

CONOSCERE L'ICTUS

Pensa al tuo cervello:
l'ictus cerebrale si può prevenire e curare

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



A.L.I.Ce. Italia Onlus

Associazione per la Lotta
all'Ictus **Cerebrale**

www.aliceitalia.org



Testi a cura di:

Carlo Gandolfo per il gruppo di lavoro A.L.I.Ce. Liguria,
Giuseppe Micieli per il gruppo di lavoro A.L.I.Ce. Pavia,
Arturo Consoli, Ugo Dimanico, Serena Galliani,
Antonia Nucera, Simone Vidale e AA.VV.

Progetto e coordinamento editoriale: Nicoletta Reale

Progetto e realizzazione grafica: Nicolò Bosio

Illustrazioni originali: Marco Penatti e Pietro Galletti

Realizzazione: ARTI GRAFICHE BICIDI - Genova

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

© 2014, Federazione A.L.I.Ce. Italia Onlus

Si ringrazia COVIDIEN
che ha contribuito alla realizzazione di questo libretto



COVIDIEN

PRESENTAZIONE

La riedizione del nuovo libretto intitolato ‘Pensa al tuo cervello: l’ictus si può prevenire e curare’ è una delle iniziative divulgative della Federazione A.L.I.Ce. Italia Onlus per far conoscere alle persone che ne sono state colpite e ai loro familiari la patologia, le sue cause, come prevenirla e nello stesso tempo offrire gli strumenti di base necessari ad affrontare e risolvere al meglio le disabilità causate dall’ictus.

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

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

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

Maria Luisa Sacchetti
Presidente Onorario
A.L.I.Ce. Italia Onlus

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

Costituiscono un preciso diritto delle persone i seguenti punti:

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



A.L.I.Ce. è l'acronimo di Associazione per la Lotta all'Ictus Cerebrale ed è una Federazione di associazioni regionali cui aderiscono tutte le regioni italiane. E' un'associazione di volontariato libera e non lucrativa, l'unica in Italia formata da persone colpite da ictus e loro familiari, neurologi e medici esperti nella diagnosi e nel trattamento dell'ictus, medici di famiglia, fisiatristi, infermieri, terapisti della riabilitazione, personale socio-sanitario e volontari. L'attività degli aderenti è basata sul volontariato e i finanziamenti derivano prevalentemente dai contributi dei soci e degli enti pubblici.

A.L.I.Ce. Onlus nasce ad Aosta nel 1997 su iniziativa del Dottor Giuseppe D'Alessandro; grazie al suo impegno costante, nell'arco di pochi anni sono state fondate Associazioni A.L.I.Ce. capillarmente su tutto il territorio nazionale. Nel 2004 viene fondata la Federazione A.L.I.Ce. ITALIA Onlus, presieduta dallo stesso D'Alessandro fino al 2007. L'attuale Presidente di A.L.I.Ce. ITALIA Onlus è l'Ing. Paolo Binelli. Come detto, A.L.I.Ce. è una Federazione di associazioni regionali, ciascuna rappresentativa di numerosissime realtà A.L.I.Ce. territoriali. Sono associazioni non lucrative, democratiche, apolitiche, con personalità giuridica e non, iscritte nei registri regionali delle associazioni di volontariato. Pur autonome ed indipendenti nelle proprie attività, collaborano al raggiungimento di comuni obiettivi a livello nazionale. Oltre all'acronimo e al logo, tutte hanno in comune lo stesso scopo.

Obiettivo comune è infatti quello di migliorare la qualità della vita delle persone colpite da ictus, dei loro familiari e delle persone a rischio.

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

- DIFFONDERE l'informazione sulla curabilità della malattia, specialmente perché questa coinvolge, oltre agli anziani per i quali i margini di recupero sono più ampi di quanto non si creda, giovani, donne in età fertile, adulti e bam-



bini.

- CREARE un collegamento tra pazienti, familiari, neurologi, medici di base, fisiatristi, infermieri, terapisti della riabilitazione e personale sanitario coinvolto dalla malattia al fine di facilitare al massimo il recupero funzionale, limitare le complicanze e consentire un rapido inserimento della persona colpita da ictus nell'ambiente familiare, sociale e lavorativo, nei casi potenziali.
- FACILITARE l'informazione per un tempestivo riconoscimento dei primi sintomi così come delle condizioni che ne favoriscono l'insorgenza.
- SOLLECITARE gli addetti alla programmazione sanitaria affinché provvedano ad istituire centri specializzati per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle persone colpite da ictus e ad attuare progetti concreti di screening.
- TUTELARE il diritto dei pazienti ad avere su tutto il territorio nazionale livelli di assistenza dignitosi, uniformi ed omogenei.

A tutt'oggi l'ictus cerebrale è considerata, a torto, una malattia incurabile ed ineluttabile.

Tuttavia, l'uso di farmaci specifici immediatamente dopo l'esordio dei sintomi può salvare i soggetti colpiti, oltre che ridurre le disabilità gravi.

Questo deve avvenire tipicamente nelle Unità di diagnosi e cura dedicate all'ictus (in inglese Stroke Unit; in italiano Unità Urgenza Ictus o Centri Ictus), che sono gestite da esperti, che, applicando protocolli definiti, salvano più vite di qualunque altro trattamento.

Ma soprattutto c'è da aggiungere e sottolineare che l'ictus è una malattia che si può prevenire, delineando trattamenti



mirati e personalizzati per le persone più a rischio.

E' stato ormai ampiamente dimostrato che una corretta prevenzione può evitare fino all'80% degli ictus, tenendo sotto controllo i principali fattori di rischio:

- Pressione Arteriosa
- Fibrillazione Atriale
- Glicemia (Diabete)
- Ipercolesterolemia
- Tabacco
- Alimentazione scorretta
- Inattività fisica.

Riepilogando, molti sono i luoghi comuni da sfatare, tra cui non ultimo, quello che si tratti di una malattia che colpisce esclusivamente le persone anziane.

In Italia, infatti, ogni anno più di 10.000 persone con età inferiore ai 54 anni ne vengono colpite (4.200 hanno meno di 45 anni) e molte di queste ne portano per anni gli esiti invalidanti.

L'ictus cerebrale è una malattia prototipica: un report della Organizzazione Mondiale della Sanità del 2005 riporta che, nei paesi non in via di sviluppo, questa malattia è la prima causa di invalidità e la seconda causa di morte.

I suoi costi, economici e sociali, non sono quindi marginali. Le circa 930.000 persone che in Italia portano gli effetti invalidanti della malattia, spesso, poi, vengono escluse dal mondo del lavoro, nonostante la capacità, la volontà e il bisogno di continuare a dare il proprio contributo lavorativo alla società.

E questo per le scarse conoscenze, l'ignoranza o l'impotenza di chi valuta un'eventuale inabilità al lavoro delle persone che hanno avuto un ictus.

E così appare particolarmente importante aderire e promuovere A.L.I.Ce. ITALIA Onlus perché l'attuale sistema socio-sanitario stenta sia a recepire i reali bisogni dei pazienti sia ad introdurre nella pratica quotidiana i risultati della



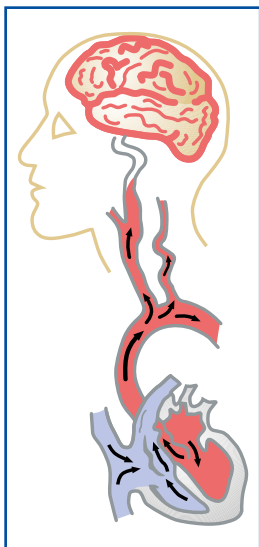
ricerca clinica, sulla quale, negli ultimi 20 anni, sono stati fatti enormi investimenti in termini di intelligenza, denaro e fatica. Tali investimenti hanno dato risultati certi sia per l'efficacia delle terapie sia delle modalità organizzative, eppure nessuno ne parla ancora con la dovuta considerazione.

Il sito nazionale di A.L.I.Ce. ITALIA è:

<http://www.aliceitalia.org/>

Visitandolo sarà possibile conoscere, oltre alle informazioni scientifiche, tutte le novità e le iniziative, sia a livello nazionale che regionale, come ad esempio quelle legate al mese della prevenzione (aprile/maggio) oppure quelle che avvengono in concomitanza della Giornata Mondiale di prevenzione dell'ictus, la cui data è stata stabilita dall'Organizzazione Mondiale WSO per il 29 ottobre di ogni anno.

2 • CHE COS'È UN ICTUS



Ictus è un termine latino che letteralmente significa colpo (in inglese stroke). In Medicina indica un danno cerebrale persistente dovuto a cause vascolari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo definisce come l'improvvisa (ecco perché ictus) comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto (è importante precisare che un intervento tempestivo può dare risultati insperati). L'ictus è una lesione cerebro-vascolare causata dall'interruzione del flusso di sangue al cervello dovuta a ostruzione o a rottura di un'arteria.



Quando un'arteria nel cervello scoppia o si ostruisce, fermando o interrompendo il flusso di sangue, i neuroni, privati dell'ossigeno e dei nutrienti necessari anche solo per pochi minuti, cominciano a morire.

Come un attacco di cuore, l'ictus può colpire improvvisamente, spesso senza preavviso e senza dolore.

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

3 • CHE COS'È UN TIA

Il TIA, abbreviazione di ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO (in inglese Transient Ischemic Attack), ha gli stessi sintomi di un ictus, ma i disturbi neurologici o oculari che lo caratterizzano si verificano molto velocemente e durano un tempo breve (da pochi minuti ad un'ora) e, per definizione, la loro completa remissione avviene entro le 24 ore dall'esordio. Chiamati anche 'mini stroke', questi segni di ictus sono dei veri e propri campanelli d'allarme, i più importanti, e devono essere presi molto seriamente, perché la loro manifestazione può precedere di qualche ora o giorno l'insorgenza di un ictus definitivo e quindi riconoscerli tempestivamente può significare scoprire le cause e curarle per tempo. Sebbene la maggior parte degli ictus non sia preceduto da un TIA, circa 1/3 dei pazienti che ha avuto un TIA avrà un ictus entro un anno.

Riconoscendo i segni di un TIA e raggiungendo l'ospedale in tempi brevi, la persona potrà essere valutata dai medici, sarà possibile identificare la causa e iniziare un trattamento.



to adeguato, medico o chirurgico, per prevenire un ictus più severo.

Contrariamente all'ictus il TIA non lascia danni al cervello.

4 • LE DIMENSIONI DEL PROBLEMA

L'ictus cerebrale in Italia rappresenta la terza causa di morte, dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie; è la prima causa assoluta di disabilità. Rappresenta, inoltre, la seconda forma più comune di demenza e si verifica maggiormente nella popolazione anziana (fino al 40% in più rispetto alla media).

La demenza vascolare è causata dalla presenza di lesioni cerebrali multiple di origine circolatoria.

I sintomi possono manifestarsi sotto forma di perdite progressive della memoria, confusione e altri segni.

Ogni anno si calcola che in Italia si verifichino oltre 200.000 nuovi casi di ictus (incidenza 2-3 pazienti/anno/1.000 abitanti) di cui l'80% sono i nuovi casi e la restante parte è costituita dalle recidive.

I soggetti che hanno avuto un ictus e sono sopravvissuti, con esiti più o meno invalidanti (prevalenza), abbiamo già visto che sono circa 930.000, il che significa che ogni anno un medico di famiglia italiano ha almeno 4-7 pazienti che vengono colpiti dalla malattia e deve seguirne almeno una ventina sopravvissuti con esiti più o meno invalidanti.

Circa il 20% delle persone colpite da ictus cerebrale per la prima volta muore entro un mese; un altro 10% entro il primo anno.

Fra le restanti, circa 1/3 sopravvive con un grado di disabilità spesso elevato, tanto da renderle non autonome, 1/3 circa presenta un grado di disabilità lieve o moderata che gli permette spesso di tornare al proprio domicilio in modo parziale-



mente autonomo e 1/3, i più fortunati o comunque coloro che sono stati colpiti da un ictus in forma lieve, tornano autonomi al proprio domicilio.

Coloro che sopravvivono con una disabilità importante spesso richiedono l'istituzionalizzazione in reparti di lungodegenza o in residenze sanitarie assistenziali; alcune famiglie, ma non tutte se lo possono permettere, si organizzano per ospitare il parente ancora a domicilio, spesso con il supporto di un assistente/badante. Inutile dire che i costi sia a carico delle famiglie che del sistema sanitario nazionale sono elevatissimi. Si calcola che una persona colpita da ictus costi nella fase acuta della malattia circa 10.000 euro.

L'invalidità permanente delle persone che superano la fase acuta determina negli anni successivi una spesa che si può stimare intorno ai 100.000 euro.

Sotto l'aspetto psicologico, personale e familiare poi, i costi non sono calcolabili: per tutti questi motivi, l'ictus rappresenta un vero e proprio problema sociale.

5 • ICTUS: A COSA È DOVUTO

Come detto, l'ictus è un danno dovuto a cause vascolari.

Il cervello riceve il sangue da diverse arterie (vasi sanguigni che dal cuore portano sangue e ossigeno in tutto il corpo): anteriormente da due arterie chiamate carotidi (destra e sinistra) e posteriormente dalle arterie vertebrali, che decorrono in entrambi i lati del collo.

Il cervello, per lavorare in modo corretto, ha bisogno più di qualsiasi altro organo di un continuo apporto di ossigeno e di nutrimento tramite il sangue, del buon funzionamento dei vasi sanguigni e della normale contrazione del cuore.

Il danno a questi vasi sanguigni può essere di due tipi:

- il vaso si può occludere (per aterosclerosi, trombi, coaguli, ecc..) e in questo caso parliamo di ictus ischemico (che rappresenta circa l'80% dei casi)



- il vaso può andare incontro a rottura (soprattutto per ipertensione, aneurismi, ecc.) e si parla di ictus emorragico (rappresenta il restante 20 % circa).

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

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

Nelle forme emorragiche una parte di un vaso si rompe e sanguina nel cervello circostante.

Il sangue si accumula e comprime il tessuto cerebrale intorno, distruggendo, con azione meccanica, una parte del cervello.

L'ictus emorragico rappresenta solo una piccola percentuale di tutti gli ictus, ma è il più grave e potenzialmente fatale,



ICTUS ISCHEMICO:

Il sangue non riesce ad arrivare al cervello che non riceve più nutrimento



EMORRAGIA CEREBRALE:

Si rompe un'arteria

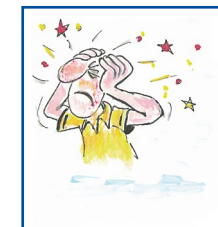


perché si verifica quando appunto un'arteria cerebrale si rompe.

Le cause possono essere diverse:

- brusco aumento della pressione arteriosa (in questo caso si verifica spesso un'emorragia cerebrale)
- rottura di un aneurisma, cioè di una porzione della parete di un'arteria malformata
- alterata coagulazione del sangue, per esempio in seguito a trattamento con farmaci anticoagulanti.

6 • ICTUS: COME SI MANIFESTA



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

Quali sono i sintomi improvvisi che devono mettere in allarme il soggetto non appena li avverte?

- non riuscire più a muovere (paralisi - plegia) o muovere con minor forza (paresi), un braccio o una gamba o entrambi gli arti di uno stesso lato del corpo
- accorgersi di avere la bocca storta
- rendersi conto di non sentire più, di sentire meno o in maniera diversa (formicolio), un braccio o una gamba o entrambi gli arti di uno stesso lato del corpo



- non riuscire a vedere bene metà o una parte degli oggetti (emianopsia)
- non essere in grado di coordinare i movimenti e di stare in equilibrio
- far fatica a parlare sia perché non si articolano bene le parole (disartria) sia perché non si riescono a scegliere le parole giuste o perché non si comprende quanto viene riferito dalle persone intorno (afasia)
- essere colpito da un violento e molto localizzato mal di testa, diverso dal solito

Se si ha uno di questi sintomi bisogna chiamare subito il 118!

7 • QUALI SONO I FATTORI DI RISCHIO

Con il termine fattori di rischio si intendono le condizioni personali o ambientali che predispongono ad ammalarsi e che aumentano quindi il verificarsi di questa grave patologia; possono essere classificati in non modificabili e modificabili. Alcuni fattori di rischio purtroppo non possono essere corretti:

- **ETA'**: l'incidenza di ictus aumenta con l'età, raddoppia ogni decade di vita dopo i 55 anni e aumenta quasi esponenzialmente dopo i 65
- **EREDITARIETA' E STORIA FAMILIARE**: avere un parente diretto (un genitore, un nonno, una sorella o un fratello) che è stato affetto da questa malattia comporta un rischio maggiore rispetto a chi ha familiarità negativa per ictus
- **ETNIA**: la popolazione di colore ha un maggior rischio di avere un ictus rispetto alla popolazione caucasica perché ha un alto rischio di ipertensione arteriosa, diabete e obesità
- **SESSO**: quello maschile è lievemente più colpito, specie nelle fasce di età più giovani, in quanto le donne sono



protette dagli ormoni sessuali almeno fino alla menopausa, ma più della metà dei decessi per ictus si verificano nelle donne. Dopo i 65 anni l'incidenza è la stessa, mentre dopo gli 80 risulta maggiormente affetto dalla patologia il sesso femminile, soprattutto perché le donne vivono più a lungo e sono perciò più numerose

- **STRESS** e ambiente in cui si vive.

MA NON BISOGNA SPAVENTARSI PERCHE' vi sono invece fattori di rischio che possono essere corretti con comportamenti adeguati o specifici trattamenti farmacologici:

- **IPERTENSIONE ARTERIOSA**: è il principale fattore di rischio sia per l'ictus ischemico sia per quello emorragico; si parla di ipertensione quando i valori della pressione si mantengono costantemente sopra i 140 di massima e gli 85 di minima
- **DIABETE MELLITO**: si definisce quando i valori degli zuccheri nel sangue (glicemia a digiuno) superano i 126 mg/dL
- **IPERCOLESTEROLEMIA**: livelli oltre la norma del colesterolo LDL (cattivo) e dei trigliceridi determinano l'incremento del rischio per ictus in proporzione all'aumento dei loro valori
- **FUMO DI SIGARETTA**: aumenta di due - tre volte il rischio di ictus e dipende dal numero di sigarette fumate al giorno e



dal numero di anni in cui si è fumato

- **CARDIOPATIE**: essendovi una stretta correlazione tra cervello e cuore, aritmie cardiache, in particolare la fibrillazione atriale, o anche la presenza di protesi valvolari, un recente infarto miocardico, un'endocardite infettiva o il forame ovale pervio, sono condizioni che aumentano il ri-



schio di ictus, soprattutto ischemico

- presenza di PLACCHE ATEROMASICHE a livello dei grossi vasi del collo (stenosi carotidea)
- OBESITA': favorisce l'insorgenza del diabete
- RIDOTTA ATTIVITA' FISICA
- EMICRANIA
- PILLOLA ESTROGESTINICA: sono a rischio le donne che la assumono e soffrono di emicrania e/o sono fumatrici
- ABUSO DI ALCOL: mentre una quantità moderata di vino rosso (mezzo bicchiere ai pasti) può essere un fattore protettivo, l'eccesso di alcool causa l'effetto contrario, aumentando il rischio di ictus.

Ci sono inoltre altri fattori di rischio quali i TIA e gli attacchi cardiaci.

Avere avuto un infarto cardiaco predispone ad un alto rischio di avere anche un ictus, perchè queste due patologie hanno in comune molti fattori di rischio quali l'ipertensione, l'ipercolesterolemia, il diabete, il fumo, l'inattività fisica e l'obesità.

Alcuni casi di ictus possono essere il sintomo di un disordine genetico come il CADASIL, che è un'encefalopatia causata dalla mutazione di un gene che porta un danno nella parte del vaso cerebrale, bloccando la circolazione del sangue.

Molti individui affetti da CADASIL hanno una storia familiare di malattia e ogni bambino nato da genitori con questa patologia ha il 50% di possibilità di ereditare tale disordine. Esistono infine altre patologie sempre di origine genetica più rare che possono portare all'ictus, che colpiscono una parte minima della popolazione.

8 • COME SI PUO' PREVENIRE UN ICTUS



SI PUO' PREVENIRE L'ICTUS? SI!

- Nella fase asintomatica, cioè prima che si manifesti la malattia: prevenzione primaria.
- Quando ci sono stati i primi campanelli di allarme, cioè dopo un primo TIA: prevenzione secondaria.
- Si può prevenire una recidiva quando si sia verificato un primo ictus: prevenzione terziaria.

In tutte e tre le situazioni, le tappe fondamentali sono: controllo dei fattori di rischio, cambiamento delle abitudini alimentari e dello stile di vita, cure mediche quando non siano sufficienti gli interventi comportamentali.

COME COMPORTARSI?

Oltre a controllare periodicamente la pressione arteriosa, i valori di glicemia e colesterolemia, bisogna astenersi dal fumo e non eccedere con il consumo di alcolici; è importante seguire la dieta mediterranea (ridurre il sale nei cibi ed evitare una dieta eccessivamente ricca di grassi di origine animale come i derivati del latte, carni grasse, salumi) e fare regolare attività fisica (è sufficiente praticare abitualmente un moderato esercizio fisico, come camminare, fare le scale, ballare, andare in bicicletta o in piscina: attività praticabili a tutte le età).



L'ictus si può prevenire e una quota non indifferente di casi (oltre 3 su 4) potrebbe essere evitata, seguendo alcune semplici norme di vita sana e identificando i fattori di rischio individuali, modificandoli in misura personalizzata.

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

Chi soffrisse già di ipertensione arteriosa:

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

Chi fosse già diabetico:

- deve controllare spesso i valori glicemici e attenersi scrupolosamente alla dieta e alle terapie prescrittegli
- dovrebbe smettere di fumare
- è consigliabile che controlli almeno 1 volta l'anno i valori di colesterolo nel sangue; se elevati dovrà seguire una dieta povera di grassi e, se necessario, assumere una terapia per ridurre i livelli di colesterolo



Chi è affetto da cardiopatie, in particolare da fibrillazione atriale:

- dovrà seguire una terapia antiaggregante o anticoagulante orale, per diluire il sangue e ridurre il rischio di ictus cerebrale embolico; in ogni caso dovrà eseguire periodicamente visite di controllo cardiologiche ed eventualmente



neurologiche

- è consigliabile che svolga attività fisica costante, almeno 2-3 volte alla settimana: non è necessario fare attività impegnative, è sufficiente camminare a passo sostenuto
- è consigliabile che si alimenti in modo corretto scegliendo cibi non troppo ricchi di grassi e di sale.
Adottare una sana dieta mediterranea è comunemente considerata un'efficace prevenzione dell'ictus!
- è consigliabile che non ecceda con il consumo di alcoolici, anche se mezzo bicchiere di vino rosso a pasto si può bere.

Un'alimentazione corretta e un'attività fisica costante permettono di mantenere anche un adeguato peso corporeo.

Anche l'obesità è infatti un fattore di rischio per ictus.

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

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

9 • COSA FARE QUANDO SI MANIFESTANO I SINTOMI

ICTUS E TIA SONO EMERGENZE MEDICHE

Se si riconoscono i sintomi di un ictus, anche nel caso in cui colpisca un congiunto, una persona a noi vicina, e, possibilmente, se ci colpisce personalmente, è necessario e importantissimo:

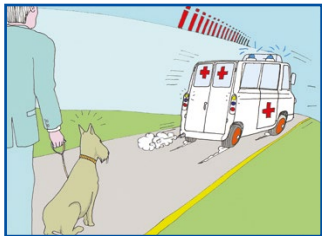
- NON perdere tempo, e CHIAMARE SUBITO IL 118, spiegando co-



sa sta accadendo

- **FARSI PORTARE IMMEDIATAMENTE NELL'OSPEDALE PIU' VICINO**, possibilmente dotato di Stroke Unit, cioè reparti adeguatamente attrezzati e con personale addestrato per gestire in maniera appropriata l'emergenza ictus
- **NON chiamare la guardia medica**: è una perdita di tempo inutile
- **NON rivolgersi al Medico di Famiglia (idem)**
- **NON aspettare che il sintomo passi da solo!!!**

Il 118 mette a disposizione personale qualificato, già in grado di effettuare una diagnosi e quindi di indirizzare negli ospedali dotati di reparti adeguati, attrezzati e competenti. La chiamata è gratuita da telefoni fissi, cellulari e cabine telefoniche.



La diagnosi e le cure precoci in ambito ospedaliero con la terapia appropriata possono evitare un aggravamento e le numerose complicanze che possono far seguito e nello stesso tempo riescono a ridurre le conseguenze invalidanti.

Bisogna ricordare che ogni momento perso è un neurone perso, un pezzetto del nostro cervello che muore!
IL TEMPO E' CERVELLO o, per dirla all'inglese, **TIME IS BRAIN!**

10 • COME SI CURANO GLI ICTUS

I risultati delle cure dei malati colpiti da questa patologia dipendono moltissimo dal trattamento medico e, ancor più, dall'assistenza.

Gli obiettivi degli interventi terapeutici sono quelli di ridurre e migliorare la disabilità delle persone colpite, prevenire le complicanze e l'insorgenza di un nuovo ictus.

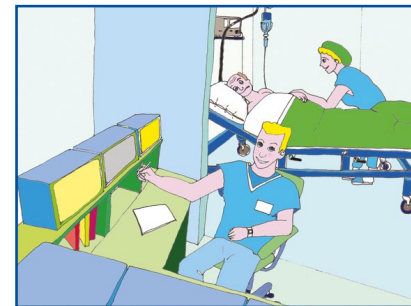


Tali obiettivi possono essere raggiunti tramite il sostegno delle funzioni vitali, la mobilitazione del paziente, stimolandolo ad essere il più possibile indipendente, e l'attenzione alle sue necessità assistenziali.

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

Poiché la persona colpita deve essere attentamente osservata durante le prime 24 - 48 ore, soprattutto con continua valutazione delle funzioni vitali e dei segni neurologici, anche per poter stabilire un programma di riabilitazione idoneo, è indicato che la stessa venga ricoverata in un reparto neurologico o, meglio ancora, in un Centro Ictus.

CENTRI ICTUS O STROKE UNIT



Questi reparti, altamente specializzati, ricevono unicamente la persona colpita da questa malattia. Gli aspetti qualificanti di queste Unità sono rappresentati da:

équipe multiprofessionale (medici, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale) che si occupa prevalentemente di ictus; personale

addetto solamente a quella patologia; continua formazione e aggiornamento del personale attivo nel reparto.

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

Essenziali sono la cooperazione medica multidisciplinare, in particolare quella neurologica, cardiologica e fisiologica, e



la facilità di accedere a mezzi diagnostici, quali TC, Risonanza Magnetica (RM), Ecodoppler, laboratorio per gli esami ematochimici, il tutto al fine di mettere in atto le terapie più idonee in maniera professionale e tempestiva.

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

L'organizzazione delle Stroke Unit si occupa di coloro che sono stati colpiti dagli ictus più gravi, quando la patologia è in fase acuta. Una particolare attenzione da parte del medico e del personale infermieristico viene attuata nei confronti dei problemi connessi all'immobilità o a posizioni scorrette, con possibili conseguenti danni alla cute, alle articolazioni, all'apparato respiratorio, a quello digerente e alla deglutizione.

Per prevenire le complicanze, si effettuano cure generali riguardanti la nutrizione in caso di problemi relativi alla deglutizione; si posiziona il catetere urinario (se possibile per tempi brevi) in caso di incontinenza; si suggeriscono le posizioni più idonee da tenere per evitare problemi muscolari o danni alle articolazioni delle spalle e delle anche; si favoriscono la ripresa della posizione seduta per ridurre il rischio di infezioni polmonari e, in un secondo tempo, la ripresa della stazione eretta. Durante la fase acuta e sub-acuta è possibile l'utilizzo di calze speciali per ridurre la possibilità di formazioni di coaguli nelle vene delle gambe.

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

TROMBOLISI O FIBRINOLISI E TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE

Fino a qualche anno fa il trattamento dell'ictus si basava esclusivamente sulla gestione clinica di prevenzione delle



complicanze e sulla fisioterapia. Oggi, grazie a importanti ricerche a disposizione, è possibile utilizzare un farmaco per l'ictus ischemico. Così come avviene nell'infarto cardiaco, l'ischemia cerebrale è provocata da una occlusione arteriosa. Tuttavia, intorno alla zona completamente danneggiata del cervello e con morte irreversibile dei neuroni cerebrali, esiste un'area, definita 'penombra ischemica', che contiene cellule cerebrali ancora in vita, ma parzialmente danneggiate.

Se il flusso sanguigno viene rapidamente ristabilito, è possibile salvare, almeno in parte, questa zona. È per questo che si è iniziato ad applicare un trattamento per l'ictus ischemico che permette la dissoluzione del trombo a livello arterioso, permettendo quindi un ripristino del circolo ematico e la potenziale sopravvivenza delle cellule cerebrali della penombra ischemica.

Il farmaco utilizzato è il derivato di una molecola che è già presente nel nostro organismo e che serve ad evitare che il sangue possa coagularsi in condizioni normali. Per la sua capacità a rompere e dissolvere il trombo, esso è chiamato trombolitico o fibrinolitico.

Purtroppo la somministrazione di questo farmaco non è esente da effetti collaterali. Il più importante è rappresentato, ovviamente, dall'emorragia che può avvenire a livello cerebrale oppure in altre sedi. Per questo motivo il trombolitico non può essere somministrato a tutti e i principali criteri per la sua infusione (viene iniettato nel circolo sanguigno) sono rappresentati dal tipo di ictus, cioè quello ischemico, e dal tempo, poichè deve essere somministrato entro 4 ore e 1/2 dall'esordio dei sintomi. Quest'ultimo criterio limita notevolmente il numero di persone che potrebbero beneficiare della terapia. Si è calcolato infatti che in Italia solo il 5% circa delle persone con ictus ischemico sono state trattate con il fibrinolitico. In più questa terapia può essere somministrata solo in centri specialistici che hanno determinate caratteristiche come la disponibilità 24 ore su 24 della TAC encefalo e la presenza di un medico esperto nella gestione della malattia.



Proprio per questi motivi diventa ancor più importante il rapido riconoscimento dei sintomi sospetti di un ictus cerebrale e la rapida chiamata del servizio 118 o l'immediato invio al Pronto Soccorso, stante il fatto che davvero il tempo è cervello.

TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE DELL'ICTUS ISCHEMICO ACUTO

Il sistema nervoso riceve ossigeno e nutrienti, necessari per svolgere tutte le attività, tramite il sangue che viene portato dal cuore al cervello attraverso le arterie. Alcune condizioni patologiche come quelle cardiache, disturbi della coagulazione, diabete, ipercolesterolemia e alcuni fattori di rischio, come il fumo di sigaretta o l'abuso di sostanze alcoliche, possono causare la formazione di coaguli all'interno delle arterie determinandone l'occlusione al loro interno e l'arresto del flusso sanguigno diretto al cervello.

Nell'ultimo decennio si è assistito ad una rapida evoluzione delle tecniche e dei materiali utilizzati dai neuroradiologi interventisti per la rimozione dei coaguli e il ripristino del flusso sanguigno all'interno dell'arteria. I sistemi inizialmente utilizzati sono stati attualmente sostituiti dalla categoria degli stent-like retriever: dei tubicini metallici (stent) che si aprono all'interno dell'arteria occlusa a livello del coagulo, e, aderendo alle pareti dell'arteria, hanno l'effetto di ricostituire un passaggio per il flusso sanguigno (effetto tunnel) dislocando il coagulo dal centro verso le pareti dell'arteria. Una volta stabilita una interazione tra lo stent e il coagulo, attendendo pochi minuti (5-10) si ha la possibilità di richiudere e ritirare indietro lo stent: ciò consente di catturare il coagulo e rimuoverlo dall'arteria (retriever, cioè che ne consente il recupero). Inoltre, è anche possibile distaccare il retriever (a seconda del tipo di stent utilizzato) e lasciarlo in sede per garantire il ripristino del flusso sanguigno nei casi in cui il recupero del coagulo non risulti efficace. Gli ultimi studi pubblicati hanno dimostrato una capacità di riapertura



dell'arteria occlusa in oltre l'80% dei casi per questo tipo di strumenti. È comunque importante sottolineare che una così elevata percentuale di successo per quanto riguarda la riapertura dell'arteria non corrisponde sempre ad un buon risultato clinico (tra il 50 e il 60% nei recenti studi sugli stent-like retriever). Questa discrepanza è legata prevalentemente al fattore tempo: se la ricanalizzazione (ovvero la riapertura del vaso sanguigno) è il fattore più influente, è altrettanto vero che più precocemente avviene (entro le 6 ore dall'insorgenza dei sintomi) e più alta è la probabilità di raggiungere anche un buon risultato clinico.

RIABILITAZIONE

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

Il trattamento dipende dalla gravità. Alcune persone hanno sintomi così lievi e un recupero spontaneo così rapido da non aver bisogno di essere inseriti in trattamenti riabilitativi. Il reinserimento nella vita sociale dopo una degenza ospedaliera causata da ictus risulta in genere molto difficile sia per il malato sia per la famiglia. La persona improvvisamente ha perso la propria autonomia, ha subito un danno fisico che in alcuni casi può persistere nel tempo e, in ogni modo, è costretta per un periodo più o meno lungo di tempo a mutare le proprie condizioni di vita familiare, affettiva e lavorativa.

Tutti i soggetti con ictus hanno bisogno di essere opportunamente istruiti e aiutati con adeguate terapie, ma soltanto per alcuni si rende necessaria una riabilitazione vera e propria.

A seconda della gravità della lesione a livello cerebrale, varia la possibilità del recupero delle funzioni motorie,



sensitive e cognitive (linguaggio, attenzione, memoria, percezione) del malato.

In alcuni casi le persone non hanno alcuna necessità di riabilitazione; in altre condizioni, invece, la lesione è talmente grave da non consentire un recupero immediato, ossia già evidenziabile durante il ricovero nel Centro Ictus; in altre situazioni ancora, il malato riesce ad ottenere dei risultati nelle prime settimane dopo la comparsa dell'ictus. In ogni caso, il trattamento riabilitativo eseguito dal fisioterapista in collaborazione con il fisiatra, risulta indispensabile e determinante per ciò che riguarda il recupero del movimento, della sensibilità e delle funzioni cognitive. Tale trattamento, eseguito in fase acuta già in ospedale, serve per prevenire delle complicanze quali rigidità e dolori articolari o lesioni da decubito, nonché a convogliare l'attenzione del malato verso il riconoscimento di determinati movimenti proposti dal fisioterapista per il recupero della coordinazione e/o della debolezza muscolare e della sensibilità tattile.

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

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

Una conseguenza dell'ictus, presente in almeno il 20-30% dei casi, che può comparire a distanza di mesi dopo l'evento acuto, è la spasticità, cioè un disturbo del movimento, che determina una condizione patologica nella quale alcuni muscoli perdono la capacità di rilassarsi adeguatamente durante il movimento volontario normale, dove, simultaneamente alla contrazione di alcuni muscoli, deve avvenire il rilassamento di altri, per permettere un movimento sciolto e armonico. La tossina botulinica è un farmaco, utilizzato da diversi anni, in grado di ridurre la spasticità, attraverso semplici iniezioni intramuscolari dei muscoli coinvolti, riducendo la tra-



smissione del comando dal nervo al muscolo (chemo-denervazione). E' un trattamento focale (agisce solo dove serve), graduabile e reversibile (l'effetto dura 3-6 mesi e poi deve essere ripetuto).

11 • QUALI SONO I PROBLEMI COMUNI DOPO ICTUS GRAVI

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

Tra i problemi più frequenti:



- **DOLORI ARTICOLARI**

Possono essere provocati sia dall'immobilità che dal mantenimento protratto di posizioni scorrette. Spesso, a causa della paresi dell'arto superiore, si possono avere dei traumi dovuti al peso stesso del braccio o allo stiramento della spalla, perché

il soggetto viene afferrato in modo non corretto, dall'arto paretico.

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

- **LESIONI DA PRESSIONE (DECUBITO)**

Si tratta di danni della cute in corrispondenza del punto di appoggio della cute stessa sul piano del letto o della sedia. Sono causate principalmente dall'immobilità che porta ad una



riduzione dell'afflusso di sangue, e quindi di nutrimento e ossigeno, nelle parti del corpo che sono sottoposte a pressione: spesso questo accade dove i tessuti sono compressi fra una prominenza ossea (essenzialmente fianco, glutei o tallone) e un piano rigido (del letto o della poltrona). Più lungo è il tempo di permanenza su queste zone e maggiore sarà il danno causato ai tessuti, che possono anche morire, determinando una lesione cutanea chiamata piaga o ulcera da decubito, la cui gravità va da uno stadio minimo, caratterizzato da un leggero arrossamento della pelle, ad uno massimo, in cui si formano profondi crateri che possono anche raggiungere il muscolo e l'osso.

Le lesioni si formano più frequentemente nelle persone che rimangono per lunghi periodi nella stessa posizione, a letto o sedute, che sono incapaci di muoversi, incontinenti, malnutrite o con scarsa lucidità mentale: evidentemente tanto è maggiore la presenza di queste condizioni quanto più aumenta la possibilità di incorrere nelle lesioni da decubito. Fortunatamente, si può diminuire il rischio, adottando provvedimenti quali cura e adeguata protezione della cute, corretta alimentazione e mobilitazione precoce.



• AFASIA E ALTRI DISTURBI COGNITIVI

Il soggetto destrimane con una emiparesi destra può avere difficoltà di comunicazione dovute alla lesione del centro cerebrale del linguaggio (afasia). L'afasia può essere di comprensione, quando la persona si esprime in modo fluente, ma non comprende ciò che le viene detto, oppure di espressione, quando, pur comprendendo ciò che le viene detto, non è in grado di poter esprimere verbalmente i concetti e le parole che ha in mente, fino all'assenza totale di espressione.

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

Il logopedista è la figura professionale che può fornire



aiuto, consigli e trattamento specifico per la rieducazione del linguaggio.

Nel caso in cui, anziché l'emisfero dominante (il sinistro nei destrimani) sia colpito quello non dominante, all'emiparesi, usualmente sinistra, si può associare una ridotta capacità di ricordare la parte sinistra del proprio corpo oppure la propria condizione di malattia.

• DIFFICOLTA' DI DEGLUTIZIONE (DISFAGIA)

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

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

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

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

Poiché molti di coloro che sono affetti da problemi di deglutizione sono anziani e possono presentare un'insufficienza a livello cognitivo, la possibilità di ottenere delle correzioni volontarie non è sempre garantita. Pertanto, la modifi-



ca della composizione dei cibi e dei liquidi resta spesso la terapia di prima scelta per molti di loro.

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

- **DEPRESSIONE DELL'UMORE**

L'ictus comporta l'improvvisa perdita di una o più funzioni neurologiche, facendo così trovare una persona, autonoma fino ad allora, in una condizione di perdita di alcune delle abilità precedentemente integre. Tale esperienza, come si è già accennato, comporta la necessità di adattamento alla sopravvenuta situazione e spesso vi è una reazione emotiva negativa, con riduzione del tono dell'umore, tristezza, senso di inutilità. Il supporto della famiglia e delle persone affettivamente legate è l'elemento più importante per superare tale passaggio. I sintomi più comuni sono dati dal persistere di uno stato di malinconia, dalla perdita di interesse nei confronti di ogni attività, dall'incapacità a concentrarsi, disturbi del sonno, inappetenza, eccessiva affaticabilità e calo d'energia, pianto immotivato, eccessiva ansia o irritabilità. Normalmente queste manifestazioni tendono a regredire spontaneamente durante la convalescenza, anche grazie al supporto e alle attenzioni dei familiari e del personale medico e infermieristico.

Bisogna incoraggiare la persona e sostenerla nell'affrontare la propria malattia, confortarla, stimolarla a riconoscere anche le più piccole conquiste che avvengono quotidianamente nella fase riabilitativa, sottolineando come qualsiasi miglioramento sia un passo avanti verso l'autosufficienza e l'autonomia. Vi sono peraltro alcune situazioni in cui la depressione è un sintomo dovuto direttamente alla lesione cerebrale. In questi casi, e laddove il supporto psicologico non sia sufficiente ad alleviare la sofferenza emotiva, può essere indicato l'uso di farmaci specifici, previo parere dello specia-



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

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

- **CEFALEA E ALTRI DOLORI**

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

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

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

- **PERDITA DI COSCIENZA**

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

- **DEMENTIA VASCOLARE**

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



notturna. Tale quadro si definisce demenza vascolare. La demenza dovuta a lesioni cerebrali è la seconda più frequente forma di demenza dopo la malattia di Alzheimer. La comparsa dei sintomi suddetti deve essere segnalata sempre al medico curante, anche perché si può spesso intervenire per attenuarli o controllarli.

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

• SPASTICITA'

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

12 • COME SI FA A RIDURRE IL RISCHIO DI UN ALTRO ICTUS

E' estremamente difficile prevedere chi avrà un altro ictus (recidiva) o chi ulteriori problemi neurologici o generali. Non è sempre vero che un altro ictus sia necessariamente un evento molto grave; infatti, alcune persone, che hanno avuto anche più di un ictus, riescono a condurre comunque una vita attiva e indipendente.

In genere chi ha superato il primo ictus è a rischio di ricaduta, specialmente nel primo anno dalla comparsa dell'evento: la possibilità è di circa il 10%, che si riduce alla metà



l'anno successivo, e ulteriormente in seguito.



• SPORT ED ESERCIZIO FISICO:

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

sercizio fisico provoca un aumento della pressione e della funzione cardiaca, per cui prima di riprendere attività impegnative e intense, occorre sempre un parere medico specifico.

• GUIDARE ED ANDARE IN AEREO

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

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

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

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

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



dico.

- **ATTIVITA' SESSUALE**

Non vi sono controindicazioni alla ripresa dell'attività sessuale dopo un ictus. Va tenuto presente che spesso le mutate condizioni fisiche e la differente percezione del proprio corpo possono comportare una riduzione del desiderio sessuale che può essere recuperato con fiducia e sensibilità. E' importante essere a conoscenza e sapersi adeguare alle conseguenze dei deficit motori, sensoriali e di attenzione, alla diminuita resistenza fisica e alla modificazione dell'autostima e dell'immagine corporea del proprio partner.

- **INTERVENTI CHIRURGICI**

In persone accuratamente selezionate, che presentano un grave restringimento (oltre il 70%) di un'arteria carotide nel collo, si può valutare l'opportunità di effettuare un intervento chirurgico volto alla pulizia del vaso arterioso. Tale intervento è semplice, necessita di una degenza breve, sicuramente riduce la probabilità di avere un altro ictus, ma non essendo privo di rischio, la sua indicazione deve essere valutata attentamente da medici esperti. In alternativa e in alcuni casi specifici, è possibile anche procedere al posizionamento di uno stent (palloncino e retina) che permette all'arteria di riaprirsi.

- **TRATTAMENTI FARMACOLOGICI**

Un'attenzione particolare andrà posta alla terapia che spesso alla dimissione viene prescritta. In particolare, il discorso è certamente più articolato per quanto riguarda l'ictus ischemico. Un primo tipo di terapia è rappresentato dai farmaci antiaggreganti: si instaura per impedire alle piastrine di aggregarsi, quindi serve a mantenere fluida la circolazione del sangue e a bloccare la formazione di eventuali trombi, cioè occlusioni dei vasi arteriosi e venosi. La scelta del farmaco è comunque di competenza specialistica. Il farmaco più usato sia nella fase acuta dell'ictus ischemico che per la prevenzione delle recidive è l'acido acetilsalicilico, che va assunto solo dietro prescrizione medica, anche perché può



provocare disturbi allo stomaco. Per chi non può assumerlo, esistono farmaci alternativi che hanno la stessa funzione. In alcuni casi, invece, viene instaurata una terapia anticoagulante. Essa rallenta la normale attività di coagulazione del sangue, impedendo la formazione di coaguli ed è indicata soprattutto in chi ha avuto un'embolia originata dal cuore, cioè l'ostruzione di un vaso da parte di un coagulo proveniente dal cuore. Almeno ogni 15-20 giorni bisogna controllare se la dose di farmaco è efficace, effettuando un prelievo di sangue e mantenendo il livello di coagulazione entro certi limiti, per evitare il rischio di emorragie. Da un anno sono poi disponibili anticoagulanti orali, prodotti da diverse case farmaceutiche che non richiedono controlli periodici e limitazioni dietetiche, riducendo il rischio di emorragie.

13 • COSA FARE QUANDO SI VIENE DIMESSI DALL'OSPEDALE

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

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

La presenza di un danno all'integrità biologica della persona conferisce il diritto al riconoscimento di un'invalidità civile, che viene valutata da un'apposita commissione per l'accertamento degli stati di invalidità, cui si deve rivolgere domanda per ottenere una valutazione collegiale del grado di



invalidità. Qualora questa sia totale (100%) e sussistano le condizioni di necessità di un accompagnatore perché la persona non è in grado di deambulare o non è in grado di svolgere gli atti della vita quotidiana, la commissione può riconoscere il diritto ad un'indennità di accompagnamento.

• IL RIENTRO A DOMICILIO

Se l'ictus non ha lasciato deficit particolarmente gravi, la persona potrà rientrare nella propria abitazione, riprendere le attività lavorative e le abitudini di vita precedenti. All'inizio molti si sentono affaticati e possono avere difficoltà di concentrazione, per cui al momento di rientrare al lavoro deve essere valutata l'opzione di un orario part-time. In ogni caso, non essendo possibile generalizzare un tipo di condotta ideale, è bene che ognuno faccia costantemente riferimento al proprio medico curante, che è legalmente il responsabile dell'assistenza a domicilio, e al medico che lo ha seguito durante la degenza ospedaliera, i quali dovranno consultarsi per programmare controlli periodici presso il neurologo e, qualora lo ritengano necessario, con gli altri specialisti del caso. Fra questi, quelli che comunemente vengono interpellati, sono il fisiatra, il cardiologo, il diabetologo, il geriatra, lo psichiatra e lo specialista in medicina interna.

Chi dovrà seguire un programma riabilitativo, con fisioterapisti e/o logopedisti o avrà necessità del supporto di personale infermieristico potrà organizzarsi sia al proprio domicilio sia negli ambulatori, come anche nelle strutture residenziali o in regime di day service. Nel caso di trattamenti riabilitativi in strutture esterne dovrà rivolgersi ai servizi territoriali preposti (vedi paragrafi successivi).

Figure professionali che collaborano frequentemente in questa fase sono gli infermieri, gli assistenti sanitari, gli assistenti sociali e i dietologi.

Molto spesso il rientro a casa è subordinato ad alcuni accorgimenti e può dipendere dal tipo di soluzione abitativa: la presenza, ad esempio, di caratteristiche strutturali della



casa quali scale interne e l'impossibilità a salirle, obblighino a compiere determinate modifiche oppure a svolgere altrove il programma riabilitativo.

Altrettanto determinante appare la presenza di una famiglia, supportata dai caregiver formali, che abbia la possibilità di essere presente e disponibile ad occuparsi della persona che ne ha necessità.

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

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

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

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

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



trattamento intensivo in soggetti di età non troppo avanzata. In alcuni casi purtroppo, quando le persone hanno avuto un ictus molto grave, vivono in una casa inadatta o sono sole, l'unica possibilità che rimane è quella di trasferirle in una struttura di lungodegenza dove possano ricevere l'assistenza di cui hanno bisogno. Questo tipo di problematica colpisce particolarmente i soggetti molto anziani, che spesso vivono soli o non hanno la possibilità di essere supportati. Mentre nel primo caso spesso è l'ospedale stesso che provvede alla possibilità di segnalazione e trasferimento in un istituto riabilitativo, in quest'ultimo caso la segnalazione deve essere fatta attraverso l'attivazione dei servizi sociali territoriali, il medico di famiglia e gli operatori specialisti. Altre soluzioni intermedie sono rappresentate da:

- Assistenza Domiciliare Integrata che, agendo sul territorio, mette a disposizione degli operatori sanitari che provvedono, al domicilio, all'assistenza alla persona colpita da ictus per particolari mansioni
- Centri Diurni che permettono durante le ore del giorno una assistenza a persone parzialmente autonome che necessitano però di sorveglianza o eventualmente di occupazioni.

14 • CONSIGLI PRATICI PER L'ASSISTENZA ALLA PERSONA COLPITA DA ICTUS

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

Esistono in commercio moltissime attrezzature, ausili e protesi, in grado di aiutare chi ha un impedimento nelle proprie abilità funzionali e nello stesso tempo incoraggiarlo a riacquistare la maggiore indipendenza in modo graduale.

Questi adattamenti dovrebbero essere utilizzati solo se gli altri metodi di recupero non si sono rivelati efficaci.



AUSILI

La fornitura di questi prodotti necessita di:

- domanda di invalidità
- invalidità accertata.

Tali documenti possono essere reperiti presso i Servizi Sociali territoriali, i Distretti Sanitari o consultando il proprio Medico di Famiglia. In alcuni casi, prima della dimissione, il personale ospedaliero compila già i moduli affinché possano essere consegnati al Distretto Sanitario locale. La fornitura avverrà successivamente nella stessa sede o al proprio domicilio. Per la prima fornitura è necessaria la valutazione e la prescrizione specialistica da parte di un Neurologo, un Fisiatra, un Geriatra o un Urologo.

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

AUSILI PER L'ALIMENTAZIONE

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

AUSILI PER TOILETTE E CURA PERSONALE

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

AUSILI PER I SERVIZI IGIENICI

- sedia comoda vicino al letto, traverse per il letto, paggallo, padella



- sedile del water elevato
- maniglie vicino al water.

AUSILI PER VASCA E DOCCIA

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

AUSILI PER VESTIRSI

- chiusure con velcro
- calzature elasticizzate
- calzascarpe a manico lungo.

AUSILI PER CAMMINARE

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

SEDIE A ROTELLE E CUSCINI

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

AUSILI PER GLI SPOSTAMENTI

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

AUSILI RICREATIVI

- distributore automatico di carte da gioco
- porta carte da gioco
- carte da gioco ingrandite
- libri su audio-cassette
- ausili per nuotare
- ausili per pescare (briglie, reggi canna)
- attrezzi da giardinaggio con maniglie.



ALTRI AUSILI DI USO FREQUENTE

- sacchetti raccolta urine
- sacchetti per stomie
- pannoloni
- traverse monouso
- materiale per medicazioni avanzate
- cateteri vescicali interni ed esterni
- cateteri monouso.

PROTESI

- letto ortopedico
- materassino/cuscino antidecubito
- poltrona comoda
- carrozzine pieghevoli
- deambulatori (girelli)
- sollevatori
- spondine per il letto.

PULIZIA E IGIENE

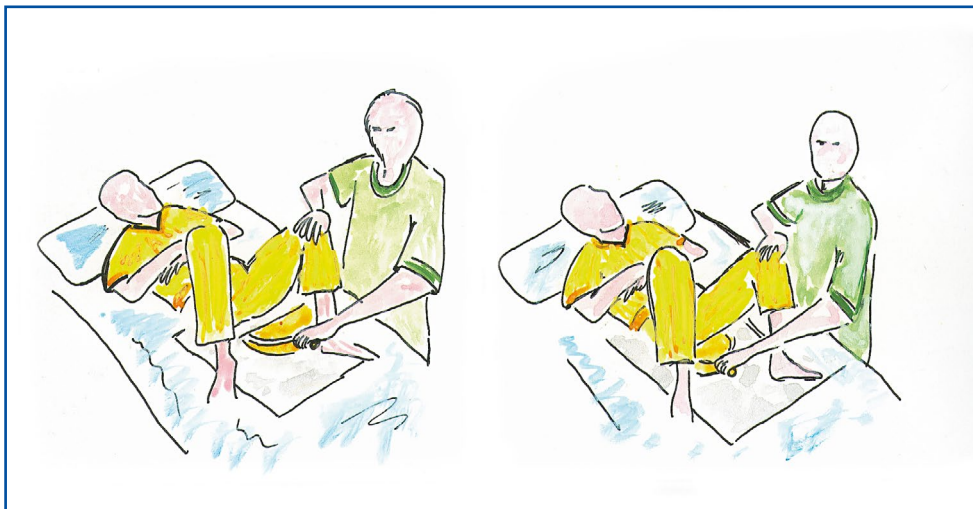
Come pulire la persona allettata?

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

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



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



Come pulire la persona in carrozzina o con ridotta motilità?

Se la persona ha un deficit intermedio che però non le consente una stazione eretta o è estremamente difficoltoso lo spostamento, si può procedere secondo lo schema precedente. Se invece è possibile lo spostamento, portare la persona ai servizi e procedere a seconda delle sue capacità funzionali residue, cercando di stimolarla a fare da sola.

Per l'igiene di viso, bocca e capo:

- in piedi o seduto davanti al lavandino procedere alla pulizia del viso utilizzando l'arto sano, mantenendo il braccio paralizzato sul bordo del lavandino
- sempre nella stessa posizione procedere alla pulizia dei

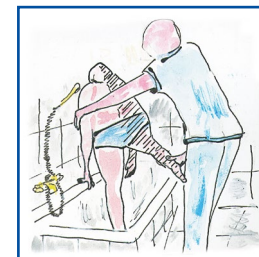
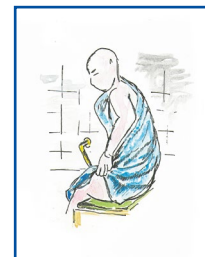
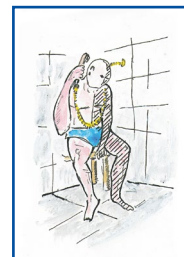


denti, appoggiando lo spazzolino sul lavandino se impossibilitato a mantenerlo in mano e successivamente strofinarsi i denti usando l'arto sano

- nella medesima posizione e davanti allo specchio procedere alla rasatura e/o pettinatura usando l'arto sano e mantenendo quello paralizzato sempre sul bordo del lavandino.

Per la doccia (usare sistemi con manico impugnabile):

- sedersi allo sgabello
- impugnare la doccia e lavarsi



- asciugarsi dapprima dal lato colpito e quindi da quello sano e per la schiena, passare l'asciugamano sulla spalla dell'arto paralizzato e farselo passare dietro.

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

- aiutata, la persona inizia ad entrare con l'arto sano, mantenendo il braccio sano sul bordo della vasca, mentre chi dà assistenza sorregge a livello del bacino
- spostata la mano sana sul bordo opposto, chi aiuta solleva l'arto paralizzato e lo pone all'interno della vasca
- lavarsi, utilizzando anche spugne con impugnatura lunga, soprattutto per la schiena
- al termine, la persona si mette a gattoni, quindi, appoggiandosi al bordo con la mano sana, si pone in piedi iniziando dall'arto sano e quindi esce dalla vasca usando il metodo di entrata.

Come vestire e far vestire la persona?

Per le persone allettate è meglio usare capi di cotone e allacciati anteriormente. Vestendole, bisogna iniziare prima dell'arto paralizzato e poi passare a quello sano. Per toglierle



re gli indumenti procedere in senso inverso.

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

Per pantaloni e biancheria intima far eseguire questi passaggi:

- far sedere la persona, se non lo è già
- accavallare l'arto paralizzato su quello sano
- infilare il gambale sulla gamba paralizzata
- appoggiare a terra l'arto paralizzato
- infilare il gambale nell'arto sano
- far alzare la persona, tirandosi l'indumento alla vita.

Per magliette o maglioni procedere come segue:

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

Per i calzini, in posizione seduta:

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



ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Come preparare la persona per i pasti?

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

Per la persona al tavolo, il braccio paralizzato deve essere appoggiato sul piano e in avanti.

Le posate devono essere distribuite uniformemente sulla tavola, come anche il cibo. In caso di difficoltà nella percezione totale dello spazio, il familiare deve stimolare la persona ad esplorare tutto il tavolo, preferendo inizialmente il posizionamento delle cose dalla parte maggiormente riconosciuta.

È possibile inoltre apportare modifiche alle posate e al bicchiere per migliorare la presa in caso di qualche movimento alla mano colpita dal disturbo.

• QUALI ALIMENTI SCEGLIERE?

Se la persona è incapace completamente di deglutire ed alimentarsi, è necessario procedere alla somministrazione di preparati artificiali, sotto controllo medico, che permettono una completa assunzione degli elementi nutrizionali. Soprattutto in questo caso sarebbero utili dei controlli ematici periodici per la valutazione del suo stato di nutrizione.

In caso di disfagia per i liquidi, i cibi da scegliere devono avere consistenza omogenea e semisolida, chiedendo alla persona di trattenere il respiro prima della deglutizione e di concluderla con un colpo di tosse per facilitare i meccanismi di difesa delle vie aeree.

Per chi non presenta tali difficoltà, la scelta del cibo dovrà seguire le regole già espresse nel paragrafo sulla prevenzione.

In generale, una buona alimentazione deve essere in grado di soddisfare le necessità nutritive della persona sia dal punto



di vista della qualità che della quantità di nutrienti e contemporaneamente contenere una giusta proporzione di carboidrati, lipidi, proteine, sali minerali e vitamine.

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

• QUANTO IDRATARE IL PAZIENTE?

Oltre all'alimentazione è fondamentale anche l'apporto di liquidi. Se non ci sono problemi di deglutizione o altre controindicazioni mediche, è necessario che la persona assuma circa 1,5 L di acqua al giorno. Ovviamente tale introduzione può essere anche apportata attraverso altre bevande quali succhi di frutta o tè. Nel caso in cui, invece, possano esserci saltuari episodi di disfagia, è possibile aggiungere sostanze addensanti, che non alterano né il sapore né il colore, a liquidi come ad esempio acqua, brodo, tè o caffè, di cui, tuttavia, è meglio limitare l'assunzione.

• COME GESTIRE LA NUTRIZIONE ENTRALE?

Come già citato in precedenza, in alcuni casi la nutrizione e l'idratazione non sono possibili. Per tale motivo vengono utilizzati dei presidi come il sondino naso-gastrico o la PEG.



In tali situazioni la nutrizione artificiale o l'eventuale cibo frullato possono essere somministrati con grosse siringhe (a boli) o con l'uso di pompe che permettono un controllo della velocità dell'inserimento. È importante che alla fine della somministrazione, il tubo venga accuratamente lavato immerdendolo nell'acqua con la siringa. Mentre la PEG è un dispositivo a permanenza, anche se può essere eventualmente tolto, il sondino dovrebbe essere sostituito ogni 3 settimane circa per evitare piccole ulcere a livello del naso. Il controllo di questi dispositivi deve essere fatto localmente, per valutare eventuali arrossamenti od odori fastidiosi: a livello del naso per il sondino e a livello dell'addome per la PEG.

• COME E QUANDO DARE LA TERAPIA?

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

• COSA EVITARE?

far mangiare o bere la persona quando è sdraiata o è seduta su un fianco

avere fretta

riempire troppo il bicchiere o il cucchiaino

tagliare il cibo in bocconi troppo grossi.

ELIMINAZIONE URINARIA ED INTESTINALE

Affinché la qualità di vita della persona colpita da ictus sia ottimale, dovrebbe sussistere una certa regolarità nell'eliminazione urinaria e intestinale. Questo non può prescindere da quanto appena detto, e cioè, se possibile, da una sana alimentazione, un adeguato apporto di liquidi e una mobilizzazione adeguata alla situazione. Se dovessero sussistere problematiche di stitichezza, dopo consulto medico, sarà bene instaurare un trattamento con dei lassativi. Ovviamente il discorso è dipendente dalle possibilità della persona a



percepire lo stimolo. Se questo viene a mancare o è allettata, bisognerà utilizzare dei presidi adeguati.

- COME POSIZIONARE LA PERSONA?

In caso di allettamento procedere come segue:

far sollevare o eventualmente aiutare a sollevare il bacino;

posizionare la padella sotto il bacino;

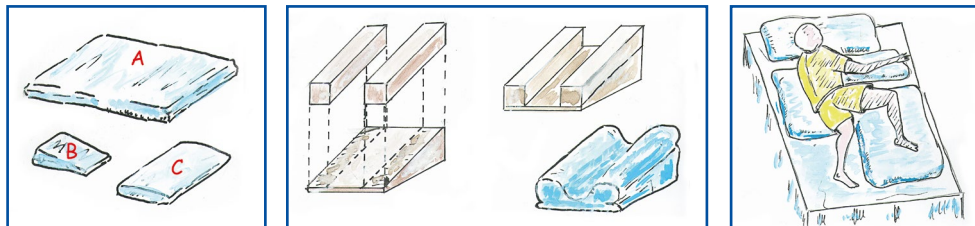
al termine detergere accuratamente la zona intima.

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

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

- QUALI PRESIDI USARE?

Oltre alla comoda, poiché l'incontinenza urinaria è il disturbo più frequente, sarà possibile usare per la donna il pannolone, mentre per l'uomo il dispositivo a condom. Le diverse taglie di pannolone consentono un agio maggiore, tuttavia devono essere controllati frequentemente, soprattutto per evitare arrossamenti e/o infezioni locali. Il secondo dispositivo assomiglia ad un preservativo cui è attaccata una cannuccia per la raccolta delle urine ed è consigliabile il suo utilizzo solo la notte. In situazioni più gravi o particolari, la persona può necessitare di catetere vescicale. In tal caso deve essere posta grande attenzione all'igiene intima che deve essere effettuata almeno due volte al giorno; il sacchetto delle urine va posizionato a caduta con possibilità ogni 24 ore di svuotamento. Questo presidio dovrebbe essere sostituito ogni 3 settimane da personale addetto.



MOVIMENTO

La persona allettata o con minime capacità di movimento autonomo di quali ausili necessita?

In una situazione come questa, la persona passerà la maggior parte del tempo o a letto o in carrozzina. Per tale motivo, al fine di evitare e prevenire danni quali le piaghe da decubito, le limitazioni muscolo-tendinee ed articolari e problemi respiratori e vescicali, è necessario provvedere al suo corretto posizionamento e ad una mobilitazione periodica.

In tal senso è utile il supporto di ausili, quali:

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

- COME POSIZIONARE LA PERSONA?

POSIZIONE SUPINA: è quella meno indicata perché favorisce lo sviluppo di piaghe da decubito:

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

POSIZIONE LATO PLEGICO:

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

POSIZIONE LATO SANO:

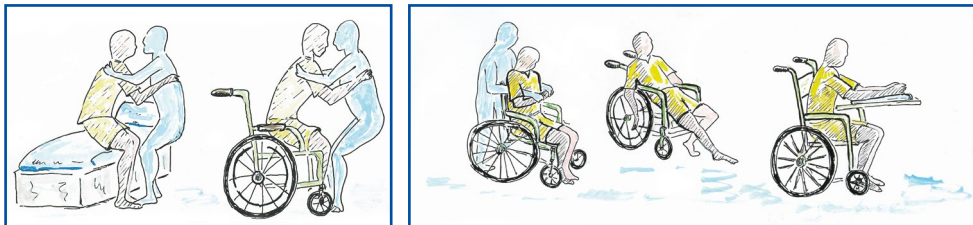
- braccio paralizzato sostenuto dal cuscino, mentre la gamba è flessa e appoggiata anch'essa sul cuscino
- arto inferiore sano disteso.

SULLA CARROZZINA, di cui si deve tener conto dell'adeguata



misura in lunghezza e larghezza del sedile:

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



COME MUOVERE LA PERSONA?

Verso la testata del letto:

- far flettere le gambe, appoggiando la pianta dei piedi e sostenendola dal lato paralizzato
- far afferrare la testata del letto con la mano sana tirarsi verso la testata.

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

Nel letto:

- piegare la gamba paralizzata
- spostare lateralmente il bacino dal lato paralizzato con aiuto
- tenendosi il braccio paralizzato, aiutare a spostarsi lateralmente nel letto tenendo una mano sotto la scapola dal lato paralizzato e una sotto la testa.

Da supino a laterale:

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

Come trasferire la persona dal letto alla carrozzina?

Da supino a seduto nel letto:

- rotazione sul lato sano
- far mettere le gambe fuori dal letto, aiutando quella paralizzata



- far sollevare il tronco, appoggiandosi sul lato sano.

Dal letto in carrozzina:

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

PERSONA CON PARZIALE AUTONOMIA:

Quali presidi usare?

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

Come far camminare la persona?



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

Cosa evitare?

- tirare il braccio paralizzato
- prendere il braccio paralizzato da sotto l'ascella per spostare la persona a letto

spostare bruscamente il braccio o la gamba malati

- stringere la mano colpita con forza



- dare alla persona palline da stringere con la mano malata
- utilizzare pantofole aperte
- inserire con forza il piede colpito nella scarpa senza sostenergli la caviglia.

RIPOSO E AMBIENTE SICURO



Come favorire un sonno riposato?

Alcuni pratici consigli permettono di far mantenere un ritmo sonno/veglia il più naturale possibile, soprattutto se la persona colpita è limitata nei movimenti e quindi costretta per lo più a letto o in carrozzina:

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

Come assicurare un ambiente sicuro?

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

- togliere tappeti
- inserire corrimani lungo i corridoi
- posizionare piccole rampe in presenza di uno o due scalini
- installare ausili nei bagni come seggiolini per la doccia o maniglioni nella vasca, nella doccia e in prossimità dei servizi igienici
- rubinetti ad apertura semplice, meglio se con miscelatore
- campanelli d'allarme ai servizi o in camera
- maniglie dei mobili e degli utensili facili da impugnare



- armadi e cassetti di facile apertura
- staffa per aiutare ad alzarsi dal letto
- letto di altezza adeguata (all'incirca poco sopra il livello delle ginocchia)
- spazi non eccessivamente ristretti in camera da letto.

COMUNICAZIONE

La possibilità di parlare e di comprendere permette l'interazione della persona con il mondo e gli altri soggetti circostanti.

Il venir meno di una delle due proprietà o di entrambe limita notevolmente le capacità della persona, comportando un maggior isolamento della stessa.

Bisogna notare, tuttavia, che in chi presenta questi disturbi vengono preservate sia l'intelligenza che la capacità a provare emozioni e sentimenti.

Come più sopra accennato, esistono due grosse forme di afasia: quella di espressione, con incapacità a proferire parola o con parole inceppate o senza senso (afasia anteriore o verbale), e quella di comprensione (afasia posteriore). Se concomitano entrambe si parla di afasia globale.

Spesso la persona afasica prosegue il trattamento riabilitativo con il logopedista. Mai come in questo caso è importante il ruolo dei familiari o dei caregiver, poiché la collaborazione con il terapeuta deve essere stretta e prevedere da una parte l'informazione del miglior atteggiamento da tenere nei confronti del soggetto con difficoltà e dall'altra la comunicazione dei cambiamenti o dei miglioramenti avvenuti.

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

Gli atteggiamenti da adottare ovviamente dipendono dal tipo di afasia e dalla sua gravità. Possono essere forniti, tuttavia, alcuni suggerimenti generali:

- porsi di fronte alla persona e guardarla attentamente in viso
- creare un ambiente calmo e tranquillo, privo di distrazioni come rumori o sottofondi musicali



- parlarle lentamente, facendo delle pause per permettere una più facile comprensione
- riformulare la domanda in altro modo per essere certi che abbia capito
- formulare domande che prevedano una risposta dicotomica (tipo SI/NO)
- avvertire, durante una conversazione, del cambiamento di discorso per consentire un migliore orientamento nel colloquio con più soggetti ed evitare di far parlare contemporaneamente gli stessi, affinché la persona possa comprendere al meglio e non essere distratta da altri discorsi
- utilizzare la mimica se si rilevano grosse difficoltà di comprensione
- lasciare il tempo necessario per la risposta
- informare i soggetti che vengono in contatto con la persona con difficoltà dei suoi problemi di comunicazione e di quali atteggiamenti è meglio tenere.

Cosa evitare?

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



AFASIA: riduzione o perdita della capacità di comunicare oralmente, per iscritto o tramite segni in persone che, pur sapendo cosa vogliono dire, non riescono a pronunciare la parola o ne dicono una sbagliata. Analogamente possono avere problemi simili con la comprensione e con la capacità di usare il linguaggio scritto.

ANTIDEPRESSIVI: farmaci che vengono prescritti a chi soffre di depressione dell'umore.

ARTERIA: vaso sanguigno che porta il sangue ricco di ossigeno dal cuore ai vari organi; le vene sono vasi sanguigni che compiono il percorso inverso, trasportando il sangue dagli organi al cuore.

ASSISTENZA SOCIALE: gli assistenti sociali fanno parte del gruppo di riabilitazione, con il compito specifico di rapportarsi con il malato e con chi gli è vicino, per valutare le risorse sociali e familiari disponibili, ottenere gli aiuti sociali che occorrono e facilitare le dimissioni, nonché fornire consigli e informazioni in genere.

ATEROSCLEROSI: formazione di placche, composte di cellule e grasso all'interno delle arterie. Le placche riducono il calibro del vaso e facilitano la formazione di trombi.

ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO: vedi TIA.

AUSILI: attrezzature da indossare o da utilizzare per semplificare le azioni quotidiane quando una funzione è stata persa o risulta difficoltosa.

AUTOSUFFICIENZA: sono autosufficienti coloro che sono in grado di provvedere a sé stessi svolgendo le normali attività quotidiane.

CARDIOVASCOLARE: che riguarda il cuore e i vasi sanguigni.

CAREGIVER: è la persona che fornisce un supporto diretto a chi è disabile, generalmente nel proprio domicilio.

CATETERE URINARIO O VESCICALE: sottile tubicino di gomma che, inserito nella vescica, la collega ad un sacchetto in cui viene raccolta l'urina.

CENTRO ICTUS: reparto ospedaliero, organizzato e gestito appositamente per il trattamento dei malati con stroke o ictus, le cui caratteristiche sono di essere dotato di un sistema di monitoraggio per la rilevazione sistematica e continua delle condizioni dei ricoverati (pressione arteriosa, frequenza cardiaca ecc.), di avere personale dedicato altamente qualificato e di poter disporre prontamente di apporti specialistici multidisciplinari (consulenza cardiologica, fisiatrica, diabetologica ecc.).

COLESTEROLO: sostanza grassa che circola nel sangue. E' prodotta per i 2/3 dall'organismo e per 1/3 è assunta con il cibo.

DEAMBULAZIONE: è l'atto di camminare.

DEFICIT: è la perdita delle proprie abilità e, in caso di ictus, delle funzioni neurologiche.

DEMENTIA: patologia mentale caratterizzata da deficit delle funzioni superiori (intelligenza, pensiero, attenzione, memoria) e spesso da disturbi del comportamento. Esempi sono la malattia di Alzheimer e la demenza vascolare.

DEPRESSIONE: patologia caratterizzata da uno stato di tristezza, scoraggiamento e ridu-



zione dell'autostima.

DETERIORAMENTO: perdita o riduzione delle preesistenti capacità psicologiche o fisiche.

DIAGNOSI: determina l'esatta natura di una patologia specifica.

DIETOLOGIA: i dietologi valutano lo stato nutrizionale dell'individuo, fornendo un'adeguata terapia dietetica e, quando occorre, un'integrazione nutrizionale mirata.

DIPLOPIA: visione doppia degli oggetti.

DISARTRIA: difficoltà nell'articolare correttamente il linguaggio, con pronuncia difettosa.

DISFAGIA: disturbo nella deglutizione che può insorgere come conseguenza di malattie dell'apparato digerente o del sistema nervoso come l'ictus.

DISLESSIA: indica chi vede le lettere che compongono le parole, ma non riesce a coglierne il senso. Lo stesso disturbo può riguardare anche la scrittura (disgrafia).

ECO DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI (TSA): esame che, utilizzando gli ultrasuoni, consente di osservare le arterie del collo (carotidi e vertebrali) ed intracraniche (Doppler Transcranico). L'indagine evidenzia la morfologia e le caratteristiche sia della parete arteriosa, in tutto il suo spessore, sia il rapporto dei vasi sanguigni con i tessuti circostanti sia la velocità del flusso sanguigno all'interno dei vasi. E' possibile così valutare eventuali restringimenti delle arterie.

EMIANOPSIA: deficit visivo o cecità della metà destra o sinistra del campo visivo in entrambi gli occhi.

EMIPARESI: deficit non completo della forza muscolare ad entrambi gli arti di un lato del corpo.

EMIPLEGIA: paralisi completa di un lato del corpo, che preclude ogni possibilità di compiere movimenti volontari.

EMORRAGIA: perdita di sangue conseguente ad una rottura di un vaso.

EMORRAGIA CEREBRALE O ICTUS EMORRAGICO: ictus causato dalla rottura di un vaso arterioso nel cervello, con conseguente fuoriuscita di sangue; vedi anche Ictus.

FATTORE DI RISCHIO: condizione che favorisce il verificarsi di una malattia.

FIBRILLAZIONE ATRIALE: patologia che determina una contrazione irregolare del cuore, causata da un'alterazione organica o funzionale del muscolo cardiaco.

FIBRINOLISI: vedi Trombolisi.

FISIATRA: medico specializzato in terapia fisica e riabilitazione.

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

GERIATRA: medico specializzato nel trattamento dell'anziano.



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

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

INCONTINENZA: perdita del controllo degli sfinteri.

INDIPENDENZA: capacità di compiere le normali attività della vita senza l'aiuto o la supervisione di altri.

INFARTO: morte della parte di un organo causata da mancanza di ossigeno e nutrienti.

IPERTENSIONE ARTERIOSA: aumento della pressione arteriosa oltre i valori di 140 (pressione sistolica) e 85 (pressione diastolica) mmHg.

LESIONE O PIAGA DA DECUBITO: è un'ulcerazione della cute provocata da pressione prolungata nella medesima zona, in persone costrette a letto o in carrozzina, con ridotta capacità di movimento.

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

MOBILITA': capacità di muoversi liberamente.

MOBILIZZAZIONE: è l'insieme degli atti volti ad aiutare il malato a muoversi nel letto, a stare seduto, ad alzarsi e, quando è possibile, a camminare.

NEUROLOGO: medico specializzato nella diagnosi e nel trattamento delle patologie del sistema nervoso.

NEUROPSICOLOGO: medico specializzato nella valutazione e nel trattamento della patologia cognitiva, psicologica e comportamentale conseguente ad un danno cerebrale.

P.E.G. (GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA): tecnica di alimentazione che, mediante una sonda posizionata nello stomaco attraverso la cute dell'addome, consente al cibo, in forma liquida o semi liquida, di arrivare direttamente nello stomaco.

PSICOLOGO: figura professionale che valuta le condizioni mentali, cognitive ed emotive delle persone, collaborando con il gruppo di riabilitazione per stabilire i trattamenti idonei e spesso eseguendoli.

PSICOTERAPIA: intervento psicologico continuativo consistente in colloqui con frequenza variabile.

RIABILITAZIONE: attività che ha lo scopo di far recuperare autosufficienza ed autonomia alla persona che presenta disturbi del movimento o delle capacità cognitive, tenendo conto delle ripercussioni psicologiche sia sull'individuo che sull'ambiente che lo circonda.



RM (RISONANZA MAGNETICA): tecnica che utilizza campi magnetici per fornire immagini molto dettagliate dell'organismo.

S.N.G. (SONDINO NASO GASTRICO): tecnica di nutrizione che utilizza una sonda la quale, attraverso il naso, permette al cibo, in forma liquida o semi liquida, di giungere direttamente nello stomaco.

SPASTICITA': condizione di iperattività muscolare che determina accorciamenti e contratture dei muscoli colpiti.

STROKE: parola inglese che si può tradurre con il corrispettivo italiano ictus o colpo, termine che esprime appropriatamente l'idea di evento improvviso, inatteso.

STROKE UNIT: vedi Centro Ictus.

TAC (TOMOGRAFIA ASSIALE COMPUTERIZZATA) CEREBRALE O TC: indagine radiologica, ricostruita dal computer, che permette di ottenere immagini del cervello come è in quell'istante, consentendo di distinguere un ictus da altre patologie, di differenziare un ictus ischemico da uno emorragico, di stabilire la sede e l'estensione della lesione.

T.I.A. (TRANSIENT ISCHEMIC ATTACK O ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO): rapida ed improvvisa insorgenza di un deficit neurologico che regredisce spontaneamente in pochi minuti o in poche ore e comunque entro le 24 ore.

TROMBOLISI: trattamento farmacologico per l'ictus ischemico in grado di sciogliere il trombo e migliorare la prognosi.

VENE: vasi sanguigni che portano il sangue povero di ossigeno e ricco di scorie dagli organi periferici al cuore.

VERTIGINI: sensazioni in seguito alle quali la persona colpita sente ruotare sé stessa o l'ambiente in cui si trova. Può essere sintomo sia di TIA che di ictus, ma anche un problema dell'equilibrio o dell'orecchio.

RIFERIMENTI DELLE ASSOCIAZIONI A.L.I.Ce. IN ITALIA

Federazione Nazionale A.L.I.Ce. ITALIA Onlus

<http://www.aliceitalia.org/>

E-mail: info@aliceitalia.org

5xmille: il **codice fiscale** di A.L.I.Ce. ITALIA è **91047250070**

Per le libere donazioni ad A.L.I.Ce. ITALIA:

Banca INTESA Codice IBAN: **IT72E0306905006000000001194**

Per iscriversi e per libere donazioni alle associazioni regionali è sufficiente contattare direttamente quella più



vicina - regionale, provinciale o sezione - per avere informazioni su modalità e procedure associative. La lista delle Associazioni regionali, con indirizzi, mail e telefoni, è riportata qui di seguito.

Benefici fiscali per chi effettua donazioni

Le erogazioni liberali in denaro e in natura effettuate da persone fisiche a favore di Onlus sono deducibili dal reddito imponibile ai fini Irpef nei limiti del 10% del reddito stesso e fino ad un massimo di euro 70.000.

Le erogazioni liberali in denaro, per un importo non superiore a 2.065,83 euro effettuate da persone fisiche a favore di Onlus sono detraibili dall'imposta lorda per il 19% del loro ammontare.

Per usufruire di queste possibilità è necessario conservare la ricevuta, sia postale che bancaria, della donazione effettuata.

Per le donazioni tramite bonifico bancario, è l'estratto conto ad avere valore di ricevuta.

In caso di donazioni tramite assegno è possibile ottenere una dichiarazione da A.L.I.Ce. valevole ai fini IRPEF.

RIFERIMENTI CENTRI REGIONALI

A.L.I.Ce. Abruzzo

c/o Dipartimento MISP Università degli Studi de L'Aquila

Via Vetoio 67010 Coppito - L'Aquila

Tel. 0862 434743 - 333 2912945 E-mail: marini@cc.univaq.it

A.L.I.Ce. Basilicata

c/o A.O. Neurologia Ospedale San Carlo

Via Potito Petrone 85100 Potenza

Tel. 0971 612520 e 613391 E-mail: rosaria.laurita@gmail.com

A.L.I.Ce. Calabria

c/o U.O. Neurologia Ospedale G. Jazzolino

Piazza Fleming - 89900 Vibo Valentia

Tel. 0963 962316/1-3-7 E-mail: domco@tiscali.it // neurologiavv@live.it



A.L.I.Ce. Campania

Via Rione Sirignano, 9 80123 Napoli
Tel. 334 1794916 E-mail: info@alicecampania.it

A.L.I.Ce. Emilia Romagna

Via Agosti, 6 c/o centro sociale Tricolore 42124 Reggio Emilia
Tel. 334 1920102 E-mail: nucerantoniam@gmail.com // segr.alice.er@hotmail.it

A.L.I.Ce. Friuli Venezia Giulia

Trieste c/o III Distretto Sanitario Via Valmaura, 59
Tel. 040 3995803 E-mail: alicefvgs.ts@libero.it
Udine c/o U.O. Neurologia Ospedale Gervasutta Via Gervasutta, 48
Tel. 0432 553360 E-mail: segreteria@aliceudine.it

A.L.I.Ce. Lazio

Via Poma 4 00195 Roma
Tel. 335 6122425 E-mail: infoalicelazio@gmail.com

A.L.I.Ce. Liguria

c/o Clinica Neurologica Università degli Studi Largo P. Daneo, 3 16132 Genova
Tel. 010 3537011 e 7040 E-mail: alice@neurologia.unige.it // gandcaci@unige.it

A.L.I.Ce. Lombardia

c/o U.O. Neurologia Ospedale S. Carlo Borromeo
Via Pio II, 3 20153 Milano
Tel. segreteria 02 40222075/9- 340 4721672- 393 9648671
E-mail: fabrizio.carletti@lombardia.aliceitalia.org // patrizia.lattuada@lombardia.aliceitalia.org

A.L.I.Ce. Marche

c/o Istituto Geriatrico - INRCA - IRCCS Contrada Mossa, 2 - 63900 Fermo (FM)
Tel. 0734 231346 E-mail: m.silvestrini@univpm.it // v.moretti@inrca.it

A.L.I.Ce. Molise

Via Atinense, 18 86077 Pozzilli (IS) Tel. 0865 929161 - 338 1233533
E-mail: alicemolise@neuromed.it giovero@libero.it

Federazione A.L.I.Ce. Piemonte

Cr.so Bramante, 88 10134 Torino
Tel. 393 9926270 // E-mail: falco_gianfranco@alice.it



A.L.I.Ce. Puglia

Piazzetta Toma, 48 - 73013 Galatina (LE)
Tel. 329 6041950
E-mail: clasi33@libero.it // fra.ballo@libero.it // jacopobo@alice.it

A.L.I.Ce. Sardegna

Via del Geco, 19 09030 Elmas (CA)
Tel. 070 216740 - 070 539897 // E-mail: info@alicesardegna.it // maalcio@tin.it

A.L.I.Ce. Sicilia

c/o U.O. Neurologia Ospedale Civico A.R.N.A.S.
Piazza Nicola Leotta, 4 90127 Palermo Tel. 091 6665611/3012
E-mail: aliceonlus.palermo@libero.it // gianlucalopez@hotmail.com

A.L.I.Ce. Toscana

c/o Montedomini Via dei Malcontenti, 6 50122 Firenze
Tel. 055 2339428 // 320 8113059
E-mail: info@toscana.aliceitalia.org // alice.firenzeictus@gmail.com

A.L.I.Ce. Trentino Alto Adige

c/o U. O. Neurologia Ospedale S. Chiara Largo Medaglie d'Oro, 9 38122 Trento
Tel. 0461 903281
E-mail: domenicomarco.bonifati@apss.tn.it // elisabetta.gremes@apss.tn.it

A.L.I.Ce. Umbria

c/o Ospedale B.G. Villa 06062 Città della Pieve (PG)
Tel. 0578 297091/290935 E-mail: aliceumbriapieve@tiscali.it

A.L.I.Ce. Valle d'Aosta

Corso S. Martin De Corleans, 5/A 11100 Aosta
Tel. 0165 44447 E-mail: aliceictus@gmail.com

A.L.I.Ce. Veneto

c/o Ing. Cesare Benedetti
Via Mentana, 38 - 36100 Vicenza
tel. 333 6717936 E-mail: segreteria@aliceveneto.com // medinfo@aliceveneto.com



ELENCO DEGLI OSPEDALI CHE HANNO UN CENTRO ICTUS/STROKE UNIT

VALLE D'AOSTA

Aosta Ospedale Regionale della Valle d'Aosta Umberto Parini
V.le Ginevra, 3 Tel. 0165 543326

LOMBARDIA

Bergamo A.O. Papa Giovanni XXIII, Piazza OMS, 1 Tel. 035 267111
Brescia Fondazione Poliambulanze Brescia Via Bissolati, 57 Tel. 030 3515720
Brescia A.O. Spedali Civili di Brescia P.le Spedali Civili, 1 Tel. 030 399 6671/5580
Busto Arsizio (VA) Ospedale di Circolo P.le Solaro, 3 Tel. 0331 699267
Como Ospedale Valduce Como Via Dante, 11 Tel. 031 324162/3 e 324411/2
Como Ospedale Sant'Anna Via Ravona - San Fermo della Battaglia Tel. 031 5859282
Crema (CR) Ospedale Maggiore Largo Ugo Dossena Tel. 0373 280580/2801
Cremona Presidio Ospedaliero V.le Concordia, 1 Tel. 0372 405402
Desio (MB) Ospedale di Desio Via Mazzini, 1 Tel. 0362 383306
Garbagnate (MI) A.O. Salvini V.le Forlanini, 121 Tel. 02 994302277
Lecco Ospedale Alessandro Manzoni, Via dell'Eremo, 9/11 Tel. 0341 489805
Legnano (MI) A.O. Ospedale Civile Via Papa Giovanni Paolo II Tel. 0331 449551
Lodi Ospedale Maggiore Viale Savoia Tel. 0371 372210
Merate (LC) Ospedale San Leopoldo Mandic, Largo Mandic, 1 Tel. 039 5916256
Mantova A.O. Carlo Poma Strada Lago Pajolo, 10 (entrata nuova)
Tel. 0376 2011 (centralino) Tel. 0376 201686 (segreteria Stroke Unit)
Milano A.O. Luigi Sacco Via GB. Grassi, 24 Tel. 02 39042543/ 2317
Milano Istituto Clinico Città Studi SPA Via Jommelli, 17 Tel. 02 23935454
Milano Istituto Auxologico S. Luca P.le Brescia, 20 Tel. 02 619112794/2126
Milano Istituto Clinico Humanitas Via Manzoni, 56 Rozzano Tel. 02 82244067
Milano Istituto Scientifico San Raffaele Via Olgettina, 48 Tel. 02 26432813
Milano Ospedale Niguarda Via Ospedale Maggiore, 3 Tel. 02 64442389
Milano A.O. San Carlo Borromeo Via Pio II, 3 Tel. 02 4022 2716
Milano Ospedale S. Giuseppe, Via S. Vittore, 12 Tel. 02 85994696
Milano Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
Via Francesco Sforza Tel. 025503.1
Monza Ospedale San Gerardo, Via Pergolesi, 33 Tel. 039 2332449
Pavia IRCCS Fondazione Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino Via Mondino, 2
Tel. 0382 380318
Pavia Policlinico San Matteo P.le Golgi, 2 Tel. 0382 502184
Saronno (VA) A.O. di Saronno P.le Borella Tel. 02 96131
Sondalo (SO) Ospedale Morelli Via Zubiani Tel. 0342 808339
Sondrio A.O. Valchiavenna Via Cereria, 4 Tel. 0343 67245
Treviglio (BG) Ospedale di Treviglio P.le Ospedale, 1 Tel. 0363 424834
Varese A.O. di Circolo e Fondazione Macchi V.le L. Borri, 57 Tel. 0332 393295
Vimercate (MI) A.O. di Vimercate Via SS Cosma e Damiano, 10 Tel. 039 6657269/277
Zingonia (BG) Policlinico San Marco Corso Europa, 7 Osio Sotto (BG) Tel. 035 886295

PIEMONTE

Alba (CN) Ospedale San Lazzaro Via P. Belli, 26 Tel. 0173 316298
Alessandria A.O. S. Antonio e S. Biagio Via Venezia, 16 Tel. 0131 206484
Asti Ospedale Cardinal Massaia C.so Dante, 202 Tel. 0141 481111
Biella Ospedale degli Infermi, Via Caraccio, 5 Tel. 015 3503355
Chieri (TO) Ospedale Maggiore di Chieri Via De Maria, 1 Tel. 011 9429 3199/4542
Chivasso (TO) Ospedale Civico C.so Galileo Ferraris, 3 Tel. 011 9176257
Cirié (TO) Ospedale di Cirié ASL TO4 Via Battitore 7/9 Tel. 011 9217371
Cuneo ASO. S. Croce e Carle Via M. Coppino, 26 Tel. 0171 641335
Domodossola (VB) Ospedale San Biagio Largo Caduti Lager nazifascisti, 1 Tel. 0324 491563
Ivrea Ospedale Civile Piazza Credenza, 2 Tel. 0125 414274
Novara Ospedale Maggiore della Carità Cr .so Mazzini, 18 Tel. 0321 3733890//3733429
Novi Ligure (AL) A.O. Novi Ligure Via E. Raggio, 12 Tel. 0143 332433
Orbassano (TO) Ospedale San Luigi Regione Gonzole, 10 Tel. 011 9026302
Pinerolo (TO) Ospedale Edoardo Agnelli Via Brigata Cagliari, 39 Tel. 0121 2331
Rivoli (TO) Ospedale degli Infermi Strada Rivalta, 29 Tel. 011 9551251
Savigliano (CN) Ospedale Santissima Annunziata Via Ospedali, 14 Tel. 0172 719111/719327
Torino Ospedale San Giovanni Bosco Piazza Donatori di Sangue, 3 Tel. 011 2402292
Torino Ospedale Maria Vittoria Via Cibrario, 72 Tel. 011 4393296
Torino Ospedale Martini Via Tofane 71 Tel. 011 70952271
Torino Ospedale Mauriziano Largo Turati, 62 Tel. 011 5082528/9
Torino Ospedale Molinette Corso Bramante, 88 Tel. 011 6334985
Torino P.O. Gradenigo C.so Regina Margherita 8/10 Tel. 011/8151486

FRIULI VENEZIA GIULIA

Pordenone A.O. Santa Maria degli Angeli, Via Montereale, 24 Tel. 0434 399111 e 399447
Trieste Ospedale di Cattinara Strada di Fiume, 447 Tel. 040 399 4568-9
Udine Ospedale S. Maria Misericordia P. le S.M della Misericordia, 15 Tel. 0432 989336

TRENTINO ALTO ADIGE

Bolzano Ospedale Centrale Via L. Boehler, 5 Tel. 0471 908561
Trento Ospedale S. Chiara Largo Medaglie d'oro Tel. 0461 903281

VENETO

Arzignano (VI) Ospedale Cazzavillan Via Del Parco, 1 Tel. 0444 9300-1
Bassano del Grappa (VI) Ospedale di San Bassiano Via Dei Lotti, 40 Tel. 0424 888421
Belluno Ospedale San Martino di Belluno V. le Europa, 22 Tel. 0437 516327-325-343
Castelfranco Veneto (TV) Ospedale San Giacomo Apostolo
Via Ospedale Civile, 18 Tel. 0423 732590-731902
Cittadella (PD) A.O. ULSS 15 Alta Padovana Via Riva Ospedale Tel. 0499 424111
Conegliano (TV) Ospedale di Conegliano, Via Brigata Bisagno, 4 Tel. 0438 663278
Feltre (BL) Ospedale S. Maria del Prato Via Bagnols sur Ceze, 3 Tel. 0439 883505/6
Legnago (VR) Mater Salutis Hospital via Gianella, 1 Tel. 044 2622638
Mestre (VE) Ospedale dell'Angelo Via Paccagnella, 11 Tel. 041 96507392



Mirano (VE) Ospedale Civile Via Mariutto, 13 Tel. 0415 794561
Monselice (PD) ULSS17 Monselice Hospital Via Marconi, 19 Tel. 0429 788355 (segreteria)
Negrar (VR) Ospedale Sacro Cuore Via Sempreboni, 6 Tel. 045 6013644-747
Padova A.O.U. Policlinico Sant'Antonio Via Facciolati, 71 Tel. 049 8215314-5
Peschiera del Garda (VR) Casa di Cura Dott. Pederzoli S.P.A Via Montebaldo, 24
Tel. 045 6449130
Portogruaro (VE) Ospedale Civile Via F. Zappetti, 58 Tel. 0421 764681
Rovigo Ospedale Santa Maria della Misericordia Via Tre Martiri Tel. 0425 394588
Santorso (VI) Ospedale Santorso Via Garziere, 42 Tel. 0445 388544-5
Treviso Ospedale Cà Foncello P.le Ospedale, 1 Tel. 0422 322527
Venezia Ospedale SS. Giovanni e Paolo Castello 6777 Tel. 041 5294409
Venezia Ospedale di San Tommaso dei Battuti Via Zappetti Portogruaro Tel. 340 6853754
Verona A.O.U. Integrata Verona OCM Borgo Trento P.le Stefani, 1 Tel. 045 812 2672-3682
Vicenza Ospedale San Bortolo V.le Rodolfi, 37 Tel. 0444 753675

LIGURIA

Genova IRCCS A.O.U. IST San Martino L.go R. Benzi, 10 Tel. 010 5555870
Genova Ospedale Villa Scassi. ASL3 Genovese C.so Scassi, 1 Tel. 010 8492234
Imperia Ospedale di Imperia Via S. Agata, 57 Tel. 0183 794390-93
La Spezia Ospedale S. Andrea Via Vittorio Veneto, 197 Tel. 0187 533111/534025
Lavagna (GE) ASL 4 Chiavarese Osp. di Lavagna Via Don Bobbio, 35 Tel. 0185 329526-52
Pietra Ligure (SV) Ospedale Santa Corona Via XXV Aprile, 38 Tel. 019 623 01-2600-4009

EMILIA ROMAGNA

Bologna Ospedale Maggiore L. go Nigrisoli, 2 Tel. 051 6478657
Bologna A.O.U. Sant'Orsola Malpighi Padiglione 2 Via Albertoni, 15 Tel. 051 6363111
Carpi (MO) Ospedale B. Ramazzini Via Molinari Tel. 059 659317
Cesena Ospedale Maurizio Bufalini Viale Ghirotti, 286 Tel. 0547 352917
Ferrara Arcispedale S. Anna Corso della Giovecca, 203 Tel. 0532 236430
Fidenza Ospedale di Fidenza Via Don Tincati, 5 Tel. 0524 515253 515204 515333
Forlì Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni Via Forlanini, 34 Tel. 0543 73502
Imola Ospedale Santa Maria della Scaletta Via Montericco, 2 Tel. 0542 662914
Modena Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense Via Giardini, 1355 Località Baggiovare
Tel. 059 3962547
Parma Ospedale Maggiore A.O.U. di Parma Via Gramsci, 14 Tel. 0521 703512
Piacenza P.O. Guglielmo da Saliceto Via Taverna, 49 Tel. 0523 303310
Ravenna A.O. di Ravenna Viale Randi, 5 Tel. 0544 285340
Reggio Emilia Ospedale di Reggio Emilia V.le Risorgimento, 80 Tel. 0522 296494
Rimini Ospedale degli Infermi Viale Settembrini, 2 Tel. 0541 705626

TOSCANA

Arezzo Ospedale San Donato Via Pietro Nenni, 20 Tel. 0575 254561
Carrara Osp. Apuane, Azienda USL 1 MS, Piazza Sacco e Vanzetti Tel. 0585 655288
Firenze Ospedale Careggi Viale Morgagni, 85 Tel. 055 754111



Firenze Ospedale S. Maria Annunziata Via dell'Antella, 58 Tel. 055 2496268
Firenze Ospedale San Giovanni Di Dio Via di Torregalli, 3 Tel. 055 7192427
Firenze Ospedale Santa Maria Nuova V.le Michelangelo, 41 Tel. 055 6577476
Grosseto Ospedale della Misericordia Via Senese, 161 Tel. 0564 485010
Livorno Ospedale di Livorno Viale Alfieri, 48 Tel. 0586 223336
Lucca Ospedale Campo di Marte Località Campo di Marte Tel. 0583 970381
Montevarchi (AR) Osp. S.M. alla Gruccia Piazza Volontariato, 1 Tel. 055 9106526-202
Borgo San Lorenzo (FI) Osp. Mugello V.le Resistenza Tel. 055 8451350
Pescia (PT) Ospedale SS Cosma e Damiano V.le C. Battisti, 5 Tel. 0572 4601
Pisa Clinica Neurologica Università di Pisa Via Roma, 67 Tel. 050 992443
Pistoia Ospedale del Ceppo USL 3 P.zza Giovanni XXIII Tel. 0573352337
Prato Ospedale Misericordia e Dolce di Prato Via Cavour, 87 Tel. 0574 434430
Siena Policlinico Le Scotte V.le Bracci, 1 Tel. 0577 585408
Viareggio (LU) Ospedale Versilia Azienda USL12 Viareggio
Via Aurelia, 335 Lido di Camaiore (LU) Tel. 0584 605939

UMBRIA

Città della Pieve (PG) Ospedale Via Beato Giacomo Villa, 1 Tel. 0578 290807
Città di Castello (PG) Ospedale Via Luigi Angelini, 10 Tel. 075 85091
Foligno (PG) Ospedale S. Giovanni Battista Via M. Ariamone Tel. 0742 3397968-7970
Gubbio (PG) Ospedale Branca Località Branca Tel. 0759 270418
Perugia Osp. Santa Maria della Misericordia Via S.Andrea delle Fratte Tel. 075 5782765
Terni A.O. S. Maria Via Tristano Joannuccio Tel. 0744 205381

LAZIO

Roma A.O. S. Andrea Via di Grottarossa, 1035 Tel. 06 33775774
Roma Policlinico Gemelli Largo A. Gemelli, 8 Tel. 06 30156321
Roma Policlinico Umberto I Via del Policlinico, 155 Tel. 06 49977529
Roma A.O. San Filippo Neri Via Martinotti, 20 Tel. 06 33062280
Roma Policlinico Tor Vergata Viale Oxford, 81 Tel. 06 20903425
Roma Ospedale San Camillo Circonvallazione Gianicolense, 87 Tel. 06 58703233

MARCHE

Ancona INRCA Ospedali Sestili Via della Montagnola, 164 Tel. 071 8003519
Ancona Ospedali Riuniti Via Conca, 71 (Torrette) Tel. 071 5964530
Fano (PU) Ospedale Santa Croce Via V. Veneto, 1 Tel. 0721 882464
Fermo Ospedale Augusto Murri, Via A. Murri, 1 Tel. 0734 6252461
Jesi (AN) Ospedale Regina Elena Via della Vittoria, 76 Tel. 0731 534508
San Benedetto del Tronto (AP) Ospedale Civile Madonna del Soccorso Via S. Pellico
Tel. 0735 793279 3440-3444

ABRUZZO

Avezzano (AQ) Ospedale SS Filippo e Nicola di Avezzano Via G. Di Vittorio Avezzano
Tel. 0863 499269
L'Aquila Ospedale San Salvatore P. le Salvatore Tommasi, 1 Tel. 0862 368553-324



Lanciano (CH) Ospedale Civile Renzetti Via Del Mare, 1 Tel. 0872 7061
Pescara Ospedale Civile Spirito Santo Via Fonte Romana, 8 Tel. 085 4252277-78
Teramo Ospedale Mazzini Piazza Italia, 1 Tel. 0861 429595

MOLISE

Pozzilli (IS) Istituto Neurologico del Mediterraneo Neuromed Via Atinense, 18
Tel. 0865 929161

BASILICATA

Potenza A.O. San Carlo Via Potito Petrone Tel. 0971 611111

CAMPANIA

Benevento A.O. G. Rummo Via Dell'Angelo, 1 Tel. 0824 57722/57492
Caserta A.O. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta Via F. Palasciano Tel. 0823 232535
Salerno A.O.U. S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona Via S. Leonardo, 1 Tel. 089 672343

PUGLIA

Acquaviva delle Fonti (BA) Ospedale Regionale F. Miulli Strada Provinciale, 127
Acquaviva-Santeramo Km 4.100 Tel. 080 3054057 centr. 080 3054111 Med. SU 080 305423
Bari A.O. Policlinico Università di Bari P.zza Giulio Cesare, 100 Tel. 080 5592310
Barletta Ospedale A. R. Dimiccoli V. le Ippocrate, 5 Tel. 0883 577782-577111
Brindisi Ospedale A. Perrino SS7 per Mesagne Tel. 0831 5373510-57111
Foggia Ospedale Riuniti V. le Pinto, 1 Tel. 0881 733729-732444
Lecce Ospedale Vito Fazzi P.zza F. Muratore Tel. 0832 661111-4117
Taranto OA. SS. Annunziata Via F. Bruno, 1 Tel. 099 4585111

CALABRIA

Cosenza A.O. di Cosenza Via Felice Migliori, 10 Tel. 0984 681419
Reggio Calabria A.O. Bianchi-Melacrino-Morelli Via Melacrino, 21 Tel. 0965 397972-90
Vibo Valentia Ospedale Jazzolino P.le Fleming Tel. 0963 962312-6-3-7

SICILIA

Caltanissetta A.O. di Caltanissetta V.le Luigi Monaco, 6 Tel. 0934 559374
Messina A.O. G. Martino Via Consolare Valeria Tel. 090 2212790
Palermo Ospedale Civico A.R.N.A.S. Piazza Nicola Leotta, 4 Tel. 091 6665611/3012
Palermo A.O. Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello P.zza Salerno, 1
Tel. 091 7808002/04 7808166
Siracusa Ospedale Umberto I Via Testaferrata, 1 Tel. 0931 724400/724286
Vittoria (RG) P.O.R. Ospedale Guzzardi Via Papa Giovanni XXIII Tel. 0932 447147

SARDEGNA

Cagliari A.O. Brotzu Piazzale Ricchi, 1 Tel. 070 539897-539210 Urp
Nuoro Ospedale San Francesco Via Mannironi Tel. 0784 240203
Sassari Ospedale SS. Annunziata Via De Nicola, 1 Tel. 079 2061301

SITI INTERNET UTILI

WSO World Stroke Organization (<http://www.world-stroke.org/>)

SAFE Stroke Alliance for Europe (<http://www.safestroke.eu/>):

organizzazione che riunisce 20 Associazioni di pazienti colpiti da Ictus di 17 Paesi europei e che ha diffuso le linee guida per la prevenzione e una migliore cura dell'ictus in un documento rivolto al Parlamento europeo e a tutti i governi dell'Unione
ESO European Stroke Organisation (<http://www.eso-stroke.org/>)

SICVE Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (<http://www.sicve.it/>)

A.IT.A. Federazione Associazioni Italiane Afasici (<http://www.aitafederazione.it/>)

ISO The Italian Stroke Organization (<http://www.iso-stroke.it/>)

SIN Società Italiana di Neurologia (<http://www.neuro.it/>)

SNO Scienze Neurologiche Ospedaliere (<http://www.snoitalia.it/>)

ALT Onlus Associazione per la Lotta alla Trombosi e alle malattie cardiovascolari
(<http://www.trombosi.org/>)

AIFI Associazione Italiana Fisioterapisti (<http://aifi.net/>)

ANIN Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (<http://www.anin.it/>)

AITO Associazione Italiana Terapisti Occupazionali (<http://www.aito.it/>)

ALIAS Associazione Ligure Afasici (<http://www.aphasiaforum.com/alias.htm>)

ANNA Associazione Nazionale Nutriti Artificialmente <http://associazioneanna.com/>

FIAN Onlus Federazione Italiana Associazioni Neurologiche (<http://www.fian-onlus.it/>)

Fondazione Carlo Molo (<http://www.fondazionecarlopolo.it/>)

Fondazione Italiana Cuore e Circolazione

(<http://www.fondazioneitalianacuorecircolazione.it/>)

Quaderni del Ministero della Salute Organizzazione dell'assistenza all'ictus: le Stroke

Unit <http://www.quadernidellasalute.it/>

SIMFER Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (<http://simfer.it/>)

SIRN Società Italiana di Riabilitazione Neurologica <http://www.sirn.net/>

ESC European Stroke Conference <http://www.eurostroke.org/>

National Stroke Association (USA e Gran Bretagna)

<http://www.stroke.org/> e <http://www.stroke.org.uk/>

Stroke Foundation (Australia) <http://strokefoundation.com.au/>

Hearth Stroke Foundation (Canada) <http://www.heartandstroke.com/>

American Stroke Association <http://www.strokeassociation.org/> e

American Heart Association (USA) <http://www.heart.org/>

Federazione Nazionale A.L.I.Ce. Italia Onlus

www.aliceitalia.org

info@aliceitalia.org

5Xmille:

codice fiscale 91047250070

Libere donazioni:

codice IBAN IT72E0306905006000000001194



**Associazione per la Lotta
all'Ictus Cerebrale**

www.aliceitalia.org