

# ***Gli esiti dell'ictus: la disabilità dopo l'ictus cerebrale***

di Elena Ranza

Nei paesi occidentali l'ictus ed in particolare le problematiche legate alle sue conseguenze, rappresentano sempre più un'emergenza clinico-assistenziale. Negli ultimi anni in Italia si è registrato un aumento della prevalenza dell'ictus dovuto essenzialmente alla minore mortalità nella fase acuta. Un terzo circa dei sopravvissuti presenta una rilevante disabilità con necessità di uno specifico trattamento riabilitativo, spesso in regime di ricovero. Alta è anche la percentuale dei pazienti con menomazioni lievi che possono essere dimessi a domicilio direttamente senza ricorrere ad una degenza riabilitativa.

## ***Quali sono le conseguenze dell'ictus?***

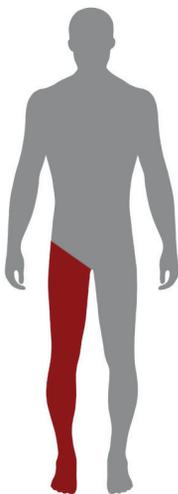
Non esiste un ictus uguale all'altro, fanno la differenza la sede l'estensione della lesione ma anche l'età e lo stato di salute generale del paziente. Le conseguenze dell'ictus possono essere varie ed interessare diverse dimensioni: del funzionamento umano motorie/sensitive/cognitivo e comportamentali/linguaggio.

## ***Disturbi motori***

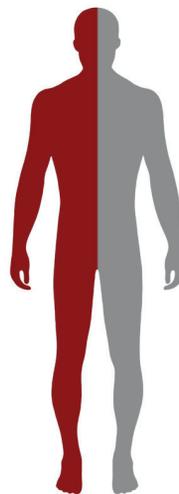
Una persona colpita da ictus presenta quasi sempre difficoltà motorie. Si parla di plegia se il movimento è completamente assente, di paresi in caso di presenza del movimento selettivo ma con riduzione della forza. Il danno può interessare un solo arto (monoparesi /monoplegia) o una intera metà del corpo (emiparesi/emiplegia).

Un altro disturbo del movimento legato all'ictus è l'alterazione del tono muscolare. Se il tono muscolare è ridotto si parla di ipotonia: la muscolatura si presenta flaccida e l'arto appare abbandonato come fosse di gomma. Alcuni pazienti al contrario sviluppano spasticità, cioè un aumento del tono muscolare che obbliga gli arti in posture fisse: ne è un esempio lo schema flessorio dell'arto superiore con gomito piegato e mano chiusa a pugno. Potrà accadere inoltre che la persona presenti movimenti globali involontari

## Monoparesi/Monoplegia



## Emiparesi/Emiplegia



all'arto paralizzato innescati da sbadigli, starnuti, sfioramento della parte del corpo. Sono le cosiddette reazioni associate, un esempio è la flessione del braccio quando il paziente starnutisce. Infine si potrà assistere a spasmi e clonie, cioè movimenti involontari muscolari elicitati dallo stiramento selettivo di un singolo muscolo come il tremore che compare alla gamba quando si appoggia il piede sulla pedalina della carrozzina dovuto allo stiramento del tricipite.

La spasticità, obbligando una parte del corpo in una postura fissa nel tempo porta a retrazioni muscolari e capsulo-legamentose che possono ostacolare le normali manovre di igiene e vestizione ed essere dolorose per il paziente. Altri disturbi del movimento possono essere l'atassia e la dismetria. In entrambi i casi i movimenti selettivi risultano imprecisi e ne consegue instabilità nella camminata e incertezza nell'esecuzione dei gesti

### ***Disturbi di sensibilità***

I disturbi di sensibilità possono interessare i vari domini della sensibilità tattile/proprioceettiva/termica/ dolorifica.

Viene definita emianestesia tattile/dolorifica l'incapacità di sentire gli stimoli tattili o dolorosi quando questi vengono applicati alla parte del corpo lesa. Quando vi è incapacità di percepire la posizione della propria parte del corpo nello spazio, si parla di deficit della sensibilità proprioceettiva.

Per un corretto funzionamento, il corpo umano ha bisogno di sapere in qualsiasi momento dove sono gli arti rispetto allo spazio (sensibilità propriocettiva) e avere un ritorno dell'interazione di questi ultimi con gli oggetti (sensibilità tattile). Pur in presenza di movimenti validi i disturbi di sensibilità possono pertanto interferire sul recupero funzionale della parte lesa.

### ***Disturbi del linguaggio***

**AFASIA:** la persona colpita ha difficoltà a parlare, scrivere, comprendere il linguaggio parlato e scritto. È importante ricordare che l'afasia è solo un disturbo del linguaggio, il paziente conserva le restanti capacità cognitive. L'afasia si può manifestare in forma grave "globale" quando la persona si presenta mutacica e non è in grado di comprendere cio' che le viene detto. Al contrario nell'afasia fluente la persona parla molto, ma in maniera incomprensibile e senza rendersene conto o produce una qualche parola ma compie errori nella scelta delle parole o utilizzando parole paspartout. In tutte le forme di afasia la capacità di comprendere risulta sempre compromessa in maniera piu' o meno marcata.

### ***Disturbi delle funzioni cognitive***

#### **EMINATTENZIONE**

Tendenza a trascurare una metà del proprio corpo e dello spazio (di solito la sinistra). Il paziente tende a comportarsi come se le persone e le cose presenti nello spazio alla sua sinistra non esistessero. Il paziente non esplora lo spazio di sinistra e se invitato a farlo non gira la testa verso questo lato. Se la persona cammina potrebbe urtare le cose alla sua sinistra, negando la presenza di cose o avvenimenti da quella parte.

#### **APRASSIA**

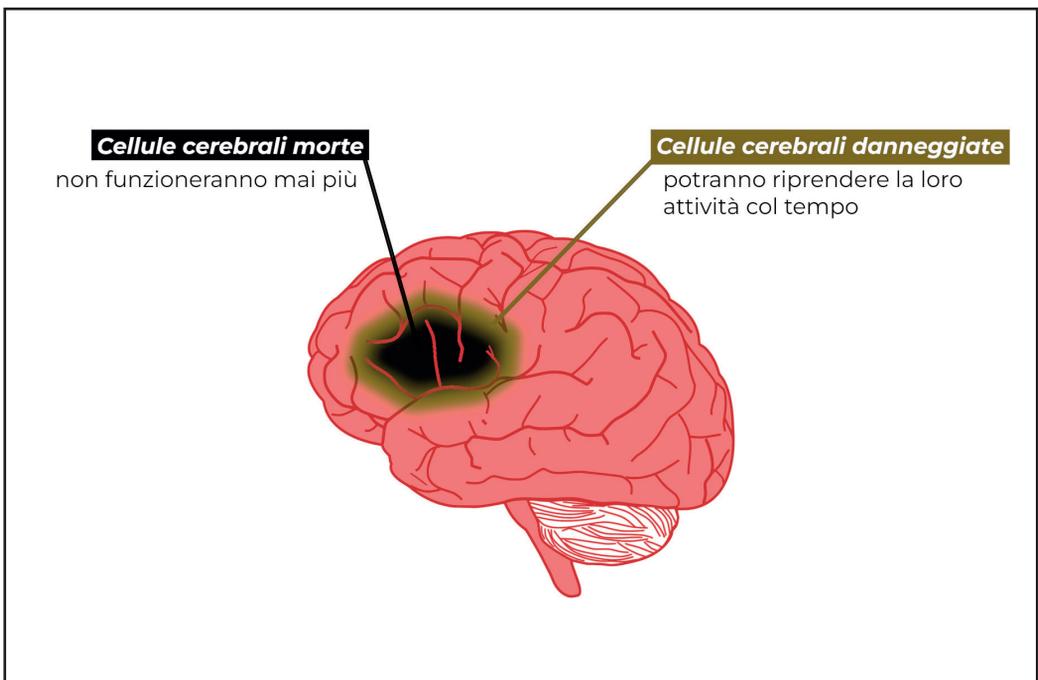
Incapacità di eseguire correttamente su richiesta o imitazione una serie di gesti che fanno parte della vita quotidiana. Di questo disturbo fanno parte anche importanti difficoltà a utilizzare oggetti comuni come il pettine, il sapone, lo spazzolino, le posate, gli abiti.

#### **ANOSOAGNOSIA**

Incapacità della persona di riconoscere le difficoltà conseguenti al danno cerebrale. La non consapevolezza del disturbo comporta che il paziente non cerchi nemmeno di affrontarlo attraverso la messa in atto di strategie di compenso.

## **Tutti questi disturbi possono migliorare col tempo, ecco come avviene il recupero funzionale dopo un ictus.**

In seguito all'ictus, alcune cellule nervose muoiono, altre vicine alla sede dell'ictus sono soltanto danneggiate. Le cellule cerebrali morte non funzioneranno mai più, ma quelle danneggiate potranno riprendere la loro attività col tempo, pertanto in una prima fase dopo l'evento acuto si assiste al così detto recupero intrinseco che è legato alla ripresa dell'attività delle cellule cerebrali limitrofe all'area ischemica. A seguire si assisterà al fenomeno detto neuroplasticità, per cui l'attivazione di circuiti neuronali collaterali comporterà un ulteriore recupero funzionale. Il recupero intrinseco e la neuroplasticità si manifestano dalle prime settimane dopo l'evento acuto fino a circa sei mesi, in questo periodo fondamentale sarà la riabilitazione che ha il compito di facilitare il recupero e rimuovere eventuali fattori ostacolanti. Passati i sei mesi è possibile lavorare sui compensi e le strategie adattative aiutando il paziente a raggiungere il massimo grado di autonomia possibile. La proposta riabilitativa si articola dunque in varie fasi ognuna delle quali con obiettivi specifici e diversi setting.



### ***Come avviene la presa in carico riabilitativa***

La riabilitazione è un processo di soluzione di problemi con cui si cerca di aiutare la persona e la famiglia a raggiungere il massimo livello di autonomia possibile.

**La presa in carico riabilitativa** da parte dell'equipe multidisciplinare (fisiatra, fisioterapia, logopedista) inizia in fase acuta all'interno della Stroke Unit. Il fisiatra definisce il Progetto Riabilitativo Individuale entro 72 ore dall'evento acuto, effettua una prognosi funzionale e sceglie il setting riabilitativo più adatto al singolo paziente.

**Riabilitazione intensiva** si caratterizza per un approccio riabilitativo ad elevata intensità (superiore alle 3 ore/die) con una durata di degenza relativamente contenuta

**Riabilitazione estensiva** prevede un intervento riabilitativo a relativamente bassa complessità e intensità (di norma superiore a 1ora/die ma inferiore a 3 ora/die), all'interno di strutture ad elevato supporto assistenziale infermieristico. In entrambi i casi il rientro a domicilio è l'obiettivo primario di ogni presa in carico riabilitativa. Una volta a casa è possibile proseguire l'iter riabilitativo in regime ambulatoriale o in alcuni casi domiciliare.

**Riabilitazione domiciliare:** gli interventi fisioterapici erogabili a domicilio hanno l'obiettivo di : educare paziente e caregiver sulle strategie di mantenimento delle autonomie acquisite, addestrare il caregiver nella gestione delle attività di vita quotidiana, identificare ausili idonei in relazione alle potenzialità del paziente e dell'ambiente che lo circonda, suggerire eventuali modifiche ambientali.

**Per quanto riguarda la fisioterapia:** nel Progetto Riabilitativo Individuale vengono individuati obiettivi funzionali realisticamente raggiungibili e un programma di esercizi finalizzati al loro ottenimento. La terapia finisce nel momento in cui vengono raggiunti gli obiettivi prefissati o nel momento in cui a fronte di una prolungata stabilità funzionale si ritiene che non ci sia più beneficio dal trattamento fisioterapico. Cosa fare a questo punto? Una volta concluso l'iter riabilitativo la presa in carico efficace ed appropriata deve orientarsi al mantenimento delle autonomie possibili in un contesto desanitarizzato. Una risposta a questo bisogno deriva dall' Attività Fisica Adattata (AFA): è una attività di mantenimento e prevenzione, finalizzata a facilitare l'acquisizione di stili di vita utili a produrre salute e a mantenere

la migliore qualità di vita possibile. Prevede attività motorie di gruppo il più possibile continuative nel tempo. I luoghi in cui si svolge l'AFA possono essere palestre comunali, strutture protette, associazioni ecc, ma non ambienti sanitari.

### ***Il ruolo del paziente nella riabilitazione***

La riabilitazione è un processo attivo che coinvolge in prima persona il paziente la cui collaborazione è fondamentale per ottenere i migliori risultati possibili e non si esaurisce nella palestra di fisioterapia. A casa infatti è fondamentale che il paziente faccia da solo tutto ciò che è in grado di fare applicando le strategie acquisite (lavarsi, vestirsi, camminare, ecc.) anche se questo necessita fatica e un tempo maggiore. In questo percorso, anche il caregiver gioca un ruolo fondamentale, lasciando al paziente lo spazio e il tempo necessari per applicare le strategie acquisite supportandolo ma mai sostituendosi a lui.