

alice informa



A.L.I.Ce.: ASSOCIAZIONE PER LA LOTTA ALL'ICTUS CEREBRALE FRIULI VENEZIA GIULIA ONLUS

Direttore Responsabile Lorenzo Lorusso

Anno 2° - n. 1 - Gennaio 2008

Periodico di informazione per la lotta all'Ictus Cerebrale, edito dall'Associazione A.L.I.Ce. FVG ONLUS • Reg. Tribunale di Trieste nr. 1154 del 19.03.2007. Spedizione in abbonamento postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2 e 3, CNS TS • Capo Redattore: Maria Tolone • Redazione: Sergio Busetti, Fabio Chiodo Grandi, Bruno Dagri, Rachele Lorusso, Rosalba Molesì, Giulio Luigi Papetti, Iolanda Petrina, Teresa Ramadori, Aldo Ricci, Elvio Rudez • Sede Legale: via Cappello, 1 - 34123 Trieste Tel. 3356788320 - e-mail: alicefvg.ts@libero.it • Segreteria: via Valmaura, 59 - 34148 Trieste - Tel. 040 3995803 - Fax 040 3995823 • Stampa: Tipo/Lito Astra S.r.l. - via Malaspina, 1 - 34147 Trieste

L'Editoriale

Alice tra progettualità ed attività

di Teresa Ramadori

Ora che siamo entrati nel secondo anno del nostro periodico cerchiamo di riepilogare le attività svolte e quelle in corso di realizzazione al fine di creare un ulteriore collegamento tra i nostri utenti e le strutture territoriali di riferimento.

Nell'anno appena trascorso si sono ripetute attività di autoaiuto, coordinate da un neuropsicologo esperto in tema di riabilitazione e finalizzate al sostegno psicologico dei colpiti da ictus e dei loro familiari onde permettere la liberazione di emozioni o tensioni psichiche.

Si è fatto anche un accordo con l'Associazione A.V.I. (Associazione Volontariato Insieme) per il trasporto gratuito dei nostri associati disabili, onde permettere la loro partecipazione alle varie iniziative che la nostra Associazione offre.

Continua ad effettuarsi, presso il Reparto di Riabilitazione dell'Ospedale Maggiore, l'attività di musicoterapia tesa a favorire il rilassamento, la comunicazione e l'integrazione nel gruppo, per facilitare un migliore recupero dei soggetti disfacici e/o afasici.

Abbiamo sollecitato la ASS 1 Triestina per garantire, a tutti coloro che ne hanno titolo, al fine di mantenere le abilità raggiunte, l'invio presso l'Ospizio Marino di Grado, e per usufruire dei servizi di riabilitazione collegati ad una ospitalità quindicinale.

E' stato avviato un corso di danzamentoterapia a cui i nostri soci possono partecipare. Si tratta, infatti, di una tera-

segue a pag. 8

Ipertensione? Ci sono le piante amiche

di Lorenzo Lorusso

La pressione elevata può avere, a volte, delle conseguenze spiacevoli per il corpo umano, i bersagli possono essere i vasi ed i tessuti del cuore, ma anche il rene ed il cervello. Ed è proprio quest'ultimo ad essere soggetto ad emorragie ed ictus.

Ovviamente esistono vari livelli di pressione **distolica** o **sistolica** elevati, per alcuni soggetti - ma ovviamente sempre e solo se prescritti dal medico - è necessario tenere questi valori sotto un controllo farmacologico equilibrato e mirato, per i casi meno importanti, invece, può essere utile una dieta prevalentemente iposodica ma anche l'aiuto di alcune piante cosiddette amiche del cuore.

A scanso di equivoci diciamo subito che anche per questi prodotti è sbagliatissimo usare il sistema fai da te, meglio chiedere degli utili consigli sulla posologia e sull'uso ad esperti del settore, che potrebbero essere dei farmacisti specializzati in fitoterapia, ma meglio ancora è chiedere questi chiarimenti al proprio medico di base o ad uno specialista.

Una di queste piante considerate amiche del cuore è sicuramente il **biancospino**, un arbusto molto comune nella macchia mediterranea, che si presenta come un fiore ed è proprio questa parte che può essere usata per delle tisane distensive, il prodotto viene però venduto anche sotto forma di capsule o opercoli da prendere all'occorrenza. Secondo gli esperti il biancospino aiuterebbe a regolarizzare il battito cardiaco in caso di palpitazioni momentanee, transitorie, non patologiche. Anche i **bulbi di aglio** vengono considerati dei rimedi popolari abbastanza efficaci per combattere l'ipertensione e tutti i disturbi correlati. Le uniche controindicazioni di

questo prodotto naturale, molto usato in cucina sin dall'antichità, riguardano - in caso venga assunto al naturale - l'alitosi ed il gusto che per alcuni è un po' sgradevole, ma come per il biancospino in commercio vi sono delle capsule che si "aprono" solo quando arrivano nei pressi dell'intestino, ovviando quindi al problema dell'alito "cattivo". Di più recente utilizzo vi è invece il **ginkgo biloba**, le cui foglie contengono due tipi di derivati: i terpeni ed i flavonoidi, che proteggono dai radicali liberi, riducono lo spasmo arteriolare e aumentano la resistenza capillare, sono anche antinfiammatori.

Alla **gymnostemma pentaphyllum** vengono attribuite persino delle funzioni antitumorali (notizia questa da prendere con beneficio d'inventario), ipocolesterolemizzanti, immunoprotettive, antiossidanti, antinfiammatorie, epatoprotettive, antitrombotiche (prevenzione e trattamento dell'aterosclerosi).

Infine dalla **vitis vinifera** si estraggono procianidine e resveratrolo, le prime sono antiossidanti indicate per l'insufficienza venosa periferica, invece il resveratrolo è un potente antinfiammatorio e - forse - anche con funzioni anticancerogene.

Il quadro delle piante usate per l'ipertensione e patologie correlate si conclude con l'uso di diuretici quali l'**orthosiphon stamineus**, la **pilosella**, la **gramigna** e la **betulla**.

Tutti questi prodotti si possono trovare sia nelle erboristerie sia in molte farmacie che trattano queste "erbe mediche", ma il consiglio - è bene reiterare il concetto - è sempre lo stesso: non abusare di questi prodotti fitoterapici e prima di assumerli consultarsi con il proprio medico di base.



Da Vinci Un robot per la riabilitazione dopo l'ictus

di **Rachele Lorusso**

Il futuro ha nomi antichi e sembrano meccaniche: quelle di una console, alla quale sono collegati quattro bracci meccanici, uno per le fibre ottiche atte a fornire la visione tridimensionale e tre per manovrare i ferri del mestiere.

Da Vinci, questo il nome del nostro robot, non entra solo in sala operatoria ma in molti altri momenti del percorso di cura. A noi, nello specifico, interessa la riabilitazione del dopo ictus. Nella scorsa primavera - presso la Rice University di Houston, in Texas - è partito il primo studio biennale sull'efficacia di un robot nella riabilitazione delle persone colpite da ictus.

I pazienti coinvolti nella sperimentazione inizialmente vengono avviati a svolgere, in modo virtuale, esercizi abbastanza semplici ad una console. Ad esempio gli viene richiesto di spostare un oggetto da una zona all'altra dello schermo e se il movimento non è quello corretto il robot oppone una resistenza meccanica. Man mano che il gesto diventa familiare i pazienti riacquistano la funzione persa.

Tra i vantaggi offerti da questo sistema va annoverato quello di riuscire a quantificare la finezza dei movimenti, intervenendo pertanto con riabilitazioni il più possibile personalizzate.

L'esoscheletro robotico, invece, accelera il ripristino dell'uso degli arti nelle persone che hanno subito un danno neurologico. Messo a punto dai ricercatori del Rehabilitation Institute di Chicago è attualmente in fase di sperimentazione sui malati.

Per chi intendesse approfondire l'argomento segnaliamo l'articolo di Agnese Codignola, *Quel chirurgo è un robot*, pubblicato dall'*Espresso* del 17 gennaio 2008.

Relazione di Italian Stroke Forum

di **Giulio Luigi Papetti**

Lo scopo di questo mio intervento - redatto in collaborazione con la dott.ssa Teresa Ramadori - è quello di far sì che anche nella nostra regione, le persone colpite da ictus trovino adeguate risposte alla gravità del problema, che oggi rappresenta una vera emergenza sanitaria e sociale.

E' risaputo che l'ictus cerebrale è oggi la seconda causa di morte e la prima di invalidità permanente nel nostro paese e che, quindi, comporta un elevato costo sia per lo Stato che per le famiglie.

Nostro malgrado dobbiamo riscontrare una carenza di informazione volta alla prevenzione sia primaria che secondaria.

L'Associazione A.L.I.Ce da sempre si pone questo problema come prioritario, occupandosi di fare informazione sul territorio sia con le giornate nazionali sia con altre attività promozionali, rivolte alla cittadinanza. Perciò sentiamo anche profondamente il bisogno di sollecitare le istituzioni a realizzare una rete di Stroke - Unit sulla base dei bacini di utenza e delle distanze territoriali (es. Gorizia - Pordenone ed alta Carnia). Infatti è dimostrato che quanto prima si arriva in un pronto soccorso abilitato a fare una diagnosi precoce tanto più si riduce la mortalità e/o la conseguente disabilità.

Sarebbe auspicabile anche che lae Stroke - Unit siano dotate di 4/6 posti letto monitorati ogni 100.000 abitanti.

Secondo le indicazioni contenute nelle Linee guida, approvate dalla conferenza Stato - Regioni il 7 maggio 1998 e sulla scorta della legge 328/2000, le attività sanitarie di riabilitazione richiedono la presa in carico olistica della persona colpita da ictus, attraverso la predisposizione di un "progetto riabilitativo individuale" realizzato da un gruppo multidisciplinare, che si compone prevalentemente

di medici specialisti, infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, terapisti delle funzioni cognitive e del linguaggio, psicologi, dietisti e assistenti sociali, ecc..

Spread

In questa parte della mia relazione intendo rifarmi alle linee guida dettate dallo *SPREAD*, che recita testualmente: tale progetto dovrà "tenere conto delle specifiche caratteristiche della persona assistita, per quanto riguarda le attività residue e recuperabili, i bisogni, le preferenze, la condizione familiare e dei fattori ambientali e personali".

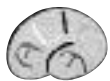
Esso deve pertanto contenere, oltre ai dati personali del paziente, altre caratteristiche clinico-funzionali, informazioni riguardo alla condizione familiare, lavorativa ed economica.

Tutti gli operatori del team devono programmare interventi riabilitativi, miranti alla realizzazione di obiettivi comuni, senza contrasti interni. Inoltre la composizione del team ed il ruolo di ogni componente deve essere specificato nel progetto.

Il progetto definisce la prognosi, le aspettative e le priorità della persona e dei suoi familiari tramite il medico coordinatore, al fine di garantire un flusso costante di informazioni al medico di famiglia.

Se alcuni elementi di base (bisogni, risorse, condizioni clinico-funzionali o ambientali) si modificano anche il progetto va riadattato alle nuove esigenze, rendendone partecipi sia il paziente sia gli operatori.

A questo punto individuamo l'esigenza di avere un raccordo fra Azienda Ospedaliera e Territorio, in assenza del quale si può verificare, come in effetti accade, che ai pazienti dimessi venga rilasciata una semplice lettera di dimissioni ordinarie diretta al medico curante (M.M.G.) senza le dovute indicazioni di un percorso riabilitativo, qualora ve ne sia l'esigenza.



24 novembre 2007 - Villa Manin, Udine

A questo segnaliamo l'esistenza di uno studio multiprofessionale della A.S.S. n. 1 - A.O.R. di TS presentato l'8 maggio 2004 dal dott. Carlo De Vuomo e dalla dott.ssa Angela Giovagnoli sui percorsi riabilitativi ed assistenziali. Esso prevede un raccordo Ospedale - Territorio articolato in tre protocolli: il *primo* dedicato ai pazienti con ictus, per assicurarli la continuità di cura della Stroke Unit; il *secondo* destinato alla definizione dei percorsi di riabilitazione post dimissioni dai reparti medici, in cui sono comprese anche le persone colpite da ictus; ed il *terzo* diretto non esclusivamente ai pazienti ictati, per la continuità assistenziale ospedaliera e quella domiciliare.

Quando il paziente rientra nell'ambiente domestico è il M.M.G. che lo riprende in cura e ne segue il percorso successivo. In questa fase l'obiettivo da perseguire sarà il mantenimento o il miglioramento dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana, semplici o complesse, verso il raggiungimento di un migliore livello di partecipazione sociale.

E' qui che diventa fondamentale l'educazione dei familiari ed il sostegno sociale al reinserimento nella famiglia e nella società.

A.L.I.Ce F.V.G.

Al fine di riempire i vuoti istituzionali la nostra Associazione si è attivata per: *offrire* una presenza concreta ed immediata, una consulenza in grado di rispondere alle richieste di informazioni che ci vengono rivolte; *promuovere* incontri di auto-aiuto coordinati da un **competente** neuropsicologo; *organizzare* incontri di musicoterapia e danzomovimentoterapia; *realizzare* giornate nazionali e locali finalizzate all'informazione ed alla prevenzione dell'ictus; *pubblicare* un periodico (*alice informa*), diretto agli operatori socio-sanitari ed ai nostri associati; *impegnarci* ad avviare un programma sulla Comunicazione e counseling nella relazione d'aiuto, diretta a sviluppare competenze rela-

zionali utili al paziente ed ai suoi familiari.

Proposte

Per quanto attiene alla presa in carico dei pazienti ultra settantenni dobbiamo fare notare che, nostro malgrado, c'è una tendenza, da noi non condivisa, a non prendere nell'adeguata considerazione i loro bisogni di recupero e di reinserimento sociale. Pertanto facciamo notare quanto sia importante la considerazione della presa in carico della persona nella sua globalità soggettiva.

Rappresentiamo, inoltre, come non ci sia un'adeguata riabilitazione nei confronti delle persone afasiche adulte; chiediamo, in proposito, una particolare attenzione a questo problema poiché detta patologia è particolarmente frustrante, in quanto compromette la possibilità di relazioni, della persona colpita, sia in famiglia sia in un ambito più complesso di relazioni sociali.

Per quanto riguarda gli obiettivi a lungo termine della riabilitazione facciamo inoltre presente che, nella fase della cosiddetta *stabilizzata*, per conservare le abilità raggiunte le persone dovrebbero comunque potere usufruire di cicli riabilitativi, a secondo del bisogno, costanti nel tempo.

Nella nostra regione disponiamo dell'Istituto Bacillari (ex Ospizio Marino di Grado), che pratica, fra l'altro, una riabilitazione in acqua (in piscina), con fisioterapista, finalizzata al recupero delle funzioni motorie ed alla conseguente diminuzione della spasticità. Sottolineiamo che tale istituto è utilizzato da persone provenienti da altre regioni mentre in alcuni distretti delle nostre ASS territoriali, come ad esempio la ASS 4 e nello specifico il distretto di Udine, si riscontrano delle difficoltà nell'inviare i propri assistiti.

Comunicazione e counselling nella relazione d'aiuto

In primavera, presumibilmente tra marzo ed aprile, verrà attivato un corso di formazione dedicato sia alle persone colpite da ictus sia, e soprattutto, ai loro familiari e/o ai care givers, comunque a tutti coloro che sono interessati al problema della *relazione d'aiuto*.

In generale, dunque, la motivazione dell'intervento formativo, è quella di offrire un supporto di tipo psicologico ed umano. Nello specifico, agli operatori volontari, si vuole proporre una formazione in grado di approfondire gli aspetti di auto-conoscenza in ambito psicologico, sia per migliorare le competenze comunicazionali sia per rafforzare quelle relazionali ed empatiche.

L'obiettivo del corso è quello di dotare gli operatori di strumenti atti a gestire la relazione con le persone assistite, ad individuare ed a risolvere le dinamiche di gruppo, a migliorare la collaborazione all'interno dell'equipe, a rendere più efficace il passaggio d'informazione sia tra operatori sia tra operatori e fruitori dell'intervento.

Il corso, di dodici ore complessive, si articolerà su quattro settimane. Quando ci verrà fornito il calendario definitivo, inerente agli interventi dei consulenti, ne daremo tempestiva comunicazione.

Abbonamenti teatrali

Si rammenta che l'Associazione ha a disposizione, per tutti i soci, alcuni abbonamenti teatrali da fruire presso il Teatro Rossetti, la Contrada e l'Armonia di Trieste. Chi è interessato può contattare la nostra segreteria.



Usi clinici della tossina botulinica

di **Valentina Pesavento ***

Che cos'è la tossina botulinica?

La tossina botulinica è nota essere uno dei più potenti veleni in natura, responsabile di intossicazioni, in genere alimentari, dall'esito spesso infausto ma, a dosi minime e diluite, viene usata in medicina riabilitativa per diminuire la spasticità degli arti. Essa determina un netto miglioramento della qualità di vita della maggior parte dei pazienti che non traggono benefici nei riguardi della spasticità da nessun altro trattamento, permettendo una maggior funzionalità degli arti trattati o comunque una migliore igiene personale ed una maggiore tollerabilità del senso di costrizione provocata dalla spasticità. Viene prodotta da un batterio, il *Clostridium Botulinum*, che si trova diffuso nell'ambiente sotto forma di spore termoresistenti (in grado di sopravvivere anche all'ebollizione se di breve durata). Questo batterio è in grado di produrre sette diversi tipi di neurotossine, di cui solo i preparati del tipo A (Botox e Dysport) e più recentemente del tipo B (Neurobloc) sono attualmente in commercio e disponibili ad uso terapeutico.

Il primo utilizzo a scopi terapeutici della tossina risale agli anni Ottanta, in America, nel trattamento dello strabismo congenito. Da allora, grazie alle ricerche sempre più approfondite, la sua applicazione si è estesa ad un'ampia gamma di disturbi neurologici.

Come agisce?

La tossina botulinica è una neurotossina, una tossina cioè con una spiccata affinità per il tessuto nervoso periferico. La sua ingestione (nella malattia conosciuta come botulismo) porta alla comparsa di un quadro di paralisi flaccida generalizzata. Questa è il risultato di un blocco della trasmissione dell'impulso nervoso a livello delle giunzioni nervo-muscolo e di un mancato rilascio della sostanza responsabile della contrazione muscolare o neurotrasmettitore, nel caso l'acetilcolina. In particolare l'azione della tossina si esplica con la messa fuori uso di alcune proteine di membrana essenziali per il funzionamento cellulare. Pertanto la sua azione

riguarda solamente i neuroni che possiedono una trasmissione colinergica, quali la placca neuro muscolare e l'innervazione ghiandolare.

Come viene usata?

Dato il suo meccanismo d'azione viene utilizzata in riabilitazione per ridurre i disordini da inappropriata o eccessiva contrazione muscolare, come forme di distonia focale, di spasticità o di contrazione inappropriata degli sfinteri (uretrali e anale), le dissinergie vescicali, le alterazioni dei movimenti oculari, e in estetica anche le rughe. Disordini caratterizzati da un'iperattività delle ghiandole esocrine che possono essere ridotti con la tossina botulinica comprendono l'iperidrosi (aumento della sudorazione), l'iperlacrimazione e la scialorrea (aumento della salivazione).

L'ampio range di applicazione e l'utilizzo diffuso attuale sono giustificati dalla mancanza di effetti collaterali significativi (nessun evento grave o mortale), dalla reversibilità dell'azione terapeutica, dalla facilità di somministrazione, dalla rapidità del trattamento e dalla facile replicabilità delle iniezioni. Presso l'ambulatorio *Neurolesi della Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale Maggiore di Trieste* la tossina botulinica viene utilizzata per ridurre la spasticità degli arti, in particolar modo *in pazienti con esiti di ictus o affetti da sclerosi multipla*.

La tossina può portare un miglioramento a diversi livelli nei pazienti che presentano una spasticità: nel facilitare le attività della vita quotidiana come la vestizione, l'igiene personale e l'alimentazione, nel ridurre i dolori, nel migliorare i movimenti e quindi nell'agevolare la fisioterapia, nel ridurre le posture scorrette e consentire di indossare un'ortesi. E' importante agire prima che si instaurino delle retrazioni tendinee.

La somministrazione avviene tramite iniezioni intramuscolo, che possono essere singole o multiple, a seconda della muscolatura interessata dal disturbo e dalla severità della spasticità. L'inoculazione della tossina nei muscoli superficiali e di grosso calibro può

essere effettuata utilizzando solo la palpazione dei ventri muscolari, anche se una ricerca più precisa delle sedi di inoculazione della tossina può essere fatta con una guida elettromiografica.

E' fondamentale valutare la dose adatta e i muscoli nei quali iniettarla: è importante valutare nel complesso quali sono i muscoli che attraverso l'attenuazione della spasticità produrrebbero nell'arto una maggior dinamicità mantenendone comunque il vigore.

Dosaggi elevati o diluizioni eccessive possono far perdere l'azione selettiva desiderata, facendo diffondere la tossina ai muscoli vicini. In ogni caso il dosaggio per muscolo deve essere valutato in funzione del peso complessivo del paziente, delle dimensioni del ventre muscolare, del grado di spasticità, del numero di muscoli da inoculare e soprattutto dagli obiettivi clinici da raggiungere. Pertanto la somministrazione della tossina botulinica deve essere eseguita da personale medico esperto.

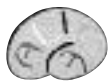
Tabella 1. **Scala di Ashworth**

0	NESSUN AUMENTO DEL TONO
1	LIEVE AUMENTO DEL TONO O QUANDO LA PARTE AFFETTA
2	LIEVE INCREMENTO DEL TONO RESISTENZA PER PIU' DI META
3	AUMENTO DEL TONO PIU' MA FLETTERE ANCORA FACILMEN
4	NOTEVOLE AUMENTO DEL TO
5	ARTO RIGIDO IN FLESSIONE E

Noi utilizziamo una scala per la valutazione della spasticità: la scala di Ashworth. Tale metodo di valutazione assegna un punteggio che varia da 0 a 5 punti al tono muscolare dei singoli muscoli interessati dal disturbo (vedi tabella 1).

Prima di eseguire il trattamento al paziente vengono illustrati sia gli effetti benefici con gli obiettivi prefissati sia gli effetti avversi del trattamento per ottenere un consenso "consapevole" al trattamento stesso.

Dopo l'iniezione di tossina botulinica possono presentarsi alcuni effetti collaterali come temporanea debolezza gen-



eralizzata, dolore, secchezza della fauci, vomito, lesioni accidentali, sintomatologia simil-influenzale, disturbi visivi. La maggior parte di questi effetti, se presenti, si risolve entro due settimane.

La tossina botulinica è controindicata in caso di patologia della placca neuromuscolare (miastenia, sindrome di Lambert-Eaton), come in caso di gravidanza ed allattamento. Si raccomanda inoltre in caso di recente anestesia di lasciar trascorrere un periodo di circa 1 mese tra l'anestesia e l'iniezione della tossina.

In generale l'effetto iniziale del trattamento miorelaxante si manifesta entro 3 giorni e raggiunge il massimo ad 1-2 settimane dalla somministrazione. La durata generale dell'effetto, influenzata da diversi fattori, può variare da 2 a 6 mesi. In ogni caso il trattamento non va ripetuto più di una volta ogni 3-4 mesi.

Come si accede al nostro ambulatorio?

Le tossine botuliniche sono sottoposte ad un regime di prescrizione ristretto. Si richiede che a prescrivere l'utilizzo per ridurre la spasticità sia un medico specialista con una buona esperienza.

Nella *nostra struttura* il trattamento

per facilitare l'effetto della tossina, quali lo splint per l'arto superiore, che tende ad aprire le dita ed il polso in modo da contrastare la patologica tendenza alla flessione, ed una fasciatura per l'arto inferiore che tende invece a contrastare la tendenza ad estendere e ruotare il piede (piede equino e supinato), o la flessione plantare delle dita.

Il paziente viene visto a controllo in ambulatorio a distanza di due giorni dalla infiltrazione per valutare se sono necessarie eventuali modifiche dell'ortesi e per valutare l'effetto della tossina.

* dottoressa responsabile del modulo neurolesi della struttura complessa di riabilitazione, sita presso l'Ospedale Maggiore di Trieste, e diretta dalla dottoressa Antonella Zadini.

Aterosclerosi e rischio di ictus

di **Cesare Cetin**

I ricercatori dell'Università di Saint Louis, negli Stati Uniti, hanno scoperto che il colesterolo alto, elemento fondamentale dell'aterosclerosi - del quale oggi gli studiosi conoscono il meccanismo con cui aumenta il rischio di ictus e di infarti - riduce l'attività della proteina TGF- beta. Questa proteina, la transforming growth factor - beta, presente nelle cellule dei vasi e del sangue, risulterebbe dotata di azione antiinfiammatoria e di numerose proprietà antiaterosclerosi.

I ricercatori hanno sperimentato che l'uso di statine riavvia il funzionamento della TGF - beta, ripristinandone l'azione antiaterosclerotica. La scoperta potrebbe pertanto portare alla produzione di farmaci o di supplementi nutrizionali in grado di trattare e/o prevenire l'aterosclerosi.

Lo riferisce Montebelli in *la Repubblica Salute* del 18 ottobre 2007, dopo avere ripreso l'interessante notizia dal *Journal of Cell Science*.

**Gli indirizzi e-mail
delle sedi di Trieste e di Udine:**

alicefvg.ts@libero.it

alicefvg.ud@virgilio.it

Una sentenza del Consiglio di Stato

di **Maria Tolone**

Riportiamo il caso della signora Maria Mallozzi, vedova del professore Carmine Tudino - docente di materie letterarie presso l'Istituto Statale per Geometri di Cassino - morto il 10 dicembre 1985 per ictus emorragico, già riconosciuto come dipendente da causa di servizio con decreto ministeriale del 20 gennaio 1990, su conforme parere della Commissione medica ospedaliera.

La signora ha impugnato il provvedimento del 19 febbraio 1991, con il quale l'allora Ministero della Pubblica Istruzione - sulla base del parere negativo reso dal Comitato per le Pensioni Privilegiate Ordinarie e dal Ministero della Sanità - aveva respinto la sua domanda, volta ad ottenere la "concessione dell'equo indennizzo e della pensione privilegiata di reversibilità", in relazione al decesso di Tudino determinato dall'evento ictale.

Vediamo le motivazioni addotte per respingere la richiesta della signora Mallozzi: la presunta mancanza di correlazione tra l'evento morboso ed il servizio prestato; la predisposizione del docente all'ipertensione, tanto che aveva avuto nel 1977 un primo episodio ictale con emiparesi sinistra.

Analizziamo quelle che invece hanno fatto vincere il ricorso alla vedova: l'evento ictale era già stato riconosciuto sì dipendente da causa di servizio; uno degli eventi si era verificato anche durante una riunione di servizio; il Dirigente Scolastico dell'Istituto aveva sottolineato "la partecipazione del docente alle vicende degli alunni, il suo coinvolgimento emotivo nelle discussioni che li riguardavano nonché il suo impegno e la sua assidua presenza in servizio, malgrado il pregresso evento morboso, di natura analoga, che aveva pregiudicato da molti anni il suo stato di salute". Pubblichiamo qui di seguito la massima: «Se è vero che, ai sensi dell'art. 5 bis del D.L. 21 settembre 1987, n. 387, convertito con L. 20 dicembre 1987, n. 472, il giudizio positivo della Commissione medica ospedaliera circa la dipendenza da causa di servizio di una infermità non preclude il difforme parere del Comitato per le pensioni privilegiate ordinarie (e le conseguenti diverse determinazioni dell'Autorità amministrativa), in sede di riconoscimento della pensione privilegiata e dell'equo indennizzo, è indubitabile, però, che, una volta affermata (con carattere di definitività) detta dipendenza, il contrario giudizio deve fondarsi su un iter logico particolarmente rigoroso e, soprattutto, completo in ordine agli eventi presi in considerazione».

MINIMA RESISTENZA A FINE CORSA, E' MOSSA IN FLESSIONE OD ESTENSIONE
DALE DA PROVOCARE UNA MINIMA DEL RANGE ARTICOLARE
RCATO, MA CON POSSIBILITA' DI NTE LA PARTE AFFETTA
NO, MOBILITA' PASSIVA DIFFICILE
OD ESTENSIONE

avviene in regime ambulatoriale, presso l'Ambulatorio Neurolesi. E' prevista dapprima una visita fisiatrica specialistica per valutare l'opportunità di effettuare il trattamento con tossina botulinica. Una volta deciso per il trattamento vengono valutati i singoli muscoli da trattare con la scala di Ashworth e a seconda del grado di spasticità, dei muscoli interessati e degli obiettivi da raggiungere viene stabilito il dosaggio da somministrare.

Dopo la somministrazione della tossina viene valutato l'effetto immediato e la risposta del paziente, che viene monitorato per un breve periodo. Spesso si applicano immediatamente delle ortesi



Ictus cerebrale e trattamento degli esiti

di **Marco Casaroli ***

La fase di stabilizzazione dell'ictus cerebrale è caratterizzata dalla presenza di un quadro clinico che può comprendere deficit motori, disturbi sensitivi, alterazioni della sfera cognitiva, sindromi depressive e talora crisi epilettiche tardive. Il trattamento degli esiti dell'ictus stabilizzato è importante e mira in primo luogo a migliorare la qualità della vita del paziente colpito dall'evento. Esso deve contemplare un approccio integrato indirizzato principalmente ai seguenti obiettivi: prevenzione delle recidive, riabilitazione dei deficit motori e/o cognitivi, trattamento delle complicanze depressive.

Prevenzione delle recidive. L'ictus cerebrale è una patologia che può andare incontro a recidive. Il rischio di un secondo ictus è circa del 15% nell'arco dei due anni successivi. La recidiva è un evento che va evitato sia per i rischi che comporta, sia per l'effetto invalidante aggiuntivo che ne deriva.

La prevenzione delle recidive prevede innanzitutto il trattamento dei fattori di rischio e delle patologie sistemiche che possono determinarlo. Il fumo e l'ipercolesterolemia sono due importanti fattori di rischio vascolare. La prevenzione secondaria dell'ictus dovrà prevedere una sostanziale modifica dello stile di vita del paziente. Il fumo andrà totalmente vietato, la dieta dovrà essere ipocalorica e povera di grassi saturi (burro, strutto, lardo, etc.) e si dovranno utilizzare farmaci ipolipemizzanti adeguati quali le statine. Frequentemente l'ictus rappresenta l'espressione e l'epilogo drammatico di patologie sistemiche extraneurologiche quali malattie vascolari (ipertensione), cardiache (fibrillazione atriale, valvulopatie emboligene etc.) o metaboliche (diabete). Prevenire le recidive significa anche trattare adeguatamente tutte queste patologie. Il trattamento farmacologico delle recidive dell'ictus prevede anche l'uso di farmaci antiaggreganti e/o anticoagulanti. I farmaci antiaggreganti mirano a ridurre l'evoluzione del quadro aterosclerotico e sono in particolare indicati negli individui che hanno avuto una genesi aterotrombotica dell'ischemia cerebrale. I principali farmaci antiaggreganti sono l'acido acetilsalicilico, la ticlopidina ed il clopidogrel. I farmaci anticoagulanti sono

indicati in pazienti con una storia di ictus su base cardioembolica. I principali farmaci di questo gruppo sono l'eparina (con i suoi derivati) ed i dicumarolici. Questi trattamenti farmacologici ed in particolare la terapia anticoagulante necessitano di periodici controlli degli esami del sangue che comprendano almeno l'emocromo, la conta delle piastrine, il tempo di protrombina ed il fibrinogeno.

Riabilitazione. L'obiettivo generale della riabilitazione è quello di contribuire alla riduzione della condizione di handicap connessa alla disabilità da ictus. Principale scopo della riabilitazione motoria è quello di indurre un miglioramento dei livelli di motilità degli arti paretici. Numerosi studi hanno valorizzato il ruolo della riabilitazione motoria già nelle fasi precoci del decorso post-ictus. Il primo obiettivo consiste nell'evitare una delle conseguenze più frequenti dell'ictus, cioè il verificarsi delle contratture. Il secondo obiettivo nel facilitare i movimenti volontari e nell'inibire la spasticità. Generalmente esiste una progressione degli esercizi riabilitativi che inizia con sedute di terapia al tappeto seguite da esercizi miranti a riacquistare la posizione eretta con appoggio e successivamente senza appoggio. Seguono esercizi di deambulazione assistita mediante sussidi protesici sempre meno ingombranti (deambulatore, tripode, bastone). Esistono numerosi metodi di riabilitazione che differiscono per presupposti teorici e modalità di intervento. Studi controllati hanno dimostrato l'efficacia dei trattamenti riabilitativi monitorando i pazienti trattati rispetto a gruppi di pazienti non riabilitati, anche se non hanno messo chiaramente in evidenza la superiorità di un metodo rispetto agli altri. La riabilitazione cognitiva ha come scopo il miglior recupero possibile di quelle funzioni cognitive che sono state compromesse dall'ictus. Ciò prevede inizialmente una attenta valutazione neuropsicologica del paziente mediante batterie di test che esplorino il più estensivamente possibile le differenti funzioni cognitive (linguaggio, memoria, attenzione, visuospatialità etc.). Questa attenta valutazione ha lo scopo di delineare un attento profilo cognitivo che permetta di distinguere le abilità compromesse da

quelle risparmiate. Le tecniche riabilitative dovranno poi mirare al ripristino della funzione compromessa od alla impostazione di strategie che permettano di compensare il deficit attraverso l'utilizzo delle funzioni risparmiate. I deficit cognitivi focali più frequenti nel paziente con ictus sono costituiti dai disturbi del linguaggio e dall'emi-inattenzione. Tra primi ricordiamo in particolare le "afasie" che conseguono a lesioni dell'emisfero cerebrale sinistro e che comportano una difficoltà di produzione e/o comprensione del linguaggio. I disturbi di emi-inattenzione o neglect sono deficit generalmente conseguenti a lesioni delle porzioni posteriori dell'emisfero cerebrale di destra e sono caratterizzati da difficoltà a prestare attenzione a ciò che capita nello spazio a sinistra del paziente. La riabilitazione cognitiva procede generalmente attraverso sedute con un terapeuta qualificato della riabilitazione, durano circa un'ora ed hanno cadenza di 2-3 incontri alla settimana. Risultati incoraggianti arrivano anche dall'applicazione dell'informatica nella riabilitazione cognitiva (riabilitazione assistita dal computer).

Trattamento delle complicanze depressive. Tra le complicanze psichiatriche dell'ictus la depressione è quella sicuramente più frequente, in particolare nei soggetti con lesioni dell'emisfero cerebrale sinistro. Il trattamento di tale complicanza è di un certo interesse in quanto la depressione può contribuire ad aggravare lo stato di handicap e condizionare significativamente l'adesione del paziente ai trattamenti riabilitativi. Il trattamento è di tipo farmacologico e psicoterapeutico. I farmaci antidepressivi di ultima generazione (SSRI e SNRI) si sono rivelati efficaci nell'alleviare od eliminare i sintomi depressivi e maneggevoli in quanto presentano molte meno complicazioni ed in particolare meno effetti cardiovascolari degli antidepressivi di prima generazione. La psicoterapia mira a rinforzare la capacità del paziente a fronteggiare il vissuto di perdita, il "lutto" che caratterizza qualsiasi malattia invalidante. Il coinvolgimento del nucleo familiare in una terapia di orientamento sistemico è utile a ridurre le aspettative negative dei congiunti nei confronti del paziente e può aiutare ad evitare che la relazione con quest'ultimo sia veicolata esclusivamente sul canale della malattia.

* neurologo presso U.O. Neurologia Ospedale Gervasutta di Udine



Il percorso riabilitativo dell'anziano colpito da stroke e frattura di femore

di Tamara Boschi*

Nel vasto panorama delle disabilità una percentuale significativa deriva dal prolungarsi della vita media, ovvero dal numero degli anziani, spesso affetti da pluripatologie e da limitazioni funzionali significative. Tra le affezioni morbose quelle che ci sembrano più frequenti e con un peso importante sono lo stroke e la frattura di femore in quanto, direttamente o indirettamente, fra le principali cause di morte, ma anche e soprattutto di disabilità nei pazienti sopra i 65 anni. Quando il paziente viene colpito da una di queste patologie, in fase acuta, viene accolto in ospedale dove fruisce di interventi che non sono possibili a domicilio sia per la complessità degli atti medici sia per l'instabilità clinica della condizione stessa. Superata la fase acuta inizia il percorso riabilitativo. Focalizzando l'attenzione sulla riabilitazione del paziente post stroke, possiamo definirla come una serie di interventi volti a restaurare l'indipendenza sia fisica che cognitiva, soprattutto nella prima fase, definita post-acuta, la riabilitazione è basata su un approccio tipo problem-solving.

L'attenzione è rivolta a tutta la persona e questo presuppone un piano individualizzato, redatto da un team in cui entrano in gioco varie figure sanitarie e rivolto ai bisogni individuali del paziente, alle sue preferenze, come pure a quelle dei suoi familiari, tenendo conto delle capacità residue.

È necessario che tale programma definisca degli obiettivi a breve e medio termine, compresi e condivisi con i pazienti e la famiglia. Quindi le azioni correlate all'assistenza, con lo scopo di ottenere il miglior recupero possibile, sono: definire una prognosi e organizzare un intervento precoce; prevenire le complicazioni dovute all'evoluzione del danno cerebrale, alle condizioni generali e all'immobilità; determinare il setting riabilitativo; pianificare l'assistenza riabilitativa. Passata questa prima fase, i pazienti vengono dimessi, alcuni senza esiti, altri con degli esiti che potremmo classificare come più o meno severi e persistenti.

Alcuni studi su pazienti dimessi mostrano che il loro livello di indipendenza può essere ancora migliorato ma anche peggiorato nel tempo, questo perché gli esiti

non sono ancora stabilizzati. L'indipendenza di una persona può non essere raggiunta in un tempo utile prima della dimissione, oppure arrivare ad un livello non sufficiente da potere essere mantenuta a casa, o ancora può essere influenzata da comorbidità o impedita da barriere strutturali della casa. Così è comune esperienza che ciò che si è ottenuto in un programma riabilitativo intensivo, poi possa non essere mantenuto dopo solo un anno dalla dimissione. Per quel che riguarda la frattura di femore si conosce molto bene l'importanza che questa patologia riveste sia in termini epidemiologici (300.000 persone ogni anno si rompono il femore solo negli Stati Uniti) sia in termini di spesa sanitaria. Anche in questo caso i dati riferiscono che la mortalità entro un anno è molto alta (14-30%), l'incidenza per una caduta seguita da una seconda frattura è rilevante (5.2%), i sopravvissuti spesso vivono con una disabilità permanente e una notevole dipendenza, a prescindere dal fatto che l'operazione chirurgica sia avvenuta con successo.

Alcuni studi hanno riportato che molti pazienti non raggiungono i livelli funzionali pre-frattura per attività della vita quotidiana, deambulazione ed equilibrio e questo è strettamente connesso con il fatto che vengono diminuiti severamente i livelli di attività fisica giornaliera.

Quindi sia la mobilità ridotta che lo scarso equilibrio sono stati associati con l'elevata morbilità dei pazienti e inoltre questi due aspetti vengono riconosciuti come forti predittori di cadute nella popolazione anziana. Hall et al. denotano che la perdita di equilibrio e di mobilità insieme alla ridotta indipendenza funzionale e sociale si riflettono in una notevole diminuzione della qualità della vita per i pazienti con frattura di femore.

Con queste premesse, diventa evidente come i pazienti con stroke o frattura di femore richiedano una presa in carico alla dimissione, ovvero un programma di completamento e/o mantenimento riabilitativo che si avvarrà, in alcuni casi, di veri e propri interventi sanitari ed in altri di una programmazione e realizzazione di interventi educativi ed assistenziali da svolgere con altre figure ed in particolar

modo con i membri della famiglia. Dovrebbe essere abbastanza logico pensare che prima il paziente torna a casa prima questo processo di "riabilitazione" può cominciare, perché un'ospedalizzazione prolungata diventa deprimente ed isolante. La soluzione più ovvia sembra quindi essere quella di offrire al paziente dimesso, dopo l'episodio dello stroke o della frattura di femore, una continuità nell'intervento. Ecco che allora vi è la possibilità che il deterioramento possa essere prevenuto dalle attività di riabilitazione multidisciplinare. Gli obiettivi da raggiungere in quest'ultima parte del trattamento saranno quelli di visualizzare le prospettive per il futuro, di identificare le facilitazioni domiciliari, il management dei problemi emozionali e cognitivi e lo sviluppo dell'indipendenza nelle ADL (Azioni Domiciliari Giornaliere).

L'efficacia del trattamento deriva dalla motivazione e dal miglioramento dell'umore del paziente, specie se anziano, e che, inserito nel suo ambiente, viene incoraggiato ad una più sentita partecipazione nelle attività.

Di fondamentale importanza è il fatto che a domicilio del paziente è più facile focalizzare gli obiettivi dell'intervento per tutto quello che concerne i bisogni immediati di quest'ultimo ma anche della sua famiglia.

La presa in carico diventa fondamentale nei casi in cui il paziente abbia dei deficit cognitivi o un'età avanzata.

Un fattore fondamentale per la buona riuscita dell'intervento sembra essere il supporto familiare: infatti i passi iniziali nella riabilitazione sono mantenuti più efficacemente se la famiglia è in salute, coinvolta e sostenitrice e la letteratura internazionale sottolinea a questo riguardo quanto sia importante il coinvolgimento familiare: studi recenti indicano che la famiglia che ha un coinvolgimento maggiore nel piano di dimissione è caratterizzata da livelli di soddisfazione e di preparazione più alti rispetto a famiglie che hanno seguito dei percorsi standard.

I controlli ci dicono che le famiglie adeguatamente "istruite" su quella che è la patologia del malato, sui suoi effetti e sul comportamento più adeguato da tenere in determinate circostanze, a distanza di 6 settimane e 2 mesi dalla dimissione, hanno accettato il loro ruolo di assistenza in modo migliore e più preparato con uno stress emotivo sostenibile.

*dottoressa



L'Editoriale • da pag. 1

pia che "agisce sulla parte sana dell'individuo, sulla sua parte creativa e attraverso tale tecnica si riesce a realizzare il superamento dei limiti fisici e psichici". Molti soci hanno usufruito di abbonamenti teatrali che sono a disposizione, a rotazione, presso la nostra sede; riguardanti i teatri *Rossetti*, *Contrada* e *Armonia*.

Anche quest'anno, in prossimità delle feste natalizie, si è svolto il consueto pranzo sociale, momento ineguagliabile di incontro, di socializzazione e di scambio sia di emozioni sia di affettività. Costante è la nostra attività volta alla prevenzione, mediante informazioni utili e consulenze di orientamento rivolte alle persone colpite da ictus ed ai loro familiari. Particolare impegno viene inoltre profuso in occasione della nostra Giornata Nazionale – **Alice in piazza** – per la lotta all'Ictus Cerebrale, da parte dei soci volontari e rivolta a tutta la cittadinanza.

È avviata la progettazione di un corso di formazione dedicato al tema della relazione d'aiuto, che mira alla acquisizione di capacità di ascolto ed al miglioramento della comunicazione. Infatti, solo ponendosi in relazione empatica con l'altro, si potrà riuscire ad aiutare e ad aiutarsi, attraverso dunque una condivisione di responsabilità.

E' accaduto nel ... 2007

di **Aldo Ricci**

Il 2007 è stato un anno di intensa attività, che ha prodotto diverse novità. Già nei primi giorni di gennaio, con l'Assemblea Generale, vi è stato un aggiornamento: Aldo Ricci è stato cooptato in seno al Consiglio Direttivo con mansioni di Responsabile P.R..

Da subito abbiamo lavorato per dare una spinta a tutte le iniziative dell'Associazione, confermando quelle valide e proponendone di nuove. Ne sono scaturiti dodici punti programmatici che, ad eccezione di alcuni, sono stati realizzati e che potrebbero essere così sintetizzati:

la nascita del nostro periodico, "**alice informa**"; una maggiore informazione tramite il quotidiano cittadino *Il Piccolo*; l'invio di auguri di compleanno, ai soci, tramite la pagine del *Piccolo* stesso, nelle *Ore della città*; la distribuzione del distintivo sociale; la modifica della tessera sociale (in corso); la predisposizione di un'anagrafe con i dati completi dei soci; l'istituzione della *Festa Sociale*, realizzata poi a fine aprile.

Diversi sono stati gli incontri, sovente realizzati fuori dalle solite strutture tradizionali: il 22 maggio ci siamo ritrovati, per iniziativa di Salvatore Raguso, presso l'Agriturismo di Prosecco; il 19 giugno nel portico-giardino di casa Ricci; il 29 giugno presso l'*Oasi del Gelato*, ospiti dell'amico Busetti; il 20 ottobre abbiamo fatto una *Passeggiata in Carso*, arricchita da curiosità storiche e ristoro, che ci ha visti approdare alla *Franz Josef Stube* di Aurisina; per arrivare, poi, al primo dicembre con la grande *Festa degli Auguri*, il tradizionale pranzo di Natale.

Particolare impegno è stato riservato all'organizzazione della *Ottava Giornata Nazionale della Prevenzione contro l'Ictus Cerebrale*, che si è svolta il 13 maggio, con gazebo ed ambulanza, in Piazza della Borsa. In questa occasione sono state intervistate centinaia di persone - che si sono sottoposte alla misurazione della pressione arteriosa e ad ecodopler, per

individuare i soggetti a rischio, sotto la supervisione del dott. Fabio Chioldo Grandi, responsabile della Unità STROKE UNIT, presso la Clinica Neurologica di Cattinara - e sono stati distribuiti centinaia di depliants con precise informazioni sulla prevenzione dell'ictus cerebrale; tante gentili signore sono state, inoltre, omaggiate con piantine di rose.

Sono anche da ricordare le attività che la nostra Associazione realizza, settimanalmente, nel corso di tutto l'anno: il trasporto invalidi, la musicoterapia, le riunioni di auto aiuto psicologico, che in questi ultimi mesi hanno segnato un record, raddoppiando il numero delle presenze.

Ritengo superfluo indicare tutte le partecipazioni di Alice Trieste Onlus alle molteplici riunioni indette dall'Azienda Sanitaria e ad altre amministrazioni che apprezzano i suggerimenti e le attività svolte a favore delle persone citate, nell'intento di limitare le fasi invalidanti e di migliorare la qualità della vita.

Sia pure in ritardo desideriamo rivolgere un caloroso benvenuto ad una ventina di nuovi soci, unitisi a noi lo scorso anno. Potrebbe essere questo un segnale positivo e beneaugurante per la crescita dell'Associazione, frutto di un impegno capillare, costante e certosino.

Ad maiora!



Il primo dicembre, presso il ristorante "Posta", si è svolta la *Festa degli Auguri*, con il tradizionale pranzo natalizio dell'Associazione. Una giornata di vera festa, con scambio di auguri, regali, intrattenimenti e musica.

Particolare emozione ha destato l'esecuzione del coro dei soci afasici, che frequentano le riunioni di musicoterapia, esibitisi nella difficile interpretazione della canzone triestina marinaresca. Una riunione gratificante, questa, che ha visto la partecipazione di ottanta persone, tra le quali annoveriamo la presenza di autorevoli e graditi ospiti.

Un momento, dunque, di aggregazione e di amicizia, nel rispetto della tradizione che si rinnova da anni.