neurologico grave, è indicato l'intervento chirurgico di endoarterectomia, purchè l'incidenza di ictus e morte perioperatoria del centro chirurgico di riferimento sia inferiore al 3%.

8. L'INFORMAZIONE AI PAZIENTI E AI FAMILIARI

8a - Sintesi e raccomandazioni

Raccomandazione 8.1 a Grado B

È indicato informare pazienti, familiari ed amici e porli in condizione di apprendere cause e conseguenze dell'ictus, nonché obiettivi, decorso e prognosi della riabilitazione, e possibilità di collaborazione terapeutica.

Raccomandazione 8.1 b Grado B

È indicato addestrare a fondo familiari ed altri potenziali *caregiver* su approcci decisionali e tecniche di intervento per poter garantire un supporto efficace.

8b – Commenti e precisazioni

Il sostegno al paziente e alla famiglia, l'informazione e l'educazione durante la fase acuta

L'ictus è sicuramente un evento devastante sia per il paziente che per la famiglia. Se il paziente sopravvive deve affrontare le disabilità, a volte per tutta la vita. I familiari devono imparare a sostenerlo e ad adattarsi a un nuovo e diverso tipo di rapporto. In questo periodo è importante dare assistenza ai familiari e aiutarli ad affrontare con realismo quello che è successo. Ansia e stress spesso interferiscono con la capacità del paziente e dei familiari di comprendere quello che è successo: arrivare alla comprensione, e non limitarsi alle spiegazioni, dovrebbe essere l'obiettivo dell'educazione sanitaria.

Nel caso del paziente con ictus la comunicazione, diretta e con i suoi familiari, rappresenta non solo un atto dovuto, ma un aspetto fondamentale del processo di riabilitazione complessiva .

E' quindi indicato informare fin dall'inizio il paziente stesso, se possibile, e i suoi familiari delle cause e delle conseguenze dell'ictus, nonché degli obiettivi , del decorso, della prognosi e della riabilitazione.

E' opportuno che i familiari vengano posti a conoscenza dei trattamenti che vengono effettuati e soprattutto al momento dell'avvio della riabilitazione, siano resi consapevoli del progetto riabilitativo nel complesso e della necessità della collaborazione della famiglia per portarlo a termine.

La complessità delle informazioni da dare è tale che è opportuno che la comunicazione non venga lasciata al caso, ma si provveda a codificare tempi, modi e spazi adeguati, perché la stessa avvenga in modo proficuo tra il team che gestisce il paziente in ospedale e chi poi avrà in carico l'assistenza del paziente a domicilio. A questo scopo si raccomanda di individuare fin da subito un referente del team e un interlocutore privilegiato tra i familiari, in modo da facilitare la trasmissione delle informazioni e la acquisizione di consapevolezza rispetto al ruolo fondamentale che la famiglia dovrà svolgere.

E' importante che da tale processo non venga escluso il medico di medicina generale, che al momento della dimissione dovrà prendere in carico il paziente.

A tal proposito è indicato che la comunicazione tra il medico di medicina generale e il medico del team ospedaliero avvenga periodicamente durante l'intero decorso della fase acuta, anche attraverso vie preferenziali stabilite ad hoc.

Al momento della dimissione, della quale è opportuno informare la famiglia con due o tre giorni di anticipo, al paziente dovrà essere consegnata una lettera di dimissione nella quale saranno contenute non solo le informazioni relative al decorso della malattia in ospedale, alla prognosi *quoad valitudinem*, al programma terapeutico e assistenziale, ma anche agli aspetti relativi al progetto riabilitativo nel suo complesso.

9. RIABILITAZIONE

9a - Sintesi e raccomandazioni

Sintesi 9-1

Per riabilitazione si intende tutto quel complesso di abilità e funzioni coordinate poste in atto per sfruttare il potenziale di recupero del paziente al fine di restituirgli quanto più possibile la sua autonomia nelle attività quotidiane della vita, riducendone il grado di dipendenza. La probabilità di successo dell'assistenza riabilitativa è definita sulla base di indicatori prognostici che consentono di individuare opportunamente l'utilizzo di risorse.

Sintesi 9-2

L'assistenza riabilitativa richiede l'elaborazione, da parte dello specialista competente, di un progetto individuale che si inserisce in un più generale progetto assistenziale, che definisce il setting e gli interventi riabilitativi nell'ambito di un approccio multiprofessionale che include il medico di medicina generale. Un solo operatore sanitario dovrebbe coordinare l'intero piano dei servizi domiciliari necessari.

Sintesi 9-3

Gli obiettivi dell'assistenza sanitaria ad un paziente che ha subito un ictus comprendono:

- la limitazione della comorbidità;
- la prevenzione delle recidive;
- la definizione della prognosi;
- il potenziamento del recupero dell'autonomia.

Sintesi 9-4

Sulla base della stabilità delle condizioni cliniche, dell'autonomia residua, dello stato mentale, della resistenza all'attività fisica e del supporto familiare è opportuno scegliere il setting riabilitativo fra l'ambiente ospedaliero (reparto internistico o riabilitativo), la residenza socio-assistenziale, l'ambulatorio di riabilitazione, ed il domicilio.

Sintesi 9-5

Il bilancio clinico finalizzato alla redazione del progetto e del programma riabilitativo prevede la valutazione delle condizioni generali, dei fattori sociali, delle prestazioni motorie e cognitive, dello stato emotivo e del comportamento, della comunicazione, del supporto familiare e dell'autonomia.

Sintesi 9-6

Le caratteristiche generali del processo di contenimento della disabilità residua sono espresse da:

- acquisizione di prestazioni utili nella vita quotidiana del paziente;
 - addestramento basato su istruzioni chiave ed esercizi di difficoltà crescente;
 - acquisizione di adeguata sicurezza nella realizzazione delle prestazioni;
 - ripetizione autonoma a domicilio delle attività apprese nelle sedute riabilitative.
-

Raccomandazione 9.7 a Grado: C

È indicato mobilizzare il più presto possibile il paziente con ictus acuto, compatibilmente con le condizioni cliniche.

Raccomandazione 9.7 b Grado: C

Non appena lo consentono le condizioni cliniche è indicato incoraggiare il paziente a dedicarsi alle attività di cura della persona, proponendo, se necessario, strategie compensatorie.

Sintesi 9-7

Il recupero delle attività motorie avviene mediante tecniche di:

- facilitazione in caso di residui movimenti dell'arto;
 - compensazione in caso di scarse risorse residue e necessità di eseguire le prestazioni con metodiche alternative rispetto all'abituale;
 - apprendimento motorio quando è necessario acquisire una prestazione specifica senza esigenza di estendere il recupero ad altre attività.
-

Raccomandazione 9.8 Grado B

È indicato incoraggiare l'uso dell'arto colpito nei pazienti che presentano deficit funzionali e almeno un controllo residuo dei movimenti, associando esercizi e training funzionale diretti a migliorare la forza ed il controllo motorio, reimpostando le relazioni sensomotorie e migliorando le capacità funzionali.

Raccomandazione 9.9 a Grado C

Per la prevenzione dei traumi alla spalla è indicato un corretto posizionamento e sostegno.

Raccomandazione 9.9 b Grado C

Per la prevenzione dei traumi alla spalla **non sono indicati** vigorosi esercizi di mobilizzazione completa e forzata.

Raccomandazione 9.10 Grado C

Nei pazienti con ictus è indicato ricercare sistematicamente la presenza di depressione attraverso un'adeguata valutazione clinica, eventualmente integrata dall'uso di scale psicometriche.

Sintesi 9-8

Nel realizzare un progetto riabilitativo è indispensabile tenere conto delle esigenze del paziente in relazione a:

- informazione sulle caratteristiche della malattia,
 - prospettive future,
 - servizi di supporto a domicilio,
 - possibilità di adattamento dell'abitazione,
 - soluzione delle difficoltà psichiche,
 - possibilità di partecipazione ad attività lavorative e sociali.
-

Sintesi 9.9

Si ritiene indispensabile un intervento deciso da parte delle autorità politiche preposte al governo della sanità, nel campo della prevenzione dell'isolamento sociale attraverso misure assistenziali adeguate nella fase di cronicità.

9b – Commenti e precisazioni

Il contenimento della disabilità e la prevenzione dei danni terziari costituiscono una parte estremamente importante del recupero dei pazienti sopravvissuti ad ictus e sono concepite al fine di riportare il paziente ad una vita indipendente. Sebbene non in grado di influenzare il danno anatomico venutosi a creare dopo l'evento vascolare acuto, si prefiggono di valorizzare il potenziale residuo e le capacità di recupero del paziente, al fine di ripristinare quanto più possibile la sua autonomia nelle attività quotidiane della vita, riducendone il grado di dipendenza, ma anche di favorire se realizzabile il reinserimento nel contesto lavorativo [9].

L'assistenza riabilitativa richiede l'elaborazione da parte dello specialista fisiatra, in collaborazione con il team che segue il paziente, di un progetto individuale, che si inserisce in un programma assistenziale più generale, che va definito e avviato quanto prima possibile.

Anche nel caso di pazienti molto anziani, che hanno subito episodi ictali è necessario valutare l'opportunità di una strategia riabilitativa, che in tali casi si porrà solo obiettivi minimali, soprattutto di contenimento del danno.

Occorre ricordare che gli anziani colpiti da ictus presentano a parità di danno neurologico disabilità residue più gravi rispetto ai soggetti più giovani, a causa della più frequente presenza di patologie croniche associate. Peraltro, se per uno stesso grado di deficit neurologico i pazienti anziani mostrano una maggiore disabilità, quando sottoposti ad adeguato trattamento riabilitativo essi dimostrano una capacità di recupero funzionale globale equivalente a quello dei soggetti più giovani, nonostante un minor recupero neuromotorio. Ciò sembra ottenuto attraverso un utilizzo più vantaggioso di strategie di compenso fisiche, comportamentali, ambientali e sociali.

Il **bilancio clinico finalizzato** alla redazione del progetto e del programma riabilitativo prevede la valutazione delle condizioni generali, dei fattori sociali, delle prestazioni motorie e cognitive, dello stato emotivo e del comportamento, della comunicazione, del supporto familiare e dell'autonomia.

Le **condizioni motorie** residue sono valutate attraverso misure della

- spasticità (Scala di Ashworth)
- forza muscolare (indice di motricità di Demeurisse)
- destrezza motoria (Motor Dexterity Index)
- controllo posturale del tronco e del capo
- capacità generale di deambulazione (Categoria di Holden)
- patologia osteoarticolari associate

La eventuale **compromissione sensitiva** è valutata per discriminare l'esistenza di una ipoestesia parziale o globale, di un'anestesia oppure al contrario di una sindrome dolorosa distrettuale o di tutto un'emisoma.

Lo **stato cognitivo** va valutato attraverso l'esplorazione delle seguenti abilità:

- orientamento temporo-spaziale
- attenzione selettiva
- attenzione sostenuta
- orientamento spaziale all'attenzione
- integrazione senso-percettiva (visuo-motoria)
- rievocazione o riconoscimento a breve termine
- capacità di costruzione (abilità prassica)
- capacità adattative

Infine deve essere valutata la **comunicazione verbale**: i disturbi del linguaggio possono richiedere una valutazione di particolare dettaglio, che necessita di un'approccio specifico, che però spesso si realizza tardivamente nel corso dell'iter riabilitativo.

Per quanto riguarda le **condizioni psichiche** richiedono una verifica rispetto a:

- depressione dell'umore
- motivazione (consapevolezza del deficit e desiderio di recupero)
- relazioni interpersonali
- controllo dell'emotività
- caratteristiche qualitative e quantitative dell'ideazione

Il recupero del grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana viene valutata con apposite scale di misura, tra le quali vengono più comunemente utilizzate la Scala di Barthel, che monitorizza l'andamento del trattamento riabilitativo e la Oxford Handicap Scale.

In linea generale si può dire che in ambito motorio la verticalizzazione del paziente rappresenta un obiettivo motorio di base rispetto al recupero del cammino, così come risulta fondamentale il recupero dell'attenzione, per ogni programma di apprendimento di nuove prestazioni e una sufficiente motivazione è indispensabile per ottenere la collaborazione del paziente nella pratica riabilitativa.

Il programma riabilitativo deve porsi degli obiettivi in relazione all'età, al danno, alle patologie concomitanti e al contesto sociale, raggiungibili in un arco di tempo definito (3-6 mesi)

Tali obiettivi possono modificarsi durante l'iter riabilitativo, ma una volta raggiunti il paziente deve essere dimesso dal programma riabilitativo e eventualmente sottoposto a rivalutazione a congrua distanza di tempo (3-6 mesi).

I cosiddetti "cicli di mantenimento" non trovano indicazione nei pazienti stabilizzati.

Tabella 9:I – Opzioni di setting riabilitativo

Reparti internistici ospedalieri ai quali affrisce personale dedicato alla riabilitazione	quando i pazienti sono clinicamente instabili o moderatamente stabili, ma con numerosi problemi clinici che richiedono il controllo da parte di specialisti di diverse discipline; l'attività riabilitativa è limitata alla prevenzione delle complicanze da immobilità.
Reparti di riabilitazione intensiva	quando il paziente può tollerare almeno tre ore al giorno di trattamento (prevalentemente motorio), ma necessita di controllo medico giornaliero. Se il paziente è facilmente trasportabile ogni giorno, l'attività può realizzarsi come day hospital, consentendo un graduale riadattamento alla realtà domiciliare.
Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare (anche in RSA)	per pazienti che hanno raggiunto un discreto grado di autonomia o che debbono acquisire capacità specifiche per l'ambiente in cui vivono.
Riabilitazione ambulatoriale in strutture selettive	destinate a pazienti con disabilità specifiche e approccio dilazionato nel tempo.
Degenza in strutture di residenza sanitaria con attività riabilitativa	quando il paziente è in grado di sopportare un trattamento riabilitativo intensivo (almeno tre ore al giorno) senza necessità di controllo medico o con buone prospettive di recupero.
Degenza presso strutture residenziali a basso impegno riabilitativo	destinato a pazienti con scarse prospettive di recupero, il cui trattamento è mirato a mantenere i livelli di autonomia e che non sono in grado di essere gestiti a domicilio (per le barriere architettoniche o per inadeguatezza della rete assistenziale informale).

Tabella 9.2 – Diagramma decisionale per la riabilitazione

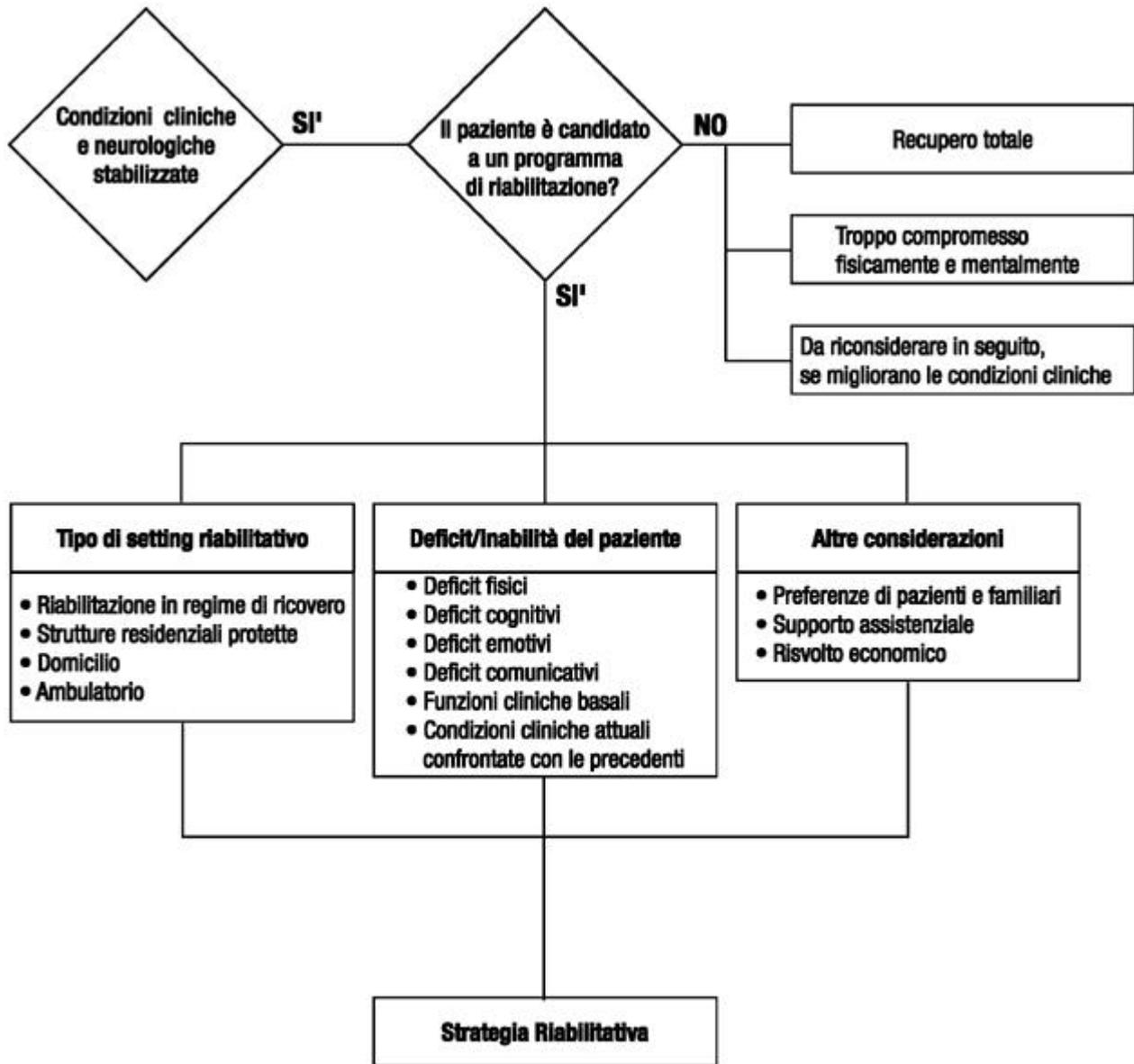


Tabella 9.3– Valutazioni necessarie al contenimento della disabilità residua dopo l’ictus

Valutazione clinica durante la fase acuta	scopi:	<ul style="list-style-type: none"> determinare eziologia, patologia e gravità dell’ictus; valutare la comorbilità; documentare il decorso clinico. 	<p>non proponibile per la riabilitazione se:</p> <ul style="list-style-type: none"> nessuna o minima invalidità; eccessiva compromissione per partecipare alla riabilitazione. In questo caso: fornire servizi di supporto; <p>riconsiderare e rivalutare in futuro se le condizioni cliniche migliorano.</p>
	quando:	all’ammissione e durante l’ospedalizzazione	
	da parte di:	<ul style="list-style-type: none"> medico dell’unità di terapia intensiva; personale infermieristico; consulenti operatori della riabilitazione 	
Screening riabilitativo	scopi:	<ul style="list-style-type: none"> identificare i pazienti che possono beneficiare della riabilitazione; determinare i setting riabilitativi più appropriati; identificare le problematiche su cui intervenire. 	<p>Assegnazione ad un programma riabilitativo interdisciplinare in strutture ambulatoriali, a domicilio, in reparto ospedaliero o in struttura residenziale protetta.</p> <p>Proposta di riabilitazione individuale (infermieri professionisti, fisioterapisti, psicologi, logopedisti):</p> <p>stadi di valutazione come per un programma interdisciplinare</p>
	quando:	appena le condizioni cliniche si sono stabilizzate	
	da parte di:	operatori della riabilitazione	
Valutazione all’ammissione	scopi:	<ul style="list-style-type: none"> validare le decisioni; sviluppare il progetto riabilitativo; fornire il riferimento basale per monitorizzare i progressi. 	
	quando:	entro:	<ul style="list-style-type: none"> tre giorni lavorativi per un programma intensivo; una settimana per un programma ospedaliero meno intensivo; tre visite per un programma ambulatoriale o domiciliare.
	da parte di:	operatori della riabilitazione/équipe riabilitativa	

Valutazione durante la riabilitazione	scopi:	<ul style="list-style-type: none"> • valutare i progressi; • personalizzare il trattamento; • fornire elementi per la dimissione.
	quando:	<ul style="list-style-type: none"> • settimanalmente per un programma intensivo; • almeno ogni quindici giorni per programmi meno intensivi.
	da parte di:	clinici della riabilitazione/équipe riabilitativa
Valutazione dopo la dimissione	scopi:	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione dell'adattamento all'ambiente domestico; • valutazione delle necessità di servizi riabilitativi continuativi; • valutazione degli oneri del caregiver.
	quando:	<ul style="list-style-type: none"> • entro un mese dalla dimissione; • ad intervalli regolari durante il primo anno.
	da parte di:	<ul style="list-style-type: none"> • clinici della riabilitazione; • medico responsabile.

Mobilizzazione precoce

Definizione: l'inizio della fisioterapia entro i primi 2-3 giorni (dal giorno del ricovero)

Raccomandazioni

- Non posizionare il paziente sul lato plegico (salvo diversa indicazione data dal fisioterapista).
- Per il mantenimento di posture corrette nel letto utilizzare cuscini (almeno 3: 1 per la testa, 1 per l'arto superiore, e 1 per l'arto/i inferiore/i) e l'archetto (per ridurre il peso delle coperte che limita i movimenti dell'arto inferiore e causa deformità del piede).
- - Prima di mobilizzare il paziente in carrozzina è opportuno fare un tentativo nel letto (gambe fuori dal letto con sostegno per i piedi e per la schiena), già in seconda-terza giornata.
- Se il paziente non presenta problemi pressori, già dal giorno dopo si può mobilizzare in carrozzina, anche in assenza di controllo del tronco, anche in assenza di controllo del tronco.
- Il sollevatore va utilizzato per tutti i casi in cui è indicato sia per prevenire eventuali traumi al paziente che per evitare pericolosi sforzi all'operatore.
- Il fisioterapista deve costantemente informare il personale infermieristico sul recupero del paziente per rendere uniforme la modalità di approccio con il paziente stesso
- Anche quando il paziente viene posizionato in carrozzina vanno osservate le regole (che non devono mai essere dimenticate) per la corretta postura dell'arto superiore e di quello inferiore (per mezzo del tavolino o di cuscini e/o cuscinetti) e anche per il tronco (con cuscinetti o asciugamani /lenzuola arrotolati come sostegni laterali).
- Per portare l'attenzione del paziente verso l'emisoma colpito sarebbe utile che il lato plegico fosse rivolto verso la porta o verso il centro della stanza anziché verso il muro (appena possibile andrebbe cambiata la posizione del letto, se al momento del ricovero non c'era un posto libero adeguato).
- Il comodino va lasciato dalla parte plegica per indurre tutti a rivolgersi al paziente da quella parte (pazienti, infermieri, volontari, etc...). Quando il paziente migliora, può essere utile portare il comodino dal lato sano per stimolare il recupero delle sue potenzialità, evitando continui spostamenti e cadute sulla spalla plegica.
- Almeno nella fase acuta, il paziente va posizionato ogni due/tre ore, anche di notte. Ogni volta che lo si cambia o lo si lava, il paziente va posizionato in modo diverso da come lo si è trovato.
- Il paziente va posto sul materasso più adatto alle sue condizioni sin dall'inizio della degenza
- E' necessario che tutti gli operatori sanitari che si occupano delle persone colpite da ictus seguano un breve corso di formazione per apprendere come effettuare gli spostamenti e i trasferimenti del paziente (nel letto e dal letto alla carrozzina e viceversa) nel modo più veloce, economico, sicuro e corretto.
- E' necessario che tutti i reparti che assistono pazienti con ictus si dotino del materiale specificato nell'elenco allegato

Elenco dei materiali che doevono essere disponibili in reparto (da richiedere se non presenti)

- Calze elastiche (richiedere in farmacia)
- Fasce addominali
- Gilet (ed eventualmente polsini) di contenzione
- Reggibraccia (il modello è in guardaroba)
- Cuscini in gommapiuma rivestiti in gomma (in materasseria)
- Cunei in gommapiuma rivestiti in gomma (in materasseria)
- Tubo in rotolo per la ginnastica respiratoria
- Pedane in legno (in falegnameria)
- Tavolette per i trasferimenti (in falegnameria)
- Tavolini per le carrozzine (in falegnameria)
- Archetti apribili
- Tavolini sul carrello
- Rialza-water
- Bastoni ad un appoggio (dx-sn) regolabili in altezza
- Girello
- Tripodi
- Deambulatore
- Comoda
- Cuscini di misure diverse (grandi, medi, piccoli)
- Corrimano nel corridoio
- Maniglie vicino ai servizi (wc, bidet, lavabo) sui due lati
- Specchio all'altezza della carrozzina (inclinabile)
- Zanche per appendere le spondine nelle stanze (fabbro)
- Carrozzine nuove
- Sollevatore elettrico
- Porte dei bagni scorrevoli o con apertura verso l'esterno.

ISTRUZIONI PER I PARENTI

E' importante che ai parenti o ai visitatori abituali vengano fornite alcune norme di comportamento a vantaggio della persona ricoverata

- 1) Non afferrare mai la spalla malata da sotto l'ascella (per evitare i traumi della spalla)
- 2) Non dare al paziente palline di nessun tipo da stringere con le mani (per il rischio di rigidità)
- 3) Non mettersi dal lato sano, ma dal lato malato, cercando di portare l'attenzione del paziente da quel lato.
- 4) Prima di dare da bere o da mangiare al malato è necessario chiedere il consenso al personale sanitario
- 5) Il bicchiere dell'acqua non deve essere troppo pieno (per evitare che l'acqua vada di traverso e/o che il paziente se la rovesci addosso).
- 6) Controllare che i bocconi non siano troppo grossi e che i cucchiari non siano troppo pieni (per evitare che il cibo vada di traverso).

Avvisi per i ricoverati e per i loro parenti

In ogni reparto dovrebbero essere affissi cartelli indicanti gli orari di ricevimento di medici, assistente sociale e caposala e il numero di telefono per comunicazioni urgenti.

Es: il Medico di reparto (la caposala) (l'assistente sociale) riceve
il giorno dalle orealle ore.... (tel 02 6444 -....)

DIMISSIONE

- Sin dai primi giorni è opportuno definire un programma di massima e valutare quanti giorni di ricovero sono necessari (per la stabilizzazione del quadro clinico, per l'inizio della fisioterapia, per completare le indagini di tipo diagnostico, etc.)
- E' importante garantire il coinvolgimento dei parenti
- Già dopo una settimana di trattamento il fisioterapista dovrebbe essere in grado di stabilire il programma di dimissioni (se il paziente necessita il trasferimento in reparto di riabilitazione, se può proseguire ambulatoriamente, se dovrà proseguire a domicilio, tramite l'A.D.I. o i servizi di FKT - ASL, Don Gnocchi, etc-, o al contrario non sarà più in grado di vivere da solo.
- Il programma post- dmissione deve essere elaborato da: medico (neurologo ed eventualmente fisiatra), caposala e infermieri (per stabilire i bisogni assistenziali), fisioterapista (per il potenziale riabilitativo) in collaborazione con l'assistente sociale (sia per un trasferimento presso altre strutture riabilitative e non, sia per il ritorno a domicilio)

COMUNICAZIONE PER I PARENTI DEI PAZIENTI RICOVERATI

L'ospedale fornisce per ogni ammalato zucchero, acqua, biscotti, marmellata -

Per *garantire* una migliore gestione del paziente si richiedono ai parenti i seguenti oggetti:

- 1 bicchiere di plastica dura (tipo quello per bambini, non rovesciabile con coperchio di chiusura e beccuccio)
- 2 asciugamani grandi
- 2 asciugamani ospiti
- 1 manopola di spugna
- 1 pettine e/o spazzola
- 1 paio di forbicine (tronchese)
- 1 confezione di sapone liquido
- 1 confezione d'acqua di colonia
- 1 confezione di salviette umidificate
- 1 spazzolino
- 1 confezione di dentifricio
- 1 confezione di tovaglioli di carta
- 1 tovaglietta con tovagliolo di stoffa
- 1 confezione di fazzoletti di carta
- qualche cannuccia per bibita
- 2-3 magliette intime (meglio il tipo a canottiera, di cotone o lana/cotone)
- 2-3 mutande
- per gli uomini: pigiama (con la giacca aperta fino in fondo, meglio se con automatici o velcro applicato)
- per le donne 3 camicie da notte (a manica corta o senza elastici in fondo alle maniche, aperte sul davanti meglio se con automatici o velcro applicato) o 3 pigiami come per gli uomini
- 3 paia di calze comode, corte e con elastici che non stringano
- 1 paio di pantofole chiuse anche dietro con la suola di gomma e il tacco basso meglio se con cerniera o velcro di chiusura, sempre di un numero maggiore rispetto a quello delle scarpe che porta abitualmente il paziente
- 1 calzascarpe -
- 1 specchio da appoggio
- 1 sacchetta capiente per contenere i prodotti per l'igiene personale
- 1 golf scialle
- 1 vestaglia o giacca da camera
- giaccone da far indossare al paziente quando è portato all'esterno del reparto
- per gli uomini 1 confezione di schiuma da barba e 1 confezione di dopobarba (si ricorda che il barbiere dell'ospedale passa solo due giorni alla settimana)

Da ricordare:

- per gli indumenti in genere sono meglio il velcro e gli automatici rispetto ai bottoni e alle cerniere
- per le scarpe il velcro e le cerniere rispetto alle stringhe
- sono preferibili gli indumenti di tessuto elastico e non sintetico (meglio la maglia di cotone rispetto alla tela di cotone) per essere indossati più facilmente gli indumenti dovrebbero essere di una misura in più rispetto a quella usata abitualmente dal paziente
- per i pantaloni è meglio l'elastico, senza bottoni di chiusura
- se il paziente usava occhiali, apparecchi acustici, protesi dentale o altro tipo di ausilio si raccomanda di portarli in ospedale (per le protesi è indispensabile l'apposito contenitore)
- per i prodotti di pulizia meglio quelli con dosatore o tappo che si possa aprire e chiudere con una mano sola; sono da evitare tutti i prodotti con il tappo a vite.