



# Il paziente con ictus cerebrale

## Guida per l'assistenza nelle normali attività di vita quotidiana

*A cura dell'U. O. di Riabilitazione Neuromotoria-Ortopedica-Traumatologica  
Polo Specialistico Riabilitativo Ospedale "Criscuoli"*

*Sant'Angelo dei Lombardi (AV)*

*Dr. Salvatore Riccardo Brancaccio, Medico Fisiatra - Responsabile dell'U. O.*

*Dr. Ft. Massimo Colella, Coordinatore Area Riabilitativa*

---

«Condividere la sofferenza  
è il primo passo terapeutico»

**Don Carlo Gnocchi**  
*(da un discorso ai medici, 1954)*

# Indice

<i>Dal curare al prendersi cura</i>	pag. 4
<i>Prefazione</i>	pag. 7
<i>Introduzione</i>	pag. 9
<b>Elementi di riabilitazione nel paziente colpito da ictus cerebrale</b>	pag. 10
<b>La gestione del paziente a domicilio</b>	pag. 12
• <i>Posizioni e spostamenti</i>	pag. 12
• <i>L'assistenza ai pasti</i>	pag. 26
• <i>L'assistenza nel vestirsi</i>	pag. 27
• <i>L'assistenza nell'attività di igiene</i>	pag. 30
<b>Disfagia</b>	pag. 33
<b>Esercizi per il paziente a domicilio</b>	pag. 35
<b>Ortesi, protesi e ausili</b>	pag. 44
La Fondazione Don Gnocchi	pag. 48

# Dal curare al prendersi cura

**«Non esistono malattie, ma malati, cioè un dato modo di ammalarsi proprio di ciascuno e corrispondente alla sua profonda individualità somatica, umorale e psicologica. La grande abilità del medico è quella di riuscire a comprendere, o meglio a intuire, la personalità fisiologica di ciascun paziente».**

Negli anni Cinquanta del secolo scorso don Carlo Gnocchi - oggi beato - aveva intravisto e denunciato con queste parole la possibile deriva della professione sanitaria. Un'affermazione che ben sottolinea la sua concezione antropologica, protesa a considerare ciascun paziente come un "unicum", "una parola detta da Dio una volta sola, per sempre", che necessita perciò di una cura costante e sempre rinnovata, in funzione del suo percorso di cura e di un eventuale recupero.

Un modo di considerare l'uomo e il servizio sociosanitario che esige un impegno terapeutico a tutto campo e l'elaborazione di un sapere non univoco e non parcellizzato, messo a disposizione di tutti per il servizio e la promozione della vita, sempre e comunque. Una sollecitudine per il malato che investe anche le relazioni intercorrenti tra operatore sanitario e paziente, affinché la cura sia efficace e l'unità e l'integralità della persona ne escano rafforzate.

Lo "stile don Gnocchi" passa attraverso questa modalità di cura e di compartecipazione con i mondi vitali dei pazienti, primo fra tutti quello familiare.

La **famiglia** infatti è il luogo costitutivo dell'appartenenza, sta al centro della vita sociale e fa consistere l'identità personale. Benessere e malessere del singolo sono spesso riconducibili al vissuto familiare ed è altresì il contesto più appropriato per dire una parola forte, decisiva sul senso del vivere, gioire, soffrire.

Intervenire su di essa costituisce il primo e fondamentale atto del prendersi cura delle persone, soprattutto se sofferenti o in condizioni di bisogno.

Da ciò questi semplici ed utilissimi **Quaderni** - raccolti un'apposita **Collana** - per stare ancor più accanto alle persone e alle loro famiglie in delicati momenti di fragilità, con una linea di intervento che si snoda dalla prevenzione alla riabilitazione. Opuscoli che sono un significativo e concreto segno di questo mandato etico-metodologico, che il beato don Gnocchi ha trasmesso alla sua Opera come lascito testamentario e come invito a rendere la prossimità un gesto concreto e quotidiano, ispirato dal dono più generoso e incondizionato.

Ringrazio gli operatori che hanno lavorato alla stesura di questo prezioso sussidio, che coniuga l'informazione scientifica essenziale e il calore di chi si sente partecipe della sofferenza dei malati, veri templi di vita e reliquie *"meritevoli di venerazione e di culto"*.

**Mons. Angelo Bazzari**

*Presidente Fondazione Don Gnocchi*



# Prefazione

L'ictus cerebrale è la causa più frequente di disabilità in persone adulte e può purtroppo comportare, in caso di sopravvivenza, gravi invalidità e far perdere alle persone un bene prezioso: la propria autonomia.

L'ictus cerebrale è un evento drammatico che richiede un'assistenza riabilitativa di qualità, in grado di offrire - attraverso ricerca scientifica e formazione specialistica - una governabilità clinica del paziente e una risposta concreta ai suoi bisogni.

La riabilitazione dopo un ictus cerebrale inizia già all'ospedale. Tutto quanto si intraprende in questa sede mira ad una buona ripresa del paziente, che dopo l'evento acuto deve reinserirsi in famiglia e nella società e poter condurre una vita il più possibile attiva.

La Fondazione Don Gnocchi - in coerenza con la mission ereditata dal beato don Carlo - vuole proporre modelli di riabilitazione che puntano all'eccellenza, coniugando solidarietà e managerialità, carità e capacità organizzative e gestionali.

Questo libretto cerca di offrire risposte semplici e concrete ai bisogni del paziente e della sua famiglia, secondo un stile finalizzato alla presa in carico globale della persona fragile nel suo percorso di cura, evitando frammentazioni e assicurando quella continuità assistenziale necessaria per una migliore appropriatezza del servizio offerto e per una buona qualità di vita

**Mauro Mattiacci**

*direttore Polo Lazio-Campania nord  
Fondazione Don Carlo Gnocchi*



# Introduzione

Questo opuscolo è destinato a tutti coloro che si trovano a dover affrontare la complessa gestione domestica di un soggetto colpito da un ictus cerebrale che provoca, tra l'altro, una perdita totale o parziale di abilità funzionali motorie quali sono indispensabili per vestirsi, alimentarsi, utilizzare oggetti e strumenti, cambiare posizione nello spazio, camminare, salire e scendere le scale ed altre ancora, con inevitabile compromissione, più o meno grave, della autonomia della persona nello svolgimento delle attività di vita quotidiana, lavorative e relazionali.

L'obiettivo generale della riabilitazione è quello di contribuire alla riduzione delle condizioni di disabilità prodotte dalle patologie. Scopo della riabilitazione motoria è principalmente quello di favorire un recupero dei livelli di motilità delle parti del corpo colpite, più spesso un emicorpo, con conseguente recupero di spazi di autonomia nella gestione personale e dell'ambiente domestico ed extradomestico.

Al termine del percorso riabilitativo ospedaliero, la persona torna al proprio domicilio dove dovrà mettere in pratica quanto già appreso. Per questo necessita, insieme alla sua famiglia, di essere preventivamente informata su come gestire le capacità acquisite e compensare i disturbi residui al proprio domicilio, sia che il trattamento riabilitativo prosegua con modalità ambulatoriale sia che si sia concluso

A tale scopo, e per non esaurire la presa in carico del paziente da parte della Fondazione Don Carlo Gnocchi nel momento della sua dimissione dalla struttura, abbiamo ritenuto utile redigere un "piccolo" manuale che possa accompagnare i nostri pazienti e le loro famiglie nel ritorno a casa.

**L'équipe**

# Elementi di riabilitazione nel paziente colpito da ictus cerebrale

L'obiettivo generale della riabilitazione è quello di contribuire alla riduzione della condizione di handicap connessa alla disabilità data dalla patologia. Scopo della riabilitazione motoria è principalmente quello di indurre un recupero dei livelli di motilità degli arti paretici.

Numerosi studi hanno valorizzato il ruolo della riabilitazione motoria già nelle fasi precoci del decorso post-ictale. Esiste una progressione degli esercizi riabilitativi che inizia con sedute di terapia al tappeto, oppure sul lettino seguite da esercizi miranti a riacquistare la posizione eretta con appoggio e successivamente senza appoggio. Seguono esercizi di deambulazione assistita mediante ausili sempre meno ingombranti (deambulatore, tripode, bastone).

Numerose sono le metodiche di riabilitazione che differiscono per presupposti teorici e modalità di intervento; le più conosciute sono il Bobath, Kabath, Perfetti.

Studi controllati hanno dimostrato l'efficacia di tutti i trattamenti riabilitativi rispetto a gruppi di pazienti non riabilitati, anche se non hanno messo chiaramente in evidenza la superiorità di un determinato metodo rispetto agli altri.

La riabilitazione cognitiva ha come scopo il recupero delle funzioni cognitive 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, funzioni attenzionali e visuospatiali etc.). I deficit cognitivi più frequenti sono costituiti dai disturbi di linguaggio (le cosiddette "afasie") e dai disturbi di emi-inattenzione o neglect (caratterizzati da difficoltà a prestare attenzione a tutto ciò che capita nello spazio, generalmente alla sinistra del paziente; sono deficit conseguenti a lesioni delle porzioni posteriori dell'emisfero cerebrale di destra).

La riabilitazione sia motoria che cognitiva procede per sedute che durano da 1 a 2 ore.

Risultati incoraggianti stanno venendo dall'applicazione dell'informatica alla riabilitazione cognitiva (riabilitazione assistita dal computer).

# La spalla dolorosa dell'emiplegico

La sindrome della "spalla dolorosa" è presente nel 70% dei pazienti con paralisi degli arti superiori. Compare di solito tra i quindici e i sessanta giorni dall'evento acuto.

È una complicanza tra le più frequenti, per cui è importante sia per il paziente che per i parenti l'acquisizione di alcune tecniche di prevenzione sotto riportate:

- corretto posizionamento dell'arto superiore (supina- laterale- posizione assisa- stazione eretta, ecc.);
- insegnare al paziente a non tenere l'arto a penzolini;
- corrette tecniche di presa dell'arto superiore durante la deambulazione evitando movimenti in trazione);
- evitare sollecitazione in trazione dell'arto plegico/paretico nell'indossare capi di abbigliamento; (vestire prima l'arto plegico/paretico e successivamente quello sano).

## Principi di rieducazione

- Risolvere i problemi con il paziente.
- Impegnare il paziente con compiti significativi.
- Le mani dell'assistente circondano quelle del paziente esercitando con le punte delle dita un'eguale, diffusa pressione.
- Le mani dell'assistente non devono avere contatti con l'oggetto o il materiale trattati.
- L'assistente deve avere un piano terapeutico mirato.
- Le mani del paziente devono restare a contatto con la superficie di lavoro.
- Il trattamento deve essere bimanuale.
- L'assistente deve guidare l'intero corpo del paziente.
- Dapprima il paziente dovrà toccare l'oggetto e solo dopo la mano spastica verrà guidata intorno ad esso.
- L'assistente non deve parlare mentre guida il paziente.
- L'assistente deve stabilizzare metà del corpo prima di muovere l'altra.

# La gestione del paziente a domicilio

## Posizioni e spostamenti

### Sistemazione della camera

La perdita della sensibilità diminuisce la capacità del paziente di muoversi normalmente e mantenere il suo equilibrio; al fine di evitare perdite sensoriali, il paziente deve ricevere il maggior numero di stimolazioni possibili sul lato colpito.

In tal senso è opportuno sistemare la camera in modo tale che tutte le operatività si possano agevolmente attuare su tale parte del corpo. Il paziente è posizionato correttamente se la sistemazione del suo letto nella stanza lo costringe a guardare al di là del suo lato plegico, nelle attività generiche o per i suoi interessi immediati (es. guardare la televisione).

Allo stesso modo, con il comodino dalla parte del lato plegico dovrà raggiungere il suo bicchiere d'acqua o il fazzoletto attraverso la sua linea mediana.



## Posizione sull'emilato plegico

**Letto:** deve essere duro, posato su una base altrettanto dura e l'altezza del letto dovrebbe essere regolabile per rendere possibile un facile e corretto trasferimento del paziente.

**Testa:** è ben in avanti, confortevolmente appoggiata.

**Tronco:** è dritto ed allineato, sostenuto da un cuscino posto dietro la schiena ed i glutei.

**Spalla plegica:** sul basso, portata in avanti.

### Braccio plegico:

- in avanti sino a formare un angolo di circa 90° con il corpo;

- totalmente sostenuto da un cuscino ed appoggiato su di un tavolino posto presso il letto del paziente;

- anche il gomito è teso il più possibile con il palmo della mano girato verso l'alto.

### Gamba plegica:

- anca tesa

- ginocchio leggermente flesso

**Braccio sano:** posato lungo il corpo o su di un cuscino.

**Gamba e piede sani:** su di un cuscino e portata in avanti.



### Posizione supina

**Testa:** ruotata verso il lato plegico. La spalla colpita appoggiata su un cuscino.

**Braccio plegico:**

- appoggiato su di un cuscino posto a fianco del corpo;
- leggermente abdotto;
- gomito teso;
- mano in flessione dorsale;
- dita tese.

**Anca plegica:** tesa ed appoggiata sul cuscino.



*N.B.: A causa dell'influenza dell'attività riflessa questa posizione dovrebbe essere evitata il più possibile.*

## Posizione sul lato sano

**Testa:** confortevolmente appoggiata, con tronco dritto ed allineato.

**Spalla plegica:** in avanti.

**Braccio e mano plegici:** appoggiati su di un cuscino con il palmo della mano rivolto verso il basso.

**Gamba plegica:**

- anca e ginocchio leggermente flessi;
- gamba e piede completamente appoggiati su di un cuscino.

**Braccio sano:** nella posizione più confortevole per il paziente.

**Gamba sana:** anca e ginocchio tesi.



*N.B.: Non si deve appoggiare nulla nella mano o contro la pianta del piede perché ciò stimolerebbe attività riflessa indesiderata.*

## Spostamento laterale nel letto

**Posizione paziente:** coricato, con le ginocchia flesse.

**Manovra di facilitazione allo spostamento:** una mano preme il ginocchio del lato colpito verso il basso mentre l'altra accompagna il bacino nel suo movimento verso l'alto e lateralmente. Spostare quindi lateralmente ed insieme spalle e guanciale per ottenere il posizionamento desiderato.



## Trasferimento di carico sul lato sano

La gamba plegica è flessa.

Le mani del paziente sono incrociate.

Guidare la gamba plegica del paziente verso la gamba sana, applicando sempre meno assistenza, fino a quando può eseguire il movimento da solo.

Il paziente tiene le mani incrociate (*nel tondo*) e ruota il torace muovendo le braccia verso il lato sano.



## Trasferimento di carico sull'emilato plegico

Attivo



**Manovra di facilitazione:** trattenere il lato plegico;  
Insegnare al paziente a spostare gamba e braccio sani verso il lato plegico.

## Posizione seduta nel letto

**Letto:**

- testata del letto molto rialzata;
- un cuscino di sostentamento va posto sul fondoschiena.

**Testa e Tronco:** ben allineati.

**Anca:** in flessione, con il peso del corpo equamente distribuito sulle due natiche.

**Braccia:** tese in avanti con i gomiti appoggiati su un tavolinetto mobile (eventualmente su di un cuscino).

**Mani:** incrociate.



*N.B.: Questa posizione non dovrebbe essere usata, poiché favorisce la spasticità estensoria all'arto inferiore, la spasticità flessoria all'arto superiore e la formazione di piaghe da decubito.*

## Passaggio dalla posizione supina a quella seduta

Passivo



L'assistente fa ruotare il paziente, a ginocchia flesse, sul lato plegico. Con la mano sana il paziente, a sua volta, si appoggia al bordo del letto.

Attivo



Il paziente è coricato sul lato plegico. Con la mano sana si rialza sul bordo del letto.

L'assistente facilita ed accompagna il movimento sostenendo con una mano l'anca sana mentre con l'altra esercita una pressione verso il basso sulla spalla sana.

## Spostamento ottenuto con movimenti del bacino

### Passivo



Il paziente, sposta alternativamente il peso del corpo da una parte all'altra e la successione di questi movimenti gli permette di avanzare "camminando sul posteriore". Il paziente sorregge in avanti la mano emiplegica con la mano sana. Coordinazione crociata, facilitata, tra spalle e bacino.

### Attivo



Anche in questo caso, ma senza aiuto, il paziente sorregge in avanti la mano emiplegica con la mano sana.

## Trasferimento dal letto alla sedia



La sedia viene messa dalla parte del lato plegico ed il paziente viene girato o aiutato a girarsi da quella parte; chi aiuta mette una mano sotto la spalla plegica, fa scivolare le gambe del paziente giù dal letto con l'altro mano e lo porta in posizione seduta.

Il paziente si porta all'orlo del letto rotolando leggermente da un lato all'altro del corpo; le braccia dell'assistente vengono messe sotto le spalle del paziente con le mani sopra le scapole mentre le gambe vanno a toccare quelle del paziente all'altezza dei piedi e delle ginocchia (**nel tondo**). Le braccia del paziente vengono messe alla vita o sulle spalle dell'assistente, ma le mani non devono essere incrociate. Se il paziente lo fa, tirerà sul collo di chi lo aiuta così che sarà quest'ultimo a sostenere il peso del paziente, che invece deve mettere il peso sulle sue gambe. A questo punto il tronco viene tirato bene in avanti ed il paziente viene messo in piedi.

*N.B.: Per favorire la distribuzione equa del peso, esercitare una pressione in avanti e verso il basso sulle spalle.*

**Maggiormente  
attivo**



**Il paziente:** è appoggiato ad uno sgabello con le mani incrociate, il tronco flessa ed i piedi ben impiantati.

**Le mani** del paziente sono incrociate, protese in avanti ed appoggiate allo sgabello.

Solleverare il bacino a livello dei trocanteri, e portare il peso del corpo in avanti.

Spostare il paziente verso la sedia od il letto.

## Trasferimento dal letto alla sedia

### Attivo



Assenza di appoggio sullo sgabello.

**Piedi:** ben impiantati.

**Mani:** incrociate

Il paziente deve sporgersi in avanti, sollevare il posteriore e portare il peso del corpo in avanti.

Deve fare un movimento di rotazione verso la sedia.

**Assistente:** l'aiuto va portato a livello del cavo ascellare.

### Senza aiuto



**Il paziente:** è appoggiato ad uno sgabello con le mani incrociate, il tronco flesso ed i piedi ben impiantati.

**Le mani** del paziente sono incrociate, protese in avanti ed appoggiate allo sgabello.

Sollevare il bacino a livello dei trocanteri, e portare il peso del corpo in avanti. Spostare il paziente verso la sedia od il letto.

### Posizione seduta su una sedia



La miglior posizione seduta si ottiene con una sedia a schienale dritto.

**La sedia** deve essere alta abbastanza da permettere al paziente di sedere con anche e ginocchia ad angolo retto quando si appoggia allo schienale.

**Capo e tronco sono allineati**, con il peso del corpo ben distribuito su tutte e due le natiche, le mani sono incrociate e messe ben avanti sul tavolo di fronte.

**I piedi** sono completamente appoggiati.

### Passaggio dalla posizione seduta a quella eretta



Posizionare uno sgabello davanti al paziente.

Con la mano sana il paziente trattiene con forza in avanti la mano emiplegica.

Si protende in avanti con la testa che sovravanza la pianta dei piedi e solleva il proprio posteriore.

#### **Manovra facilitata dall'assistente:**

- mettersi a fianco del paziente sul lato emiplegico;
- una mano sostiene l'anca valida;
- l'altra mano sostiene la gamba emiplegica sopra il ginocchio.

## Marcia

**1. L'assistente** si pone di fronte al paziente

**Il braccio** emiplegico del paziente è appoggiato sulla spalla dell'assistente.

L'assistente appoggia una mano sulla scapola del paziente, sotto la spalla emiplegica e ne sostiene così il braccio lesa.

**L'altra mano dell'assistente**, posta all'altezza del bacino, guida il movimento del piede.

**2. L'assistente si pone a fianco del paziente, sul lato colpito;** con un avambraccio a livello dell'ascella ne regge la spalla, con l'altra mano sorregge il braccio emiplegico del paziente.

1



2



## L'assistenza ai pasti



Il paziente si pone vicino ad una tavola apparecchiata con gli elementi essenziali (piatto, posate, tovagliolo, bicchiere, bottiglia). La postura del tronco deve essere diritta e l'arto plegico deve essere posizionato sul tavolo.



Il paziente prende la posata (in questo caso un coltello) con la mano sana, mentre con quella plegica, aiutato dall'assistente, mantiene il pane per spalmarvi la marmellata.



Sempre con l'arto sano si pulisce la bocca.



Per aprire una bottiglia il paziente, sempre con l'aiuto dell'assistente, mantiene con l'arto plegico la bottiglia e con quello sano svolge l'attività di avvitare e svitare il tappo.

# L'assistenza nel vestirsi

## Scelta degli abiti

Il paziente con l'aiuto di un assistente si avvicina all'armadio e, quando si è assicurato di aver raggiunto il buon equilibrio e di aver bilanciato bene il peso sull'arto inferiore plegico inizia a scegliere e a prendere i vestiti sotto la guida dell'assistente.



## Per indossare una maglia



Il paziente da seduto, mette la maglia sulla gambe con la parte di dietro rivolta verso di sé, infila il braccio plegico, che sta tra le gambe, nella manica, aiutandosi con la mano sana, poi infila il braccio sano e con il suo aiuto porta la maglia sulla testa, infilando così il collo; il paziente si raddrizza per indossare la maglia mentre l'assistente aiuta, se necessario, il paziente nelle varie fasi.

### Per indossare una giacca

Il paziente, sempre da seduto, infila il braccio plegico nella manica della camicia/giacca tenuta aperta fra le gambe aiutandosi con la mano sana, poi si piega in avanti per tirarsi la manica verso la spalla, controllando posture e movimenti. Mentre il paziente tira la giacca/camicia verso la spalla, rimane piegato in avanti e mantiene il braccio ancora fra le gambe (questa posizione inibisce la retrazione della spalla e la flessione del braccio).

### Per infilarsi le scarpe, le calze ed i pantaloni



Il paziente deve incrociare le gambe, postura che favorisce l'equilibrio da seduto. Infilare prima l'arto plegico, poi con l'aiuto dell'assistente tiene i pantaloni con la mano plegica, mentre con la mano sana li alza. Aiutandosi con un appoggio si alza (sempre se possiede un buon equilibrio in piedi) con la mano plegica si regge mentre con quella sana si alza i pantaloni e li abbottona.

Se il paziente non riesce ancora ad incrociare le gambe in modo controllato, può aiutarsi con le mani intrecciate, in questo caso è l'assistente che deve tenere gli indumenti.





Per infilarsi il calzino, il paziente, usando il pollice, il medio e l'indice della mano sana lo tiene aperto, infila il piede plegico e poi lo alza.

Per infilarsi la scarpa deve metterla sulle dita del piede, appoggiare quest'ultimo sul pavimento e fare pressione sul ginocchio plegico; se è necessario utilizza un calzante con manico lungo.



### Per spogliarsi

Il paziente, seduto, posiziona l'arto plegico tra le gambe e con l'aiuto della mano sana tira l'indumento da sopra la testa, infine, sfila l'indumento dal braccio plegico con la mano sana.

N.B.: Affinché il paziente possa avere la sicurezza sufficiente quando si veste/sveste, non deve essere seduto sull'orlo di un letto, ma su una sedia stabile. Se ha paura di cadere dalla sedia, gli deve venir messa accanto un'altra sedia che gli fornisca la sicurezza necessaria. L'assistente si posiziona accanto al paziente dalla parte del lato plegico, perché questo è il lato sul quale il paziente potrebbe cadere. Quando l'assistente deve aiutare il paziente nell'attività del vestirsi, non deve infilare l'arto plegico del paziente nella manica, nel pantalone, nella scarpa o nella calza, ma deve tenerli soltanto aperti in modo che il paziente stesso vi infili l'arto plegico aiutandosi con la mano sana.



## L'assistenza nelle attività di igiene

Il paziente se ha un buon controllo del tronco può svolgere queste attività in piedi, altrimenti può stare seduto utilizzando una sedia adattabile in altezza.

Si tappa il lavandino, poi il paziente con l'aiuto dell'assistente, posiziona l'arto plegico sul rubinetto per aprire e chiudere l'acqua, intanto controlla con la mano sana la temperatura dell'acqua.



### Farsi la barba, lavarsi i denti, pettinarsi e truccarsi



Il paziente posiziona l'arto plegico sul lavandino mentre con l'arto sano svolge queste attività, introducendo brevi pause per il controllo e per la correzione della postura e dei movimenti.

### Lavarsi il viso, il collo, il petto, l'arto plegico

Il paziente porta l'arto plegico, che deve essere lavato, nel lavandino, apre il rubinetto con la mano sana e controlla la temperatura dell'acqua. L'assistente controlla la posizione corretta del paziente, cioè tronco in leggera flessione e spalla plegica in estensione.



## Lavarsi gli arti superiori ed inferiori



Il paziente deve essere rilassato, ed in posizione seduta. Con l'aiuto della mano sana infila un guanto spugna sulla mano plegica.



Per lavarsi l'arto superiore sano distende quest'ultimo sul bordo del lavandino e con l'aiuto dell'assistente svolge l'attività; per asciugarsi, sempre con l'aiuto, si avvolge l'asciugamano sull'arto lavato.



Per lavarsi gli arti inferiori, sempre utilizzando il guanto spugna, il paziente accavalla l'arto plegico su quello sano e, sotto la guida dell'assistente che deve controllare la postura ed i movimenti, esegue l'attività, partendo dal ginocchio fino ad arrivare al piede. Per facilitare lo sgombrimento può essere utile un poggia-piedi.



# Disfagia

La **disfagia** è un disturbo che implica un'alterazione della normale progressione del cibo dal cavo orale allo stomaco.

La maggior parte dei pazienti disfagici lamenta sintomi quali sensazioni di "blocco" del bolo alimentare, tosse, rigurgito nasale e infezioni respiratorie ricorrenti causate dall'aspirazione tracheo-bronchiale degli alimenti.

La disfagia è un disturbo spesso sottovalutato che può interessare il 20% della popolazione generale.

## **Tale incidenza aumenta:**

- nella popolazione anziana
- nei pazienti oncologici
- nei soggetti traumatizzati cranici
- negli accidenti vascolari

## **Incidenza dei disturbi della deglutizione nella popolazione:**

- 13-40% pazienti ospedalizzati
- 30-35% pazienti in centri riabilitativi
- 40-50% pazienti in centri di lunga degenza.

## Le conseguenze

La disfagia è responsabile di circa il 40% dei decessi post-ictus. Può causare l'insorgenza di patologie gravi e potenzialmente letali (polmoniti ab ingestis); può spingere i soggetti che ne sono affetti a ridurre l'assunzione di cibo inducendo gravi stati di malnutrizione e disidratazione: può provocare la morte per soffocamento quando il cibo si arresta nella faringe/laringe, impedendo così la ventilazione polmonare. Per questo è necessario assicurare al paziente disfagico una corretta alimentazione e idratazione, utilizzando cibi di consistenza adeguata e bevande gassate o non gassate su indicazione dei logopedisti e del foniatra.

## Consigli generali

- Evitare di creare disagio al paziente forzando il suo ritmo naturale nel mangiare.
- È preferibile servire al paziente disfagico porzioni ridotte di cibo con maggiore frequenza, piuttosto che tre pasti abbondanti al giorno.
- È importante preservare la dignità del paziente. Se è preoccupato all'idea di dover assumere cibo in presenza di altre persone, scegliere un luogo più riservato lo aiuterà a rilassarsi e a sentirsi meno a disagio.
- La deglutizione sarà notevolmente facilitata se il paziente mantiene una posizione corretta.

- Tenere sotto controllo eventuali sintomi di peggioramento e, nel caso, rivolgersi al medico di riferimento.
- Assicurarsi che il paziente deglutisca regolarmente e che sia vigile, prima di passare al boccone successivo, verificare che non abbia residui di cibo nel cavo orale: nel caso farlo deglutire una seconda volta a vuoto.
- Seguire i consigli del logopedista riguardo alla consistenza del cibo adatta al paziente.
- Lasciare che il paziente guardi, annusi e gusti il cibo, in modo da stimolare l'appetito e la produzione di saliva.
- Lasciare tempo sufficiente per masticare e deglutire.
- Quando imbroccato, somministrare il cibo sulla parte anteriore della lingua per evitare che si rovesci all'indietro.
- Quando il paziente ha terminato di mangiare, deve restare seduto per almeno venti minuti
- Riferire eventuali problemi deglutitori incorsi durante il pasto.

## Le caratteristiche di consistenza degli alimenti

- Liquidi (acqua-thè-tisane, ecc).
- Liquidi densi (latte-yogurt "da bere"-succhi di frutta con polpa).
- Semiliquidi (gelati-granite-passati di verdura-yogurt-creme-semolino-crema di riso-frullati omogeneizzati di frutta).
- Semisolidi (polenta-semolino-crema di riso-passati di verdura densi-omogeneizzati di carne o pesce- formaggi cremosi- uova alla coque-budini-mousses).
- Solidi (pasta e gnocchi di patate ben cotte e ben condite- pasta ripiena- uova sode- filetti di pesce senza lisce- verdure cotte non filacciose-formaggi tipo crescenza o ricotta-soufflè- pane da tramezzini- frutta a consistenza morbida come la banana o frutta matura in genere- mela cotta.

## Consigli sull'impiego di agenti addensanti

- Fare attenzione quando si aggiungono gli addensanti ai liquidi. Procedere sempre gradualmente, evitando di aggiungere grandi quantità in una sola volta.
- Alcuni agenti hanno un effetto addensante quasi istantaneo, altri possono avere un effetto graduale che dura vari minuti. Per evitare che si formano grumi mescolare il liquido e l'addensante in un contenitore con tappo e agitare piuttosto che mescolare.

# Esercizi per il paziente a domicilio

Prima che il paziente lasci l'ospedale, uno dei parenti deve essere ben istruito ed esercitato sulle modalità di esecuzione di esercizi che lo stesso possa eseguire a casa con o senza l'aiuto di un assistente. Solo gli esercizi che il paziente dimostra di saper eseguire correttamente, possono essere effettuati.

## Esercizi per gli arti superiori



Alzare ed abbassare un bastone sostenendolo con entrambe le mani.



A gomito esteso eseguire dei cerchi nell'aria.



Carico su gli arti superiori estesi.



Spolverare il piano del tavolo con l'arto plegico.



Allungamento laterale



Allungamento in avanti



Allungamento laterale



Allungamento in avanti



Mettere la mano a piatto contro quella dell'assistente di fronte e muoverla senza resistenza



Da seduto sollevarsi, estendendo i gomiti



Da seduto su un lettino, si raccolgono oggetti con la mano sana e si trasferiscono dalla parte del lato plegico. Durante il trasferimento degli oggetti il paziente si appoggia all'arto colpito.

### Esercizi per gli arti inferiori per il recupero del cammino



Eeguire il ponte con entrambi gli arti, poi sull'arto plegico.



Passaggio dalla posizione in ginocchio alla  
posizione carponi





Dalla posizione a carponi sollevare la gamba ed il braccio sano.



Cammino carponi.



Con l'aiuto di una tavola basculante, trasferire il peso del corpo da un lato all'altro.



Portare il piede sul primo o secondo gradino di una spalliera, sollevando e flettendo la gamba. Eseguire l'esercizio con entrambi le gambe.



Salita e discesa da una scala con la mano dell'assistente che sostiene la gamba/ginocchio plegico.





Con la gamba piegata su un gradino il paziente sale e scende.





# Ortesi, protesi e ausili

Le **protesi** e le **ortesi** sono dispositivi in grado di recuperare una funzione corporea; le prime, attraverso la sostituzione parziale o completa di parti del corpo assenti (per es. arto artificiale), le seconde, apportano un aumento di funzionalità a parti del corpo presenti ma in deficit (per es. tutori per articolazioni).

Gli ausili sono dispositivi, utilizzati per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, disabilità o handicap; in genere per consentire un agevole svolgimento delle attività di vita quotidiana.

## **Possono ottenere ortesi, protesi ed ausili:**

- minori di anni 18 che hanno bisogno di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente;
- persone riconosciute invalide civili, di guerra, per servizio, cieche o sorde;
- persone in attesa di riconoscimento dell'invalidità, alle quali, in sede di accertamento medico legale, sia stata riscontrata una riduzione della capacità lavorativa superiore a un terzo (percentuale superiore al 33%);
- persone in attesa di visita dal medico legale e nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore o che hanno bisogno di assistenza continua per compiere gli atti di vita quotidiana (art. 1 legge 11 febbraio 1980, n. 18);
- persone che hanno subito un intervento demolitivo all'occhio, previa certificazione medica;
- persone con menomazione grave e permanente, ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la necessità e l'urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione.

Alcuni di questi dispositivi possono essere forniti gratuitamente dal **S.S.N.** (Servizio Sanitario Nazionale) in base all'accertamento della necessità di usufruirne ed attraverso la certificazione di un **medico specialista** (del S.S.N.). Per altri invece il Servizio Sanitario Nazionale eroga un **contributo economico**.

La fornitura di protesi, ortesi e ausili a carico del S.S.N. è regolamentata dal **Decreto del Ministero della Sanità n. 332 (27 agosto 1999)** "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe", noto come **Nomenclatore Tariffario**.

I dispositivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale sono solo quelli compresi nel nomenclatore tariffario e sono legati al tipo di invalidità. A ogni dispositivo in elenco corrisponde un numero di codice; eventuali aggiuntivi e riparazioni sono anch'essi dotati di un codice.

La prescrizione, redatta dal medico specialista del Servizio Sanitario Nazionale, deve indicare il codice esatto dell'ausilio prescritto e di tutti gli eventuali aggiuntivi.

Qualora il cittadino scelga un tipo o un modello di dispositivo non incluso negli elenchi, ma riconducibile, a giudizio dello specialista, per omogeneità funzionale a quello previsto nel nomenclatore, l'Azienda Sanitaria Locale, dopo averne verificato la **riconducibilità**, autorizza la fornitura e corrisponde al fornitore un importo pari al corrispondente ausilio del nomenclatore. L'eventuale differenza di prezzo è a carico del cittadino.

## Come ottenerli

L'erogazione a carico del Servizio Sanitario Nazionale delle prestazioni di assistenza protesica è subordinata, salvo i casi individuati dalle Regioni, al seguente percorso:

- la prescrizione;
- l'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistito;
- la fornitura;
- il collaudo;
- la garanzia ed il rinnovo.

La **prescrizione** medica deve essere redatta da un **medico specialista** del Servizio Sanitario Nazionale (dipendente o convenzionato) competente per tipologia di menomazione o disabilità per cui si individua il prodotto. La prima prescrizione dovrebbe derivare da un'attenta valutazione clinica e strumentale del paziente e presentare quindi una diagnosi ben precisa, oltre ad un programma riabilitativo di uso del dispositivo prescritto.

Il paziente, o chi l'assiste, deve essere informato circa le caratteristiche funzionali e terapeutiche e sulle modalità di impiego del dispositivo stesso.

**L'autorizzazione** alla fornitura del dispositivo prescritto è rilasciata dall'Azienda Sanitaria Locale di residenza dell'assistito che provvede a verificare se egli ne abbia diritto e se vi sia corrispondenza tra la prescrizione e i dispositivi codificati del Nomenclatore ed il rispetto dei tempi delle modalità di rinnovo, in caso di forniture successive alla prima.

L'Azienda Sanitaria Locale deve pronunciarsi tempestivamente e comunque, in caso di prima fornitura, entro **20 giorni** dalla richiesta. Trascorso tale termine, l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa, anche senza risposta (**silenzio assenso**).

La **fornitura** deve avvenire entro **30 giorni** lavorativi dall'autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale, secondo i tempi di consegna previsti dal secondo allegato al Decreto che variano in base al tipo di prodotto. In caso di ritardo può essere applicata al fornitore una penalità.

Il **collaudo** verifica la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo all'autorizzazione e deve essere effettuato entro **20 giorni** dalla consegna. Per i prodotti monouso (cateteri, pannoloni, ecc.), non è previsto alcun collaudo.

I dispositivi forniti attraverso il Servizio Sanitario Nazionale sono coperti da **garanzia** che cambia in base al tipo di prodotto, i termini sono fissati nel secondo allegato del Decreto; essi variano da sei a dodici mesi. Riguardo ai peculiari prodotti del terzo elenco (respiratori, ventilatori, alimentatori), dai quali potrebbe dipendere la stessa sopravvivenza del paziente, il Ministero obbliga l'Azienda Sanitaria Locale ad assicurarne la perfetta funzionalità, stipulando contratti con i fornitori che prevedano la manutenzione e la tempestiva riparazione. Anche i tempi minimi di **rinnovo** sono regolati per legge, con eccezioni che permettono una minima flessibilità. Questi limiti non riguardano i minori di 18 anni.

In caso di smarrimento, rottura accidentale o particolare usura del dispositivo, di impossibilità tecnica o non convenienza della riparazione oppure di non perfetta funzionalità del presidio riparato, l'Azienda Sanitaria Locale può autorizzare, per una sola volta, la fornitura di un nuovo dispositivo prima del tempo previsto.

In caso di **abusi, ritardi, mancate concessioni o disservizi**, è bene rivolgersi per iscritto al direttore generale dell'Azienda Sanitaria Locale di residenza. In secondo momento rivolgersi al difensore civico

comunale o regionale. Non è necessaria l'assistenza di un legale: vanno presentati i fatti per iscritto e chiesto appunto l'intervento del difensore civico che chiederà a sua volta spiegazioni alla Pubblica Amministrazione, proponendo le soluzioni del caso. Sarà bene valutare l'opportunità di un'azione legale, se nessuna delle precedenti soluzioni è risultata efficace.

---

## Bibliografia

- Ergoterapia per l'Emiplegia, Springer/Verlag – Otrud Eggers
- Terapia Occupazionale, Willard/Spackman
- O. Schindler: Manuale operativo di fisiopatologia della deglutizione. Ed.Omega di, Torino 1990. Gruppo di Studio della Disfagia - U.O. di Dietetica Regione Piemonte "La Guida ai pasti della Giornata".

## Sitografia

[www.dongnocchi.it](http://www.dongnocchi.it)  
[www.spread.it](http://www.spread.it)  
[www.neurologia.it](http://www.neurologia.it)  
[www.ictus.net](http://www.ictus.net)

---

L'opuscolo è stato realizzato dal Gruppo di lavoro del Polo Specialistico Riabilitativo della Fondazione Don Gnocchi di Sant'Angelo dei Lombardi (AV) composto da:

**Dott. Gabriele Speranza** - *Fisiatra*

**Ilaria Rivetti** - *Terapista occupazionale* (testi ed assistente nelle foto di "Terapia Occupazionale")

**Manuela Volpe** - *Fisioterapista* (per i testi e la sezione "Esercizi Che Il Paziente Deve Fare A Casa")

**Massimo Pagnillo** - *Fisioterapista* (assistente nelle foto dei "Passaggi/Cambi Di Posizione")

**Giovanni Storti** - *Fisioterapista* (paziente nelle foto di "Terapia Occupazionale")

**Luigina Iula, Michela Ebreo** - *Logopediste* (per i testi di Logopedia)

**Caterina Passarielli** - *Studente/Tirocinante del C. di L. in Fisioterapia della S.U.N.* (paziente nelle foto dei "Passaggi/Cambi Di Posizione" ed "Esercizi Che Il Paziente Deve Fare A Casa")

Realizzazione Grafica e Fotografica:

**Giuseppe Pezzella** - *Studente/Tirocinante del Corso di Laurea in Fisioterapia della Seconda Università degli Studi di Napoli*

Si ringrazia inoltre il Direttore di Polo **Dott. M. Mattiacci**, il Direttore Medico, **Dott. Antonio Soccorso Capomolla** e la *Dott.ssa Carmela Vella* (Coordinatrice Teorico-Pratica CdL SUN ASL/AV1), per il significativo contributo alla stesura del presente lavoro.

# La Fondazione Don Gnocchi



## IL FONDATORE

Nato a San Colombano al Lambro (Milano) il 25 ottobre 1902, Carlo Gnocchi viene ordinato sacerdote nel 1925.

Assistente d'oratorio per alcuni anni, è poi nominato direttore spirituale dell'Istituto Gonzaga dei Fratelli delle Scuole Cristiane.

Allo scoppiare della guerra si arruola come cappellano volontario e parte, prima per il fronte greco-albanese, e poi - con gli alpini della Tridentina - per la campagna di Russia.

Nel gennaio del '43, durante l'immane tragedia della ritirata del contingente italiano, si salva miracolosamente. Ed è in quei giorni che, assistendo gli alpini feriti e morenti e raccogliendone le ultime volontà, matura in lui l'idea di realizzare una grande opera di carità, che troverà compimento, a guerra finita, nella Fondazione Pro Juventute.

Muore il 28 febbraio 1956. L'ultimo suo gesto profetico è la donazione delle cornee a due ragazzi non vedenti quando ancora in Italia il trapianto d'organi non era regolato da apposite leggi.

**Il 25 ottobre 2009, in piazza Duomo a Milano, è stato solennemente proclamato Beato.**

## L'OPERA

Istituita per assicurare cura, riabilitazione e integrazione sociale ai mutilati, vittime della barbarie della guerra, la Fondazione ha progressivamente ampliato nel tempo il proprio raggio d'azione.

Oggi nei Centri della Fondazione sono accolti, curati, assistiti:

- pazienti con ogni forma di disabilità, per cause congenite o per cause acquisite, dall'età evolutiva all'età adulta;
- pazienti di ogni età che necessitano di interventi riabilitativi di carattere ortopedico, neurologico, cardiologico, respiratorio, oncologico;
- anziani non autosufficienti, in parte affetti da Alzheimer e Parkinson;
- malati oncologici in fase terminale;
- pazienti con esiti di coma, con gravi cerebrolesioni o in stato vegetativo;

Intense, oltre a quella sanitario-riabilitativa, socio-assistenziale e socio-educativa, sono le attività di ricerca scientifica, di formazione ai più diversi livelli e di solidarietà internazionale nei Paesi in via di sviluppo.

Riconosciuta **Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico**, segnatamente per i Centri di Milano e Firenze, oggi la Fondazione Don Gnocchi conta oltre **5400 operatori** tra personale dipendente e collaboratori professionali, per i quali sono approntati costanti programmi di formazione e aggiornamento.

Le prestazioni sono erogate in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale in una **trentina di Centri**, raggruppati in **otto Poli territoriali in nove Regioni**, con **3648 posti letto** di degenza piena e day hospital.

**Ogni giorno accedono alle strutture della Fondazione Don Gnocchi quasi diecimila persone.**

## LE STRUTTURE DELLA FONDAZIONE DON GNOCCHI

- 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

---

- 22 Unità di riabilitazione polifunzionale

---

- 9 Unità di riabilitazione ospedaliera

---

- 4 Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite

---

- 1 Nucleo specializzato per stati vegetativi

---

- 7 Residenze per anziani non autosufficienti (RSA)

---

- 2 Nuclei specializzati nella cura del morbo di Alzheimer

---

- 1 Hospice per malati oncologici terminali

---

- 2 Case di Cura

---

- 34 ambulatori territoriali di riabilitazione

---

- 2 Centri di Formazione, Orientamento e Sviluppo (CeFOS)

---

- 3 Centri Diurni Integrati per anziani (CDI)

---

- 6 Centri Diurni per Disabili (CDD)

---

- 3 Residenze Sanitarie per Disabili (RSD)

---

- 1 Casa-sollievo per disabili

---

- 3.648 posti letto accreditati e operativi di degenza piena e day hospital

---

- quasi 10.000 persone curate o assistite in media ogni giorno

---

## POLI TERRITORIALI E CENTRI



In qualità di **Organizzazione Non Governativa (ONG)** riconosciuta dal ministero degli Affari Esteri, la Fondazione promuove e realizza progetti a favore dei Paesi in via di sviluppo. La "Don Gnocchi" è oggi presente in Bosnia Erzegovina, Georgia, Ecuador, Sri Lanka, Rwanda e Sierra Leone. Ulteriori interventi sono in fase di valutazione in parecchie altre nazioni di tutti i continenti.

## Nella stessa Collana:

- **Il paziente con grave cerebrolesione. Guida per le famiglie**

*A cura dell'Unità Operativa per Gravi Cerebrolesioni Acquisite  
Polo Specialistico Riabilitativo - S. Angelo dei Lombardi (AV)  
e del Coordinamento dei Centri per GCA - Fondazione Don Gnocchi*

- **Back-School. Impariamo ad amare la nostra colonna vertebrale**

*A cura di Sara Gilardi e Barbara Conti  
Unità Operativa di Rieducazione Funzionale  
Centro "S. Maria al Monte" - Malnate (VA) - Fondazione Don Gnocchi*



**Sede legale - Presidenza:** 20121 Milano  
Piazzale R. Morandi, 6 (tel. 02 40308.900)

**Direzione Generale:** 20162 Milano  
Via C. Girola, 30 (tel. 02 40308.703)

**Direzione Scientifica:** 20148 Milano  
Via A. Capecelatro, 66 (tel. 02 40308.564)

**Servizio Comunicazione e Relazioni Esterne:** 20121 Milano  
Piazzale R. Morandi, 6 (tel. 02 40308.938)