SONO IL/LA CAREGIVER DI UNA PERSONA COLPITA DA ICTUS. COSA DEVO SAPERE?

GUIDA PRATICA

caregIVR

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Co-funded by the European Union

HaDEA

CONTENUTI

01 **ALCUNE INFORMAZIONI SULL'ICTUS** 3
- CAUSE DELL'ICTUS 3
- PRINCIPALI DIFFICOLTÀ DELLE PERSONE COLPITE DA ICTUS 4
- TERMINI IN USO NEL POST-ICTUS 9

02 **ASSISTENZA ALLA PERSONA COLPITA DA ICTUS AL PROPRIO DOMICILIO** 15
- IL RITORNO A CASA DALL'OSPEDALE 15
- COME PREPARARE LA CASA 16
- LA PERSONA POST-ICTUS A CASA DA SOLA 18
- PRIMO SOCCORSO DA PARTE DEL CAREGIVER IN CASO DI EMERGENZA 19
- RECUPERO 20

03 **COME AIUTARE LA PERSONA COLPITA DA ICTUS NELLO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ QUOTIDIANE** 21

04 **I SUOI RICORDI. MEMORIE DI UNA PERSONA COLPITA DA ICTUS** 35

05 **I TUOI RICORDI. MEMORIE DI UN CAREGIVER** 36

06 **SUPPORTO FORMALE E LEGALE DA PARTE DELLE ISTITUZIONI** 37
- LA TERRITORIZZAZIONE DEL SSN ITALIANO 39

Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) 39
DM 77/2022: Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. 35

07 **RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI** 42

08 **SITOGRAFIA** 45

01 Alcune informazioni sull'ictus

CAUSE DELL'ICTUS

La causa fisiologica di un ictus è un'improvvisa interruzione del flusso ematico nei vasi sanguigni del cervello, che porta alla privazione di ossigeno e alla morte del tessuto nervoso. Esistono due tipi principali di ictus: ischemico (85% dei casi) ed emorragico (15%) [1,2].
Negli ictus ischemici, la chiusura del lume di un'arteria può essere dovuto ha due principali fattori scatenanti: l'aterosclerosi dei grandi vasi, che restringe o blocca completamente il lume delle arterie; l'embolia, in cui i coaguli che si formano nel cuore (ad esempio, a causa della fibrillazione atriale o dopo un infarto) viaggiano verso i vasi sanguigni del cervello, causando il 20-30% degli ictus ischemici; la malattia dei piccoli vasi, principalmente legata all'ipertensione[3].
Un ictus emorragico invece deriva dalla rottura di un vaso sanguigno cerebrale e dal sanguinamento nel tessuto nervoso. La causa principale è l'ipertensione arteriosa cronica, che danneggia le pareti delle piccole arterie[4,5] , soprattutto nelle strutture cerebrali profonde[6,7]. Nelle persone anziane, anche l'angiopatia amiloide svolge un ruolo importante, caratterizzata dalla deposizione di proteina amiloide nelle pareti dei vasi, aumentando il rischio di sanguinamento nei lobi del cervello.[8,9].
I fattori di rischio per l'ictus sono divisi in fattori non modificabili e fattori modificabili.

Quelli non modificabili includono [10,11]:

- Età superiore ai 55 anni;
- Genere maschile;
- Predisposizione genetica, come mutazioni che aumentano la coagulazione del sangue.

Tra i fattori modificabili, il più importante e comune è l'ipertensione arteriosa, che aumenta significativamente il rischio di ictus sia ischemico che emorragico.[12,13]. La fibrillazione atriale, creando coaguli negli atri, aumenta di cinque volte il rischio di ictus[14]. Il diabete e l'obesità accelerano l'aterosclerosi, mentre il fumo danneggia il rivestimento dei vasi sanguigni, portando a infiammazione e possibile formazione di coaguli[15,16]. L'inattività fisica e una dieta ricca di grassi saturi e zuccheri semplici peggiorano ulteriormente il profilo lipidico, aumentando il rischio di eventi vascolari[17,18].

PRINCIPALI DIFFICOLTÀ DELLE PERSONE COLPITE DA ICTUS

Le principali difficoltà delle persone colpite da ictus sono la ridotta capacità nello svolgimento delle attività quotidiane quali il lavoro, prendersi cura della famiglia e continuare ad avere una propria socialità. Ciò spesso si traduce nella marginalità e nell'isolamento di queste persone dalla vita di comunità.
L'assistenza informale da parte ei caregiver nonché quella professionali di natura infermieristica sono pertanto fondamentali per il benessere e la qualità della vita di questa persona quale punto di contatto con il mondo.

Di seguito sono riportati alcuni dei problemi più comuni e impattanti che una persona che ha avuto un ictus deve affrontare:

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO

- **Disartria:** causata da danni ai muscoli e ai nervi responsabili della produzione del linguaggio di lingua, labbra, palato, faringe e laringe. Il linguaggio risulta dunque confuso, lento e instabile a fronte della difficoltà ad articolare le parole; ciò può essere associato anche a problemi di respirazione e deglutizione. Il canale primario di comunicazione dovrebbe pertanto essere la scrittura e la famiglia dovrebbe essere sensibilizzata a ciò al fine di non ingenerare maggiore depressione. Contestualmente dovrebbero essere avviati dei percorsi riabilitativi di recupero con esercizi volti a migliorare la funzionalità dell'apparato vocale [19].

- **Afasia motoria**: la persona ha difficoltà a esprimere le parole. Questo può variare da una perdita parziale a una totale della capacità di parlare, a volte fino al punto in cui non è possibile produrre alcun suono. Il paziente deve essere incoraggiato a cercare di comunicare e stimolato a utilizzare il linguaggio automatizzato (ad esempio, contare ad alta voce) [20,21].

- **SAfasia sensoriale:** comporta per la persona che ne è affetta una comprensione compromessa del parlato, sia proprio che di altri. Questa problematica interessa anche la denominazione, la ripetizione, la lettura e la scrittura. Il parlato della persona risulta fluente ma privo di senso: molte parole vengono usate in modo errato o compaiono nuove parole prive di significato. Il supporto emotivo è fondamentale per aiutare a razionalizzare [22].

- **Alexia:** perdita della capacità di riconoscere le parole scritte che il paziente poteva leggere in precedenza, chiamata anche "cecità alle parole"

Questi disturbi del linguaggio possono verificarsi contemporaneamente. I dati mondiali sulla loro frequenza nelle persone colpite da ictus variano dal 20 al 40% per l'afasia nella fase acuta dell'ictus, mentre la disartria è presente nel 30-60% dei pazienti nella stessa fase [23].

II DIFFICOLTÀ DI SCRITTURA

Dopo un ictus, le persone possono perdere la capacità di scrivere. A seconda dell'estensione e della posizione del tratto di cervello colpito, potrebbero esserci problemi di ortografia, problemi di scrittura di parole irregolari o perdita completa della capacità cognitiva di formare e combinare tra loro le lettere in parole[24].

III DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE E INFEZIONI RESPIRATORIE

La deglutizione prevede diverse fasi. La prima fase è quella orale, volontaria ed a sua volta suddivisa in fase preorale, preparatoria e orale, seguita da quella faringea ed esofagea, involontarie.
La disfagia neurogena colpisce la fase orale e faringea (disfagia superiore), causata da disturbi del sistema nervoso[25,26].

I sintomi di base includono:

- difficoltà a deglutire,
- sensazione di cibo bloccato in gola,
- tosse e soffocamento durante il pasto,
- sbavatura eccessiva e
- rigurgito nasale di cibo o liquidi.

Questi sintomi possono portare a complicazioni pericolose come polmonite da aspirazione, disidratazione e malnutrizione, potenzialmente letali [27-30], influenzando significativamente la qualità della vita del paziente[25].

Si stima che post-ictus oltre la metà delle persone abbia problemi di deglutizione a causa dell'indebolimento dei muscoli della gola e della laringe. La diagnosi precoce e le corrette strategie di alimentazione (ad esempio, endovenosa, orale, percutanea o nasogastrica) e il mantenimento del giusto equilibrio acido-base possono aiutare a prevenire le complicanze respiratorie[31].

IV PIAGHE DA DECUBITO

Le piaghe da decubito, anche dette ulcere da pressione, derivano da pressioni prolungate, attrito e forze di taglio che disturbano a livello locale la circolazione locale della pelle, portando a ipossia e necrosi tissutale, ovvero alla morte di questi tessuti.
Sono associati a dolore, infezioni e guarigione ritardata. Costituiscono una grave complicanza nei pazienti colpiti da ictus, con un'incidenza compresa tra l'1,7% e il 2,6%. [32-33].
Le piaghe da decubito sono definite come un danno circoscritto alla pelle e ai tessuti più profondi, che porta alla necrosi, alla perdita di tessuto e, infine, alla necrosi completa[34]. Si tratta di una complicanza dovuta a un flusso sanguigno compromesso nei vasi sanguigni, che si manifesta sotto forma di lesioni superficiali o ferite profonde difficili da guarire che si estendono ai tessuti molli più interni. A causa dell'immobilizzazione prolungata, i tessuti sono sottoposti a forze meccaniche sotto forma di compressione, attrito e forze di taglio, che compromettono la circolazione locale, provocando ipossia e malnutrizione tissutale e, infine, necrosi. [34]. Le piaghe da decubito limitano le attività quotidiane del paziente e riducono le possibilità di riabilitazione, causando una significativa riduzione della qualità della vita[35]. La loro presenza complica la riabilitazione e peggiora le condizioni del paziente. Sono accompagnate da dolore, necrosi e infezioni, che contribuiscono a complicazioni e ritardi nel processo riabilitativo, prolungano il ricovero e aumentano i costi delle cure.

V PARESI

La paresi, o anche detta debolezza muscolare, parziale o totale è uno dei sintomi più comuni dell'ictus [36,38].

La paresi è causata dai danni ai motoneuroni del cervello, del midollo spinale, dei nervi periferici o dei muscoli. Solitamente vi è un lato più colpito l'altro, ovvero il lato opposto rispetto all'emisfero celebrale dove si è verificata la lesione cerebrale: il danno all'emisfero destro porta alla debolezza del lato sinistro e viceversa. Se la lezione celebrale è sul lato dominante, spesso l'emiparesi sono associati anche i disturbi del linguaggio.
Si manifesta con intensità variabile in ciascun paziente ed è più o meno duratura nel tempo, rendendo il percorso terapeutico per la paresi post-ictus differente da caso a caso.

Questo deficit è causato da focolai ischemici nel cervello che provocano disfunzioni, dando origine a disturbi del movimento sotto forma di emiplegia (con coinvolgimento uguale di entrambi gli arti) o con una predominanza chiara dell'arto superiore o inferiore, oltre che paresi[38]. Pur non costituendo una paralisi completa, cioè una totale perdita del controllo muscolare, la paresi post-ictus può comunque causare un'incapacità quasi totale di muovere un arto. La paresi post-ictus si manifesta più frequentemente in modo incrociato: un danno all'emisfero destro del cervello provoca paresi al lato sinistro del corpo e viceversa. Tuttavia, se viene colpito l'emisfero dominante, anche i disturbi del linguaggio sono molto frequenti.

Possono presentarsi diverse tipologie di emiparesi a seguito di un ictus:

- Tetraparesi – causata da un danno al tronco encefalico, interessa tutti e quattro gli arti.
- Emiparesi – interessa un solo lato del corpo.
- Paresi spastica – caratterizzata da un aumento del tono muscolare e da riflessi profondi accentuati, è causata da un danno al motoneurone inferiore. Fortunatamente, questo tipo di paresi si sviluppa lentamente e risponde generalmente bene alla riabilitazione.
- Miastenia – caratterizzata da affaticamento muscolare; nei pazienti colpiti da ictus può interessare i muscoli facciali, causando ptosi palpebrale (abbassamento delle palpebre), alterazioni dell'espressione facciale o difficoltà nel linguaggio[38].

A sei mesi dall'insorgenza dell'ictus, il 48% delle persone soffrono di una forma di paresi, il 22% non può camminare da solo e il 24-53% richiede assistenza totale o parziale nelle attività quotidiane[37].

VI INFEZIONI DEL TRATTO URINARIO

Esse sono più frequentemente causate da una riduzione delle difese immunitarie e dalla presenza di un catetere urinario. La cateterizzazione si rende necessaria a causa di un funzionamento compromesso degli sfinteri, di malattie concomitanti dell'apparato genito-urinario o di disfunzioni urinarie legate alla posizione supina del paziente. Tuttavia, l'uso del catetere predispone allo sviluppo di infezioni delle vie urinarie.[39]. Vale la pena sottolineare che l'infezione è accompagnata da dolore, spesso associato a un senso di urgenza minzionale. La presenza di sintomi dolorosi scoraggia i pazienti dall'intraprendere attività riabilitative e può aggravare ulteriormente la depressione, condizione comune tra coloro che si trovano ad affrontare una perdita improvvisa di mobilità e indipendenza. Il periodo di inizio della stazione eretta e dell'allenamento al cammino rappresenta solitamente il momento in cui la maggior parte dei pazienti recupera il controllo della funzione sfinterica, consentendo una rapida sospensione dell'uso del catetere[40].

VII DEPRESSIONE POST-ICTUS

La depressione nelle persone che hanno avuto un ictus è spesso associata all'improvvisa perdita di indipendenza. Questa condizione deve essere diagnosticata da uno psichiatra, il quale identificherà il miglior trattamento a fronte degli specifici bisogni della persona nonché della presenza di eventuali problematiche post-ictus quali le difficoltà comunicative: dalla prescrizione di farmaci alla psicoterapia.

La depressione post-ictus si verifica in circa il 40% dei pazienti entro 4 mesi dall'insorgenza dell'ictus. La causa principale è lo stress cronico legato a disabilità persistenti, dipendenza dagli altri e paura per il futuro. I tassi di depressione variano nel tempo: 6-41% nelle prime due settimane, 47-53% dopo 3-4 mesi, 21-47% dopo un anno e 35% dopo 5 anni [42].

In queste persone oltre ai problemi sopra descritti possono insorgere anche:

- Ansia, preoccupazione e umore basso nonché difficoltà a dormire a causa della ridotta qualità della vita;
- Problemi di coagulazione con il conseguente rischio di trombosi ed embolia nonché stitichezza e problemi a urinare a causa di limitato/assente movimento:
- Contratture a fronte della tensione sia fisica che psicologica accumulata gestendo questa nuova condizione patologica nonché la presa di consapevolezza di non essere più capaci di prendersi cura di sé in autonomia.
- Stipsi causata da immobilizzazione prolungata e rallentamento del transito intestinale, oltre a problemi urinari.
- Disturbi del sonno[43].

I TERMINI IN USO NEL POST-ICTUS MOVIMENTO, SENSIBILITÀ E PERCEZIONE DELLO SPAZIO

- E**miparesi (Deficit di forza in un lato del corpo)**

  Che cos'è: Riduzione della forza muscolare in un lato del corpo.

  Come si riconosce: Il paziente ha difficoltà a tenere in mano oggetti (ad es. un bicchiere) a causa della alterazione del tono e della riduzione della forza muscolare della mano/dell'intero arto superiore.

- **Emiplegia (Paralisi in un lato del corpo)**

  Che cos'è: Assenza completa di movimenti attivi in una metà del corpo.

  Come si riconosce: Il paziente non è in grado di compiere alcun movimento volontario con l'arto superiore o inferiore colpito.

- **Emipoestesia (Ipoestesia in un lato del corpo)**

  Che cos'è: Riduzione della sensibilità tattile, dolorifica e termica in un lato del corpo.

  Come si riconosce: Il paziente non percepisce correttamente agli stimoli sensitivi (ad es. puntura, calore) applicati all'emilato colpito e può non controllare la presa della mano per mancanza di informazioni sensitive.

- **Anosognosia**

  Che cos'è: Mancata consapevolezza del proprio deficit neurologico.

  Come si riconosce: Il paziente emiplegico afferma che i propri arti sono pienamente funzionanti e tenta di svolgere con essi attività manuali o spostamenti nello spazio, mostrando una totale mancanza di critica rispetto al proprio reale stato di salute.

- **Eminegligenza (Mancata attenzione verso un lato del corpo)**

  Che cos'è: Tendenza del sistema nervoso centrale a ignorare lo spazio situato sul lato opposto alla lesione cerebrale.

  Come si riconosce: Il paziente non si accorge delle persone o degli oggetti situati alla sua sinistra o non presta attenzione alla parte sinistra del corpo; ad esempio, mangia soltanto dalla parte destra del piatto o si rade soltanto la metà destra del viso.

- **Atassia**

  Che cos'è: Disturbo della coordinazione motoria in presenza di una forza muscolare normale.

  Come si riconosce: Il paziente esegue movimenti scoordinati, imprecisi e goffi, che si manifestano con difficoltà nel raggiungere con precisione gli oggetti o con instabilità della deambulazione.

- **Aprassia**

  Che cos'è: Perdita della capacità di eseguire movimenti noti e finalizzati in assenza di deficit di forza.

  Come si riconosce: Invitato a usare un pettine o una penna, il paziente non è in grado di pianificare e posizionare correttamente la mano e le dita e utilizza l'oggetto in modo non conforme alla sua funzione.

- **Spasticità**

  Che cos'è: Aumento patologico del tono muscolare, dipendente dalla velocità di stiramento.

  Come si riconosce: Durante l'estensione passiva dell'arto del paziente si avverte una forte resistenza muscolare; l'arto superiore assume spesso una posizione fissa in flessione del gomito e del polso.

- **Dismetria[U1]**

  Che cos'è: Incapacità di arrestare un movimento volontario nel punto bersaglio desiderato.

  Come si riconosce: Nella prova indice-naso o nel raggiungere un bicchiere, il paziente arresta la mano prima dell'oggetto oppure lo urta bruscamente, oltrepassando il bersaglio.

- **Deficit della propriocezione (Disturbo della sensibilità profonda)**

  Che cos'è: Perdita della capacità di percepire la posizione dei propri arti nello spazio senza il controllo visivo.

  Come si riconosce: A occhi chiusi, il paziente non è in grado di dire se l'esaminatore gli ha flesso o esteso un dito della mano oppure l'intero arto inferiore.

  [U1]E’ generalmente una espressione della atassia

- **Afasia motoria (di Broca)**

  Che cos'è: Disturbo dell'espressione del linguaggio con comprensione conservata.

  Come si riconosce: Il paziente comprende i comandi, ma ha grande difficoltà ad articolare le parole, parla lentamente, in modo telegrafico, oppure usa soltanto singole sillabe.

- **Afasia sensoriale (di Wernicke)**

  Che cos'è: Disturbo della comprensione del linguaggio con fluenza dell'eloquio conservata o eccessiva.

  Come si riconosce: Il paziente parla in modo fluente e abbondante, ma le sue frasi sono prive di senso logico (gergo afasico) ed egli stesso non comprende le domande poste dall'esaminatore.

- **Disartria**

  Che cos'è: Disturbo dell'articolazione dovuto a disfunzione dell'apparato motorio della parola.

  Come si riconosce: Il paziente formula frasi linguisticamente corrette, ma pronuncia le parole in modo impastato, biascicato e poco chiaro, a causa del deficit di forza dei muscoli della lingua e del palato.

- **Disfagia**

  Che cos'è: Disturbo della deglutizione di cibi solidi e liquidi.

  Come si riconosce: Durante il test di deglutizione dell'acqua il paziente si strozza, tossisce o presenta rigurgito nasale del liquido, segni indicativi di una disfunzione dei muscoli faringei.

- **Emianopsia (Perdita di metà del campo visivo)**

  Che cos'è: Perdita della vista nelle metà omonime dei campi visivi di entrambi gli occhi.

  Come si riconosce: All'esame perimetrico o all'esame del campo visivo per confronto il paziente non percepisce gli oggetti che compaiono nella porzione omonima (destra o sinistra) del campo visivo di entrambi gli occhi, il che comporta, tra l'altro, urtare contro gli stipiti delle porte.

- **Amaurosis fugax (Cecità transitoria)**

  Che cos'è: Perdita improvvisa e transitoria della vista in un occhio.

  Come si riconosce: Il paziente riferisce un episodio di oscuramento completo dell'immagine in un occhio (effetto «tenda che cala»), che si risolve spontaneamente dopo alcuni minuti.

- **Agnosia visiva**

  Che cos'è: Incapacità di riconoscere gli oggetti attraverso la vista in assenza di cecità.

  Come si riconosce: Il paziente guarda una chiave posata davanti a sé e non riesce a nominarla, ma identifica correttamente l'oggetto non appena gli viene messo in mano e lo esplora con il tatto.

- **Prosopagnosia**

  Che cos'è: Perdita della capacità di riconoscere volti familiari.

  Come si riconosce: Il paziente non riconosce i tratti del viso dei familiari né la propria immagine riflessa allo specchio e identifica le persone care solo dopo averne udito la voce.

- **Diplopia (Visione doppia)**

  Che cos'è: Percezione di due immagini di un unico oggetto.

  Come si riconosce: Il paziente riferisce sovrapposizione o sdoppiamento dell'immagine; ciò trova conferma nell'asimmetria dell'allineamento dei bulbi oculari e scompare coprendo un occhio.

- **Disfonia**

  Che cos'è: Disturbo della produzione della voce a livello laringeo.

  Come si riconosce: La voce del paziente diventa opaca, ruvida, flebile o costantemente rauca, a causa della paresi delle corde vocali.

- **Nistagmo**

  Che cos'è: Movimenti ritmici e involontari dei bulbi oculari.

  Come si riconosce: Quando si chiede al paziente di seguire con lo sguardo il dito dell'esaminatore, si osservano oscillazioni dei bulbi oculari sul piano orizzontale, verticale o rotatorio.

- **Prosopagnosia**

  Che cos'è: Perdita della capacità di riconoscere volti familiari.

  Come si riconosce: Il paziente non riesce a riconoscere i tratti del volto di familiari o la propria immagine riflessa nello specchio, identificando i propri cari solo dopo averne udito la voce.

III EMOZIONI, PENSIERO E SINDROMI PARTICOLARI

- **Labilità emotiva (Incontinenza affettiva)**

  Che cos'è: Perdita del controllo sull'espressione emotiva.

  Come si riconosce: Il paziente reagisce con pianto o riso forzati a stimoli neutri, e tale reazione non rispecchia il suo reale stato emotivo.

- **Demenza vascolare**

  Che cos'è: Deterioramento delle funzioni cognitive dovuto a lesioni ischemiche cerebrali.

  Come si riconosce: I test neuropsicologici evidenziano deficit significativi della memoria recente, disturbi dell'attenzione e rallentamento dei processi di pensiero, che ostacolano il funzionamento quotidiano.

- **Disturbi delle funzioni esecutive**

  Che cos'è: Compromissione della capacità di pianificare e di agire in modo finalizzato.

  Come si riconosce: Il paziente ha difficoltà a eseguire compiti articolati in più fasi, come preparare un pasto seguendo le istruzioni, poiché non riesce a disporre le azioni in una sequenza logica.

- **Sindrome locked-in (Sindrome del chiavistello)**

  Che cos'è: Stato di paralisi completa del corpo con piena coscienza conservata.

  Come si riconosce: Il paziente non compie alcun movimento degli arti né dei muscoli facciali, non parla, e l'unica forma di contatto logico e di risposta alle domande è l'ammiccamento volontario o il movimento

- **Emiballismo**

  Che cos'è: Movimenti involontari violenti, di lancio, degli arti, di grande ampiezza.

  Come si riconosce: Si osservano nel paziente improvvisi movimenti scoordinati di oscillazione dell'intero arto superiore o inferiore di un lato del corpo, simili al gesto del lanciare.

- **Disfagia neurogena con aspirazione silente**

  Che cos'è: Passaggio di cibo nelle vie aeree in assenza del riflesso della tosse.

  Come si riconosce: Il paziente aspira materiale liquido nell'albero bronchiale senza segni visibili di soffocamento; ciò viene rilevato con la videofluoroscopia della deglutizione o in base a un improvviso peggioramento dei parametri respiratori.

- **Apatia post-ictus**

  Che cos'è: Riduzione persistente della motivazione e dell'iniziativa personale.

  Come si riconosce: Il paziente trascorre il tempo in uno stato di inattività, non avvia contatti né alcuna attività finalizzata, mostrando un appiattimento affettivo indipendente da una sindrome depressiva.

- **Perseverazioni**

  Che cos'è: Ripetizione ostinata di una risposta verbale o motoria già emessa.

  Come si riconosce: Il paziente risponde correttamente alla prima domanda, ma a ogni domanda successiva, completamente diversa, continua a dare la stessa prima risposta, senza riuscire a cambiare argomento.

- **Astereognosia**

  Che cos'è: Incapacità di identificare un oggetto con il solo tatto.

  Come si riconosce: A occhi chiusi, il paziente esplora con la mano una moneta posta sul suo palmo, riesce a descriverne la forma, ma non sa dire di quale oggetto si tratti.

- **Acatisia post-ictus**

  Che cos'è: Sensazione soggettiva di dover restare costantemente in movimento.

  Come si riconosce: Il paziente manifesta una marcata irrequietezza motoria, cambia continuamente posizione, muove gli arti inferiori da seduto o cammina incessantemente a causa di una tensione interiore.

02 L’assistenza della persona colpita da ictus al proprio domicilio

Di seguito sono riportare le risposte ad alcune delle domande più frequenti che un caregiver di una persona che ha avuto un ictus si pone quando arriva il momento di accoglierla nuovamente a casa propria.

IL RITORNO A CASA DALL'OSPEDALE

Alla dimissione sarà predisposto un trasporto sanitario per il rientro a casa della persona che assisto?

Sì, il trasporto sanitario e predisposto dall’ospedale al momento della dimissione nel caso in cui questa sia qualificata come “protetta” dal momento che non ci sono le condizion fisiche (ad esempio difficoltà a muoversi), organizzative (come nel caso dell’impossibilità di provvedere al trasporto da parte dei caregiver) o sociali (ad esempio per mancanza di risorse).

È possibile un contatto diretto 24 ore su 24, 7 giorni su 7 con un servizio sanitario nel caso in cui si presentino delle fattispecie che ingenerano preoccupazione da non poter aspettare una visita di follow-up programmata?

Si suggerisce di agire in relazione alla gravità stimata:

1. *1.bassa gravità – contattare il proprio medico di medicina generale*
2. *media gravità – contattare il numero 116-117, numero unico europeo per l'accesso alle cure mediche non urgenti e altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura. È disponibile 24 ore su 24, 7 giorni su 7, e permette di contattare la continuità assistenziale.*
3. *alta gravità – contatto diretto del numero di emergenza sanitaria 112*

Qual caregiver devo informare qualcuno del fatto che la persona che assisto ha avuto un ictus?

Sì, è necessario informare il medico di medicina generale della persona assistita.

Chi è la persona di riferimento che coordina la presa in carico integrata della persona che assisto?

Sicuramente è il medico di medina generale. Nel caso sia stata attivata anche l’assistenza domiciliare integrata per la persona assistita si può fare riferimento anche la referente della stessa.

Alla dimissione le visite di follow-up sono già prenotate o ci deve pensare il caregiver?

Nella lettera di dimissione sono sicuramente indicate tutte le visite di controllo che la persona che ha avuto l'ictus deve fare. Per quanto riguarda al loro prenotazione, se questa attività è svolta dalla struttura che dimette il caregiver sarà sicuramente informato. Nel caso ciò non avvenisse il caregiver deve provvedere alla loro prenotazione o presso il CUP nel caso di prestazioni erogate dalle Aziende Sanitarie Locali o presso i centrali o tramite i servizi specialistici in caso di prestazioni erogate dalle Aziende Ospedaliere.

Chi organizza il trasporto della persona assistita alle visite di controllo?

Se la famiglia non è in grado di provvedere al trasporto da sola, il caregiver deve provvedere alla richiesta di prescrizione del trasporto presso da parte del medico di medicina generale o dello specialista operanti in strutture pubbliche che ha in carico la persona. Con al prescrizione ci si può poi rivolgere agli enti che effettuano i trasporti sanitari senza dover pagare alcun costo.

Nel caso il medico di medicina generale o il medico specialista non ritenga giustifico la prescrizione del trasporto sanitario, è sempre possibile rivolgersi agli enti che effettuano il servizio ma pagando.

COME PREPARARE LA CASA

Quali accorgimenti è necessari prendere per adattare la casa alle esigenze della persona post-ictus?

Tutto dipende dalle condizioni di salute della persona.
Se questa è costretta a letto, deve essere predisposto, se possibile, un letto con un materasso antidecubito, cunei, cuscini per far assumere una posizione quanto più confortevole possibile. Ci si deve anche dotare di pannoloni, trasverse, creme e salviette per adulti per l'igiene intima.
Nel caso la persona possa muoversi sono necessari stampella/deambulatore.
Si suggerisce anche di procurarsi stoviglie infrangibili (piatti e bicchieri), cannucce, per facilitare, per quanto possibile, la nutrizione e l'idratazione della persona in autonomia.

C'è una lunga attesa per ottenere questa attrezzatura?

Se erogati dal SSN di solito ci vogliono 2-3 giorni per gli ausili per l'assistenza e la gestione a domicilio mentre per gli ausili protesici personalizzati è richiesto più tempo, non meno di 7/10 giorni lavorativi.
Nel caso invece ci si rivolga a soggetti privati, le tempistiche dipenderanno dai loro tempi di consegna.

Come è possibile reperire il materiale per la riabilitazione?

Queste non sono erogate dal SSN per cui, nel caso si esigenza specifiche, devono essere acquistate e/o noleggiate presso sanitarie.

E’ possibile noleggiare questa attrezzatura? C'è una tassa per tali affitti? È disponibile per tutti?

La fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale individuale volto alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell’autonomia dell’assistito (art. 17 DPCM 12 gennaio 2017) è garantita gratuitamente, previa richiesta del medico di medicina generale ai cittadini affetti da particolari patologie che causano disabilità.
Viene quindi garantita la fornitura di:

1. *ausili protesici personalizzati come: protesi d’arto, protesi oculari, apparecchi acustici, busto ortopedico, calzature ortopediche, carrozzina, sistemi di postura, ausili per la comunicazione, ausili per la vista ecc.*
2. *ausili per l’assistenza e la gestione a domicilio come: letto ortopedico, materasso antidecubito, solleva persone, carrozzina di serie, sedia per wc e doccia, rialzo per wc ecc. L’art. 18 del DPCM 12 gennaio 2017 individua nel dettaglio le categorie di persone che hanno diritto all’assistenza protesica e all'erogazione dei dispositivi riportati nel Nomenclatore Tariffario delle Protesi, in connessione a menomazioni e disabilità specifiche:*

RI periodi di noleggio variano — da pochi giorni a diversi mesi.

3. *invalidi civili, di guerra e per servizio, ciechi e ipovedenti gravi, “sordomuti”, in possesso di verbale di riconoscimento di invalidità;*
4. *minori di anni 18 che necessitino di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità grave e permanente;*
5. *persone che hanno presentato domanda di invalidità cui siano state accertate, dalle competenti commissioni mediche, menomazioni che comportano una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo e risultante dal verbale;*

Solitamente 2-3 giorni

6. *utenti in attesa di accertamento per i quali il medico specialista attesti la necessità e urgenza di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio per la tempestiva attivazione di un piano riabilitativo-assistenziale;*
7. *amputati di arto, donne che abbiano subito un intervento di mastectomia o con assenza della mammella o della ghiandola mammaria per malformazione congenita, soggetti che abbiano subito un intervento demolitore dell’occhio, laringo-tracheostomizzati;*
8. *persone affette da malattia rara, in relazione alle menomazioni correlate alla malattia;*
9. *ricoverati presso una struttura sanitaria pubblica o privata accreditata, per i quali il medico specialista certifichi la necessità e l’urgenza di una protesi o di un ausilio prima della dimissione (contestualmente alla fornitura delle protesi o ortesi deve essere attivata la procedura per il riconoscimento dell’invalidità civile);*
10. *persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata.*

Nel caso la persona assistita non riesci nelle suddette fattispecie è possibile provvedere a pagamento al noleggio dei suddetti dispositivi.

Come caregiver come posso accompagnare la persona post-ictus nell'accettazione di questa nuova condizione?

È importante dare tempo alla persona per provvedere a sé (lavarsi, mangiare, vestirsi, etc.) in autonomia. Ad esempio, durante i pasti è importante permettere alla persona, se capace, di mangiare da solo anche se questo significa sporcare o impiegarci più invece di imboccarlo. Queste attività sono infatti parte integrata del percorso riabilitativo insieme agli specifici esercizi che i professionisti, quali logopedisti e fisioterapisti, raccomandano di eseguire a casa.

La persona post-ictus capisce quello che gli diciamo?

Sì, la persona capisce. Ciononostante, è importante comunicare utilizzando frasi brevi e semplici e magari ripetere un concetto affinché non si sia sicuri che questo sia stato pienamente compreso. È necessaria tanta pazienza, comprensione e il rispetto dei tempi e degli spazi della persona assistita quale accettazione nella nuova condizione anche da parte del caregiver.
Si tenga inoltre presente dei possibili problemi di comunicazione della persona.

LA PERSONA POST-ICTUS A CASA DA SOLA

Una persona post-ictus costretta a letto può essere lasciata solo a casa? Per quanto tempo? C'è il rischio di soffocamento o altre situazioni improvvise che possono mettere in pericolo la sua vita?

Si dovrebbe evitare di lasciare una persona post-ictus costretta a letto senza supervisione.
C'è infatti un rischio maggiore di eventi avversi quali soffocamento, cadute, … che in una persona sana.

Quali comportamenti strani si possono osservare dopo un ictus nella persona assistita?

Possono dimenticare le cose, avere difficoltà a memorizzare nuove informazioni o ripetersi frequentemente. La comunicazione può diventare difficile a causa delle difficoltà di parola e comprensione. Inoltre, molte persone faticano a concentrarsi o mantenere l'attenzione. Può anche insorgere un comportamento impulsivo, che porta a decisioni o azioni affrettate senza considerare le conseguenze. Nei casi più gravi, il paziente potrebbe mostrare aggressione verbale o fisica, o impegnarsi in comportamenti socialmente o sessualmente inappropriati, che riflettono l'impatto neurologico dell'ictus piuttosto che una condotta intenzionale.

PRIMO SOCCORSO DA PARTE DEL CAREGIVER IN CASO DI EMERGENZA

Può verificarsi un altro ictus dopo il primo?

Sì, c'è la possibilità di un secondo ictus.

Quali sono i segnali di avvertimento dell'insorgenza di un nuovo ictus?

Di seguito è riportato un elenco dei più frequenti segnali di avvertimento dell'insorgenza di un nuovo ictus:

- *Improvvisa debolezza o intorpidimento, di solito su un solo lato del corpo, che coinvolge il viso, le braccia o le gambe;*
- *Linguaggio confuso e difficoltà di comprendere;*
- *Disturbi della vista con visione doppia, cecità in un occhio o alterazioni di altri campi visivi;*
- *Vertigini che possono essere accompagnate da perdita di equilibrio;*
- *Perdita di equilibrio con difficoltà a mantenere l'equilibrio, e movimenti scoordinati;*
- *Forte mal di testa improvviso che si verifica soprattutto in caso di emorragia subaracnoidea;*
- *Nausea e vomito;*
- *Confusione;*
- *Cambiamenti comportamentali.*

Sintomi di un mini-ictus (TIA)

- *Simili ai sintomi dell'ictus, ma di solito brevi (spesso risolti entro 24 ore).*
- *Possono coinvolgere disturbi della vista, problemi di linguaggio, debolezza degli arti o perdita dell'equilibrio*

Cosa fare in tale situazione?

In caso di secondo ictus, è assolutamente necessario chiamare immediatamente un'ambulanza e garantire il ricovero ospedaliero del paziente.

La persona assistita post-ictus tornerà a parlare?

Ciò dipenderà da diversi fattori: la gravità del danno cerebrale, l'area interessata e il tempo trascorso dall'ictus. La riabilitazione attraverso la logopedia, insieme ad altre forme di terapia, può aiutare al pieno recupero o a migliorare le sue capacità comunicative.

Come parlare con un paziente che soffre di afasia dopo un ictus?

In prima istanza sii paziente e comprensivo: è molto importante mostrare sostegno e incoraggiamento. Dopo ciò evita di interrompere o correggere costantemente la persona e consentile di utilizzare modalità comunicative diverse come la scrittura e ausili visivi o l'utilizzo del linguaggio non verbale come gesti ed espressioni facciali.

Come posso aiutare la persona assistita a svolgere gli esercizi riabilitativi?

È importante farsi dare e seguire le indicazioni fornite dagli specialisti per il loro svolgimento in sicurezza, per la persona assistita che per te caregiver.
In particolare, è importante avere pazienza e combattere insieme alla persona assistita affinché non si faccia abbattere dalla frustrazione.

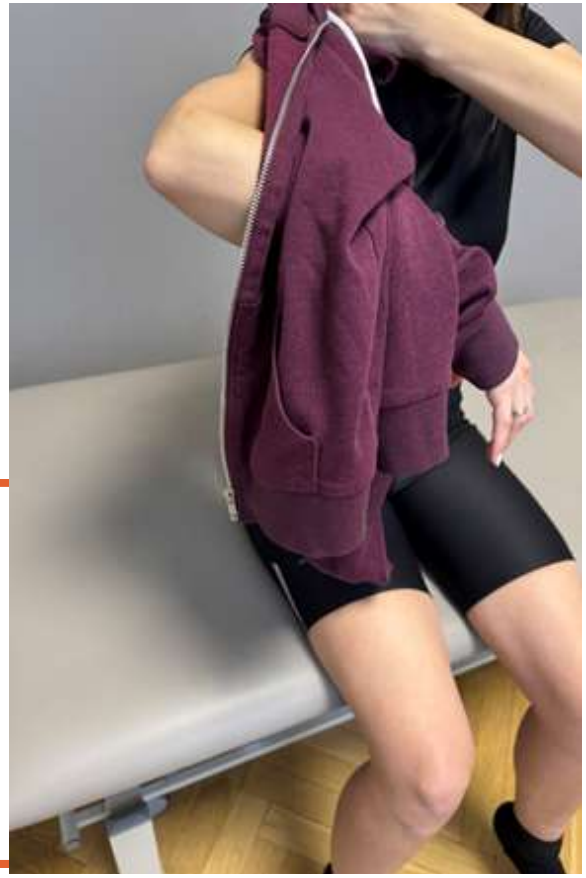
Se la persona rientra a casa con il catetere, cosa devo fare? Lo devo cambiare io? Con quale frequenza?

Il catetere, se presente, sarà gestito dagli infermieri dell'assistenza domiciliare integrata attivati ad hoc.

Come aiutare nello svolgimento delle attività quotidiane

Quando si indossa un indumento per la parte superiore del corpo, si dovrebbe sempre iniziare con l'arto più debole. La manica va fatta scorrere completamente fino alla spalla prima di passare all'altro braccio.

L'errore più comune è infilare solo parzialmente la manica e cercare di tirare l'indumento sopra la schiena e sull'altro braccio. Questo movimento può causare un sollevamento incontrollato dell'arto e comportare il rischio di una lesione alla spalla.



INDOSSARE I PANTALONI

L'abbigliamento per la parte inferiore del corpo dovrebbe anche iniziare con la gamba indebolita

L'errore è iniziare a indossare i pantaloni con la gamba sana per prima.

Quando si tirano su i pantaloni oltre i fianchi, è utile sollevare alternativamente il bacino – a sinistra, a destra – il che facilita l'indossare il capo.

Il paziente potrebbe aver bisogno di assistenza nel tirare su i pantaloni dal lato indebolito.

INDOSSARE I PANTALONI IN PIEDI

Se il paziente ha un buon equilibrio in piedi, può tirare su i pantaloni in modo autonomo. È consigliabile farlo vicino a una parete, che offre maggiore stabilità e sicurezza.

INDOSSARE I CALZINI

Per indossare una calza sulla gamba indebolita:

1.
Appoggiare la gamba indebolita sul ginocchio della gamba sana.

2.
Usare le dita per allargare l'apertura della calza e infilarla sulle dita del piede.

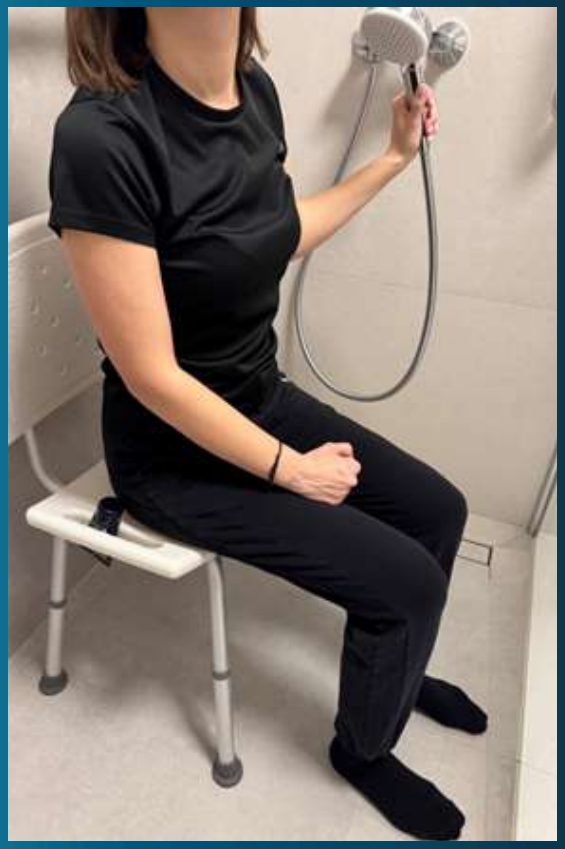
3.
Quindi tirarla sopra la parte centrale del piede e sull'intero piede.

Questa tecnica riduce il rischio di lesioni e rende più facile e preciso indossare la calza.

ALZARSI DAL WC

Quando si alza dal water in modo autonomo, il paziente dovrebbe usare la mano sana per afferrare una maniglia fissata al muro o un supporto ribaltabile – a seconda del lato colpito dalla debolezza.
Una buona preparazione del bagno (maniglie stabili) aumenta la sicurezza e l'autonomia del paziente.

FARE LA DOCCIA



Per una doccia in sicurezza, è consigliato l'uso di una sedia speciale da doccia.

Se il paziente ha un buon controllo della postura, può fare la doccia in piedi, tenendosi alle maniglie installate sulle pareti.

Importante: il pavimento della doccia deve essere antiscivolo

MANGIARE A TAVOLA

Durante i pasti, il braccio indebolito dovrebbe essere appoggiato sul tavolo con tutto l'avambraccio

ChatGPT ha detto:
L'errore più comune: appoggiare il braccio sulle gambe o sul busto – questo può causare dolore, gonfiore o contratture

Evitare di somministrare il cibo in posizione sdraiata, poiché può causare soffocamento e altre complicazioni

MANGIARE IN POSIZIONE SDRAIATA (SE LA SITUAZIONE LO RICHIEDE, AD ESEMPIO SE IL PAZIENTE NON PUÒ ANCORA SEDERSI)

Anche in posizione semi-sdraiata, il braccio indebolito dovrebbe essere sostenuto – idealmente su un cuscino o un tavolino da notte. La testa e il busto devono essere sollevati. Il cibo dovrebbe avere una consistenza adeguata per ridurre al minimo il rischio di soffocamento.

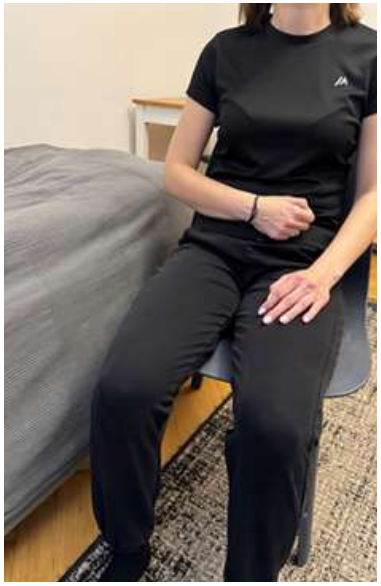
Non è consigliato mangiare in posizione completamente sdraiata.

SPOSTAMENTO AUTONOMO

Per un trasferimento sicuro (ad esempio, dalla sedia a rotelle al letto):

1.

Posizionare il lato sano il più vicino possibile al letto.



Evitare il trasferimento passando dal lato indebolito, poiché comporta il rischio di perdere l'equilibrio e cadere

2.

Evitare di trasferirsi appoggiandosi sul lato indebolito, perché comporta il rischio di perdere l'equilibrio e cadere

3.

Passare alla posizione eretta

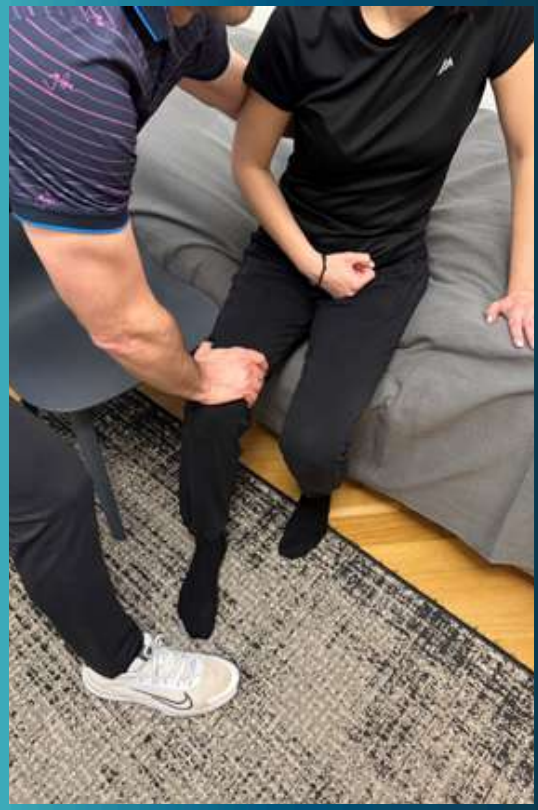
4.

Tirarsi su con la mano al letto e sedersi con i fianchi il più profondamente possibile.

SPOSTAMENTO ASSISTITO

Il caregiver dovrebbe controllare il posizionamento della gamba indebolita nella zona del ginocchio

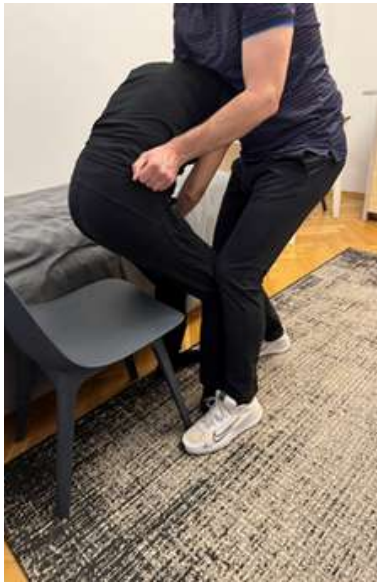
Il paziente, durante il momento di alzarsi, si sostiene con il braccio indebolito sul letto, mentre il caregiver lo aiuta ad alzarsi dalla sedia o dalla sedia a rotelle, controllando la posizione dell'arto inferiore



Durante tutto il processo, il caregiver monitora la sicurezza del paziente e la corretta posizione del corpo

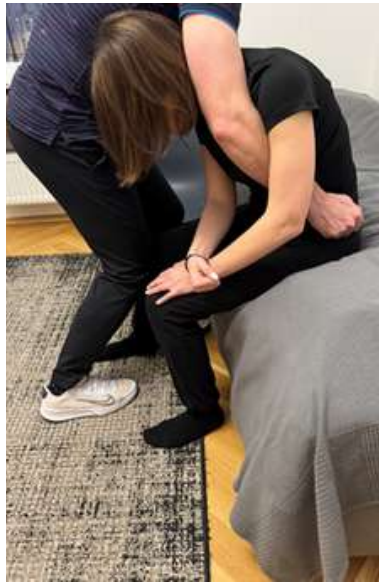
TRASFERIMENTO DI UN PAZIENTE COMPLETAMENTE DIPENDENTE

Il trasferimento di un paziente completamente dipendente deve essere effettuato stando di fronte a lui, tenendo i fianchi su entrambi i lati. Il caregiver stabilizza la gamba indebolita del paziente con le proprie gambe



Durante il trasferimento, è importante che il caregiver controlli il movimento di sollevamento dei fianchi del paziente tenendoli con le mani e assicuri che il sollevamento avvenga inclinando il corpo all'indietro, in modo da non sostenere il peso del paziente con le braccia e non affaticare la schiena

Dopo aver sollevato i fianchi oltre il bordo del letto, il caregiver ruota insieme al paziente verso il letto, controllando costantemente il corpo del paziente e garantendo la sicurezza



È importante che la presa sull'anca del lato sano del paziente sia sotto l'arto superiore – questo stabilizza il corpo del paziente e garantisce la sicurezza

Un errore è afferrare i fianchi del paziente sopra l'articolazione della spalla – questo può causare cadute quando il paziente si inclina in avanti.

SCENDERE LE SCALE TENENDOSI AL CORRIMANO DAL LATO SANO

Scendere le scale rivolti in avanti dovrebbe iniziare abbassando per primo la gamba indebolita sul gradino inferiore. L'intero movimento di discesa deve essere controllato dalla gamba sana

Scendere per primo con la gamba sana è molto rischioso e può portare a cadute a causa del scarso controllo del peso corporeo su quella gamba

Durante la discesa, il caregiver dovrebbe controllare il movimento della gamba indebolita prendendola per l'anca, in modo che il paziente possa posarla in sicurezza sul gradino sottostante

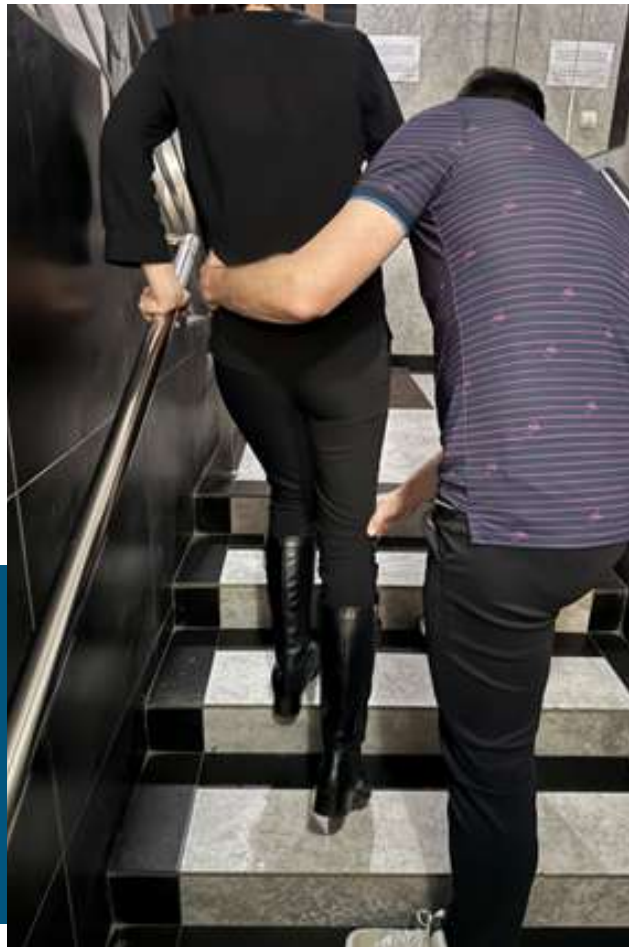
Se la gamba tende a ruotare verso l'interno o presenta tensione, il caregiver può controllarla anche prendendola dalla coscia

Ogni gradino (soprattutto all'inizio) dovrebbe essere affrontato lentamente, uno alla volta. Il caregiver dovrebbe posizionarsi un gradino più in basso per poter intervenire rapidamente, se necessario

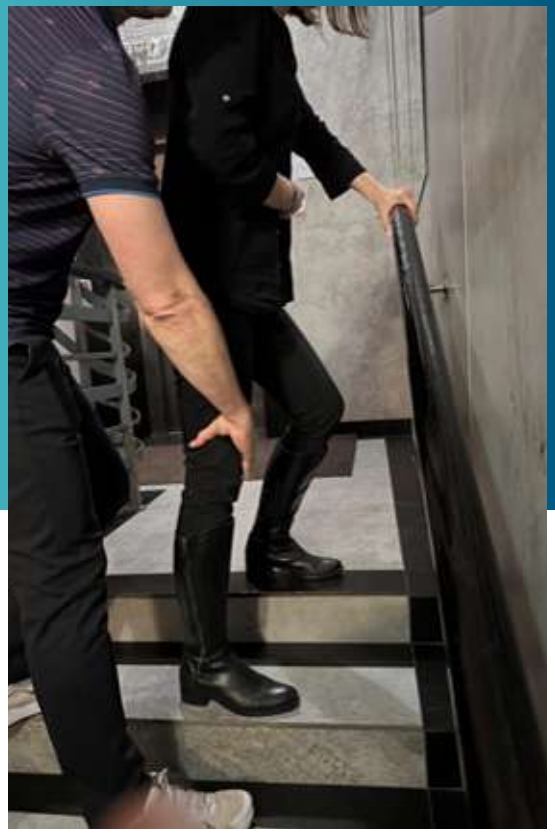
SALIRE LE SCALE TENENDOSI AL CORRIMANO DAL LATO SANO

Salire le scale dovrebbe iniziare con la gamba sana. Se il paziente si sente insicuro o sta imparando questa attività, il caregiver dovrebbe posizionarsi un gradino più in basso, dietro e diagonalmente di lato. Le mani del caregiver devono sostenere i fianchi e il ginocchio del paziente per evitare che il ginocchio ceda sotto il peso corporeo

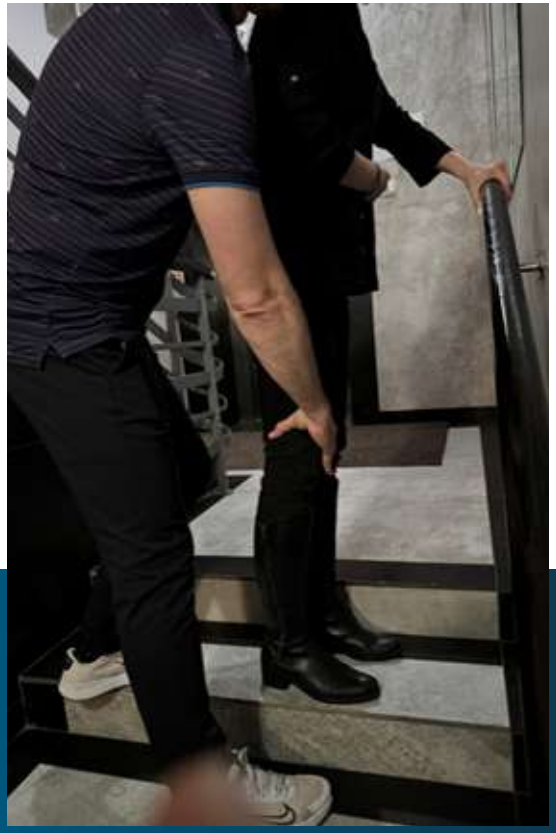
Il caregiver controlla il ginocchio del paziente mentre sale con la gamba sana e lo sostiene dai fianchi per prevenire l'inclinazione all'indietro. Il compito del paziente è salire con la gamba sana e portare la gamba indebolita a raggiungerla



SCENDERE LE SCALE DI LATO TENENDOSI AL CORRIMANO DAL LATO INDEBOLITO



La discesa di lato dovrebbe iniziare con la gamba indebolita. Se il paziente si sente insicuro o sta imparando questa tecnica, il caregiver dovrebbe posizionarsi un gradino più in basso, dietro e diagonalmente di lato. Le mani del caregiver devono sostenere i fianchi e il ginocchio del paziente per evitare che il ginocchio ceda sotto il peso corporeo



Il caregiver controlla il ginocchio del paziente e stabilizza i suoi fianchi per garantire sicurezza e stabilità. Il compito del paziente è scendere con la gamba sana e portare la gamba indebolita a raggiungerla

04 I suoi ricordi. Memorie di una persona colpita da ictus.

Un ictus è come un momento in cui il tempo si ferma. Tutto cambia, corpo e mente.

All'improvviso, devi reimparare gesti che prima erano scontati come mangiare o parlare. Ricordo quando continuavo a dimenticare le parole. Era la cosa più frustrante. Avevo ben chiaro nella mia mente ciò che volevo dire, lo sentivo nella testa, ma le parole non arrivavano. Sì, è un momento in cui tutto si stravolge.

Perdi il controllo del tuo corpo. Hai bisogno degli altri. Non hai scelta. Ma anche in mezzo a tutto questo, sei pur sempre una persona. Hai i tuoi momenti di vergogna, i tuoi bisogni. C'erano volte in cui volevo solo fare qualcosa di sciocco, da solo. Anche se in modo goffo e lento. Volevo farlo con le mie mani. Tutti abbiamo bisogno di sentire che c'è ancora qualcosa che possiamo fare da soli. È fondamentale.

Non percepivo il mio caregiver come "troppo premuroso" ma mi era difficile accettare di dipendere in tutto da lui.

Ci sono stati momenti di di profonda frustrazione, in cui pensavo che non sarei mai tornato alla mia vita di prima, che non sarei mai migliorato. È lì che ho avuto più bisogno di supporto. Non solo dai medici — anche se sono essenziali — ma dalla famiglia. La sua presenza era tutto per me. Perché il sistema socio-sanitaria ha molte, troppe lacune. Le informazioni mediche erano tante, complicate. Il medico non ha sempre tempo. La persona che si prende cura di me però si. Aveva ed ha tempo. Aveva ed ha pazienza.

Dopo un ictus, ogni persa che ha avuto un ictus ha conseguenze diverse, limitazioni diverse. Ma c'è qualcosa che ci accomuna tutti: la ribellione. Non è contro il caregiver. È il nostro modo di lottare contro ciò che ci è accaduto. A volte si manifesta come rabbia, altre come tristezza, ma è sempre un tentativo di affrontare questa nuova nostra condizione.

E c'è un'altra cosa. Chi ha avuto un ictus resta una persona. Ha ancora bisogno di qualcosa che dia senso alla sua vita. Anche una piccola attività, qualcosa che gli permetta di "staccare" e dimenticare tutto per un attimo. Perché nella lotta per il recupero, la cosa più importante è non perdere sé stessi. Sosteneteci, aiutateci, … ma lasciateci essere chi siamo!

05 I tuoi ricordi. Memorie di un caregiver.

Ci è voluto circa un mese prima che prendermi cura di mio marito diventasse la mia nuova quotidianità. La parte più difficile è stata capire cosa stesse davvero cercando di dirmi. All'inizio, non riuscivo a capire di cosa avesse bisogno. Era uno stress e una sfida enorme.

Ricordo quanto ero spaventata per come sarebbe cambiata la nostra vita da quel momento in poi. Per il nostro futuro.
Parlare con qualcun altro che aveva vissuto qualcosa di simile mi ha davvero aiutato. Sentivo di non essere sola e questo era molto importante per me. Fortunatamente, mia figlia è un'infermiera e mi ha insegnato come prendermi cura adeguatamente di mio marito insegnandomi le basi assistenza. Senza di lei, sarebbe stato molto più difficile.

Non ho intenzione di nasconderlo: questa situazione ha davvero influito sulla mia salute.

Non era tanto la fatica fisica, quanto il fatto che non avevo più tempo per me stessa. Non si trattava di sollevarlo fisicamente, ma di non avere mai tempo per me stessa. Il mio umore è crollato. Ho avuto bisogno di un supporto psicologico per non sprofondare nella tristezza senza più farne ritorno. Per fortuna ero già in pensione, non ho dovuto lasciare il lavoro, ma quel tempo "mio" sembrava comunque scomparso.

Col tempo, mio marito ha ricominciato a parlare meglio; ma anche io ho imparato ad ascoltarlo meglio. All'inizio, spesso dovevo indovinare cosa gli facesse male o cosa lo infastidiva.
Ma dopo un mese, le cose sono diventate più facili: abbiamo imparato di nuovo a capirci.

E insieme, abbiamo trovato qualcosa che dà forza ad entrambi: ci prendiamo cura di nostro nipote. Lui è la nostra energia. Grazie a lui, mio marito non si sente più un bambino da accudire, ma un nonno con un ruolo attivo. Nostro nipote è il figlio di questa relazione. Mio marito si sente ancora necessario e sa di avere un ruolo importante. Per me, questa è la cosa più preziosa: vederlo come il mio partner, non come il mio paziente.

06 Supporto formale e legale da parte delle istituzioni

In Italia esistono numerose misure a supporto di coloro che si prendono cura di familiari affetti da disabilità, malattie croniche o condizioni invalidanti, incluse le persone che hanno avuto un ictus. Tali misure comprendono interventi di natura economica, previdenziale e assistenziale, tra cui: (i) L. 104/1992, (ii) indennità di accompagnamento, (iii) congedo straordinario retribuito (L. 151/2001), (iv) assegni e contributi regionali, (v) assistenza domiciliare integrata, (vi) centri diurni e residenziali, (vii) sostegno psicologico per i caregiver.

La **Legge 104/1992** riconosce alcuni diritti ai caregiver familiari di persone con disabilità grave, prevedendo permessi lavorativi retribuiti per i lavoratori dipendenti (fino a tre giorni al mese, anche frazionabili) nonché la precedenza nei trasferimenti e il diritto a scegliere la sede di lavoro più vicina al domicilio della persona assistita.

Per assistere un familiare con disabilità grave, il lavoratore dipendente ha diritto a un congedo straordinario retribuito ai sensi del **D.Lgs. 151/2001** (art. 42, comma 5). Il congedo ha una durata massima complessiva di due anni nell'arco della vita lavorativa. Durante tale periodo, al lavoratore spetta una retribuzione pari all'ultima percepita, nel rispetto di un tetto massimo annuale stabilito e rivalutato periodicamente.

Alcune Regioni offrono assegni di cura, contributi economici, o voucher per servizi domiciliari. Le modalità e i criteri di accesso variano a livello regionale e tengono conto di parametri quali l'ISEE e il livello di assistenza richiesto. Tra le Regioni che prevedono queste misure si possono citare, a titolo esemplificativo, Toscana, Emilia-Romagna e Veneto.

Il **Servizio Sanitario Nazionale** fornisce l'assistenza domiciliare integrata (ADI), che include visite domiciliari da parte di infermieri, fisioterapisti e medici per pazienti non autosufficienti; tale servizio è attivabile su richiesta del medico di medicina generale (MMG).

Sul territorio nazionale sono presenti **centri diurni e residenziali**, strutture pubbliche o convenzionate, che offrono assistenza temporanea o continuativa.

Alcune ASL offrono sportelli di ascolto o percorsi terapeutici per caregiver familiari **(Sostegno psicologico).**

La figura del caregiver familiare è stata definita a livello normativo dalla Legge di Bilancio 2018 come "la persona che assiste e si prende cura, in modo continuativo e gratuito, di un familiare convivente con disabilità grave" (Legge n. 205/2017, co. 255).

Tuttavia, questa definizione non è accompagnata da un vero e proprio riconoscimento giuridico con diritti specifici (come previdenza, tutele lavorative strutturate, o supporto economico stabile). Il riconoscimento del ruolo di caregiver familiare in Italia è un tema attuale e delicato.

Nonostante, infatti, siano previste le misure di tutela e le agevolazioni sopra richiamate, non esiste ancora una legge nazionale organica che riconosca pienamente il ruolo e i diritti del caregiver familiare.
Sebbene manchi una legge quadro nazionale sul caregiver familiare, numerose proposte di legge sono state presentate negli ultimi anni. Nel 2024, è stato discusso un disegno di legge per istituire un "Fondo per il riconoscimento del lavoro di cura", ma non è ancora stato approvato in modo definitivo. Sono, inoltre, previsti fondi statali annuali (come il Fondo Nazionale per i caregiver familiari), gestiti a livello regionale, ma le risorse sono limitate.

Alcune Regioni hanno legiferato autonomamente per riconoscere formalmente e supportare i caregiver. Le misure specifiche variano da Regione a Regione, sia in termini di requisiti di accesso che di entità del sostegno (assegni, formazione, supporto psicologico). L'Emilia-Romagna è stata la prima regione italiana a riconoscere e tutelare i caregiver (L.R. 2/2014). Tra le altre Regioni che hanno approvato normative o delibere per supportare i caregiver, anche con contributi e servizi, c'è la Toscana. In data 14 febbraio 2024 la Giunta regionale ha varato una proposta per riconoscere formalmente il caregiver come figura integrante del sistema socio-sanitario regionale, rafforzando anche i supporti psicologici e i servizi associati. Tale proposta è attualmente all'esame del Consiglio regionale.

Nel panorama nazionale attuale, è crescente la pressione da parte di associazioni, caregiver e istituzioni sanitarie per approvare una legge nazionale di tutela e riconoscimento della figura.

Tutto ciò si contestualizza in una profonda riorganizzazione del SSN italiano volta secondo quanto previsto dal **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – Missione 6 "Salute"** (A).

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA (PNRR)

La Missione 6 "Salute" contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti, di seguito riportate.

M6C1 – RETI DI PROSSIMITÀ, STRUTTURE E TELEMEDICINA PER L'ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE

- Case della Comunità e presa in carico della persona (B). L'investimento ha l'obiettivo di offrire assistenza sanitaria di prossimità ai residenti, assicurando il servizio principalmente alla popolazione più anziana, riducendo così il numero delle ospedalizzazioni anche non urgenti. In questo modo le cure sanitarie sul territorio saranno coordinate in modo efficiente e rapido per rispondere ai bisogni dei cittadini. Verrà creato un "unico punto di accesso" ai servizi sanitari che gestisca un database medico per ciascun paziente e un registro elettronico sanitario per garantire e facilitare l'equo accesso alle cure.

- Casa come primo luogo di cura e telemedicina (C). La misura mira a migliorare l'assistenza delle persone affette da patologie croniche, con particolare attenzione verso gli over 65. Questo obiettivo primario si collega ad altri tre obiettivi complementari: aumentare il numero dei pazienti assistiti nelle proprie abitazioni incrementandolo a oltre un milione e mezzo entro il 2026; realizzare un nuovo modello organizzativo, con la creazione delle Centrali operative territoriali, al fine di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione della cura sanitaria; promuovere e finanziare lo sviluppo di nuovi progetti di telemedicina per l'assistenza a distanza da parte dei sistemi sanitari regionali.

- L'investimento consiste nell'adozione su larga scala di soluzioni di telemedicina e nel sostegno all'innovazione sanitaria, attraverso le seguenti misure:
  - L'assistenza domiciliare come primo punto di assistenza: aumentare il numero di persone trattate nell'assistenza domiciliare al 10% della popolazione over 65 grazie a investimenti in hardware e maggiore erogazione di servizi.
  - Centri Territoriali di Coordinamento: costituire 600 Centri Territoriali di Coordinamento con lo scopo di collegare e coordinare i diversi servizi territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché la rete emergenza-urgenza. I Centri Territoriali di Coordinamento sono tenuti a garantire il controllo remoto dei dispositivi forniti ai pazienti, supportare lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari e costituire un punto di riferimento per i caregiver e le esigenze dei pazienti.
  - Telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche: finanziare progetti che consentano interazioni a distanza medico-paziente, in particolare diagnostica e monitoraggio; creare una piattaforma nazionale per lo screening della telemedicina; finanziare iniziative di ricerca ad hoc sulle tecnologie digitali per la salute e l'assistenza.

- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità) (D). L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. L'obiettivo è la realizzazione di almeno 307 strutture sanitarie territoriali, rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare).

M6C2 – INNOVAZIONE, RICERCA E DIGITALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE ITALIANO

L'obiettivo di questa componente, più rivolta alla crescita interna del SSN italiano, è:

- Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
- Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
- Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

DM 77/2022: REGOLAMENTO RECANTE LA DEFINIZIONE DI MODELLI E STANDARD PER LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Questo Decreto Ministeriale riorganizza l'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, introducendo nuovi modelli e standard per migliorare l'accesso alle cure e la loro qualità e puntando a una sanità più integrata, vicina ai cittadini e basata su una rete di servizi multidisciplinari (E).

La definizione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici dell'assistenza territoriale, costituisce la prima milestone, in qualità di Riforma, nell'ambito della Componente 1 Missione 6 del PNRR, ma anche il completamento della riforma dei servizi sanitari iniziata con il Regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera di cui al decreto 2 aprile 2015, n. 70. Dopo un iter accidentato1 , il decreto n. 77 del 23 maggio 2022 è stato pubblicato nella G.U. n.144 del 22 giugno 2022.

Il decreto è composto da 4 articoli e tre Allegati:

- Allegato 1 - Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN;
- Allegato 2 - Ricognizione Standard;
- Allegato 3 – Glossario. L'articolo 1, rispondendo al parere n. 881 del 19 maggio 2022 del Consiglio di Stato, precisa che "Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2 avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto".

Conseguentemente, le regioni e le province autonome sono tenute, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del Regolamento, ad adottare un provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale regionale coerente con quanto previsto nell'allegato 2 e con gli investimenti della Missione 6 Componente 1 del PNRR.

07 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Majumder D. Ischemic Stroke: Pathophysiology and Evolving Treatment Approaches. Neurosci Insights. 2024;19:26331055241292600. doi: 10.1177/26331055241292600. PMID: 39444789; PMCID: PMC11497522. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11497522/

2. Sinha RK, Singh A, Kishor A, Richa S, Kumar R, Kumar A. Evaluation of Oral Hygiene Status in Patients with Hemorrhagic and Ischemic Stroke. J Pharm Bioallied Sci. 2021;13(Suppl 1):S233-S236. doi: 10.4103/jpbs.JPBS_698_20. Epub 2021 Jun 5. PMID: 34447083; PMCID: PMC8375821. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8375821/

3. D'Anna L, Abu-Rumeileh S, Merlino G, Ornello R, Foschi M, Diana F, Barba L, Mastrangelo V, Romoli M, Lobotesis K, Bax F, Kuris F, Valente M, Otto M, Korompoki E, Sacco S, Gigli GL, Nguyen TN, Banerjee S. Safety and Outcomes of Mechanical Thrombectomy in Acute Ischemic Stroke Attributable to Cardiological Diseases: A Scoping Review. J Am Heart Assoc. 2024;13(17):e034783. doi: 10.1161/JAHA.124.034783. Epub 2024 Jun 14. PMID: 38874062; PMCID: PMC11646491. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11646491/

4. Gomez GT, Shi L, Fohner AE, Chen J, Yang Y, Fornage M, Duggan MR, Peng Z, Daya GN, Tin A, Schlosser P, Longstreth WT, Kalani R, Sharma M, Psaty BM, Nevado-Holgado AJ, Buckley NJ, Gottesman RF, Lutsey PL, Jack CR, Sullivan KJ, Mosley T, Hughes TM, Coresh J, Walker KA. Plasma proteome-wide analysis of cerebral small vessel disease identifies novel biomarkers and disease pathways. medRxiv [Preprint]. 2024 Oct 8:2024.10.07.24314972. doi: 10.1101/2024.10.07.24314972. PMID: 39417098; PMCID: PMC11483013. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39417098/

5. Miyagi T, Ishida A, Shinzato T, Ohya Y. Arterial Stiffness Is Associated With Small Vessel Disease Irrespective of Blood Pressure in Stroke-Free Individuals. Stroke. 2023;54(11):2814-2821. doi: 10.1161/STROKEAHA.123.042512. Epub 2023 Oct 17. PMID: 37846566. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37846566/

6. Wei W, Ma D, Li L, Zhang L. Cognitive impairment in cerebral small vessel disease induced by hypertension. Neural Regen Res. 2024;19(7):1454-1462. doi: 10.4103/1673-5374.385841. Epub 2023 Sep 22. PMID: 38051887; PMCID: PMC10883517. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10883517/

7. Webb AJS, Werring DJ. New Insights Into Cerebrovascular Pathophysiology and Hypertension. Stroke. 2022;53(4):1054-1064. doi: 10.1161/STROKEAHA.121.035850. Epub 2022 Mar 8. PMID: 35255709; PMCID: PMC7615037. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7615037/

8. Charidimou A, Nicoll JA, McCarron MO. Thrombolysis-related intracerebral hemorrhage and cerebral amyloid angiopathy: accumulating evidence. Front Neurol. 2015;6:99. doi: 10.3389/fneur.2015.00099. PMID: 26005432; PMCID: PMC4424854. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4424854/

9. Kumar-Singh S. Cerebral amyloid angiopathy: pathogenetic mechanisms and link to dense amyloid plaques. Genes Brain Behav. 2008;7 Suppl 1:67-82. doi: 10.1111/j.1601-183X.2007.00380.x. PMID: 18184371. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18184371/

10. Johansson A, Drake I, Engström G, Acosta S. Modifiable and Non-Modifiable Risk Factors for Atherothrombotic Ischemic Stroke among Subjects in the Malmö Diet and Cancer Study. Nutrients. 2021 Jun 6;13(6):1952. doi: 10.3390/nu13061952. PMID: 34204127; PMCID: PMC8229981. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8229981/

11. Kumar A, Shams EA, Yadav S. Gender Differences in Risk Factors of Ischemic Stroke Patients in a Tertiary Care Centre in North India. J Evolution Med Dent Sci. 2020;9(23):1718-1722. DOI:10.14260/jemds/2020/358. https://www.semanticscholar.org/paper/Gender-Differences-in-Risk-Factors-of-Ischemic-in-a-Kumar-Shams/44cca389b86a20386812425c3dfd32d01021071f

12. Seram RD, Gadkari C, Pundkar A. Risk factors and predictors among adult patients of ischemic and hemorrhagic stroke: A systematic review. Multidisciplinary Reviews. 2022;5(1):2022222. DOI:10.31893/multirev.2025222. https://www.semanticscholar.org/paper/Risk-factors-and-predictors-among-adult-patients-of-Seram-Gadkari/dd890d9c0435cc3a4f4b191188cfc722ffdfe21a

13. Wu Y, Chen X, Hu S, Zheng H, Chen Y, Liu J, Xu Y, Chen X, Zhu L, Yan W. The impact of potentially modifiable risk factors for stroke in a middle-income area of China: A case-control study. Front Public Health. 2022;10:815579. doi: 10.3389/fpubh.2022.815579. PMID: 36062135; PMCID: PMC9437343. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9437343/

14. Melidoro P, Sultan ARA, Qureshi A, Yacoub MH, Elkhodary KL, Lip GYH, Montarello N, Lahoti N, Rajani R, Klis M, Williams SE, Aslanidi O, De Vecchi A. Enhancing stroke risk stratification in atrial fibrillation through non-Newtonian blood modelling and Gaussian process emulation. J Physiol. 2024 Dec 17. doi: 10.1113/JP287283. Epub ahead of print. PMID: 39689233. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39689233/

15. Ishida M, Sakai C, Kobayashi Y, Ishida T. Cigarette Smoking and Atherosclerotic Cardiovascular Disease. J Atheroscler Thromb. 2024;31(3):189-200. doi: 10.5551/jat.RV22015. Epub 2024 Jan 14. PMID: 38220184; PMCID: PMC10918046. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10918046/

16. Kaur K, Allahbadia G, Singh M. The Role of Diabetes Mellitus (Both T1D and T2D) in the Atherosclerosis Development-A Systematic Review with Part of Inflammation along with Altered Glucose and Lipid Metabolism for Forming Therapeutic Approaches. J Adv Res Diabetes Obes. 2020;2(1):1-13. https://www.semanticscholar.org/paper/The-Role-of-Diabetes-Mellitus-(Both-T1D-and-T2D)-in-Kaur-Allahbadia/6ff2ff07fe8c498b076f42c25b84b46f344f1088

17. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Costanzo S, Gialluisi A, Persichillo M, Cerletti C, Donati MB, de Gaetano G, Iacoviello L. Mediterranean diet and mortality in the elderly: a prospective cohort study and a meta-analysis. Br J Nutr. 2018;120(8):841-854. doi: 10.1017/S0007114518002179. Epub 2018 Aug 30. PMID: 30157978. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30157978/

18. Migliaccio S, Brasacchio C, Pivari F, Salzano C, Barrea L, Muscogiuri G, Savastano S, Colao A; Obesity Programs of nutrition, Education, Research and Assessment (OPERA) Group. What is the best diet for cardiovascular wellness? A comparison of different nutritional models. Int J Obes Suppl. 2020;10(1):50-61. doi: 10.1038/s41367-020-0018-0. Epub 2020 Jul 20. PMID: 32714512; PMCID: PMC7371887. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32714512/

19. Mickiewicz J, Rutkiewicz-Hanczewska M, Kaźmierski R, Zaburzenia mowy i języka u pacjentów po przebytym udarze mózgu. Studium epidemiologiczne, Prace Językoznawcze, t. 24, Art. nr 2, 2022, doi: 10.31648/pj.7739.

20. Budrewicz S, Słotwiński K, Madetko N, Koszewicz M, Zaburzenia połykania w chorobach układu nerwowego — diagnostyka i leczenie, Polski Przegląd Neurologiczny, 2018; 14 (1)

21. Piskorz J., Wójcik G, Iłzecka J, Kozak-Putowska D, Wczesna rehabilitacja pacjentów po udarze niedokrwiennym mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, Tom 20, Nr 4.

22. Walshe M, Oropharyngeal dysphagia in neurodegenerative disease. J Gastroenterol Hepatol Res. 2014; 3(10), s. 1265–1271.

23. Bakheit AM, Management of neurogenic dysphagia. Postgrad Med J., 2001; 77(913), s. 694–699

24. Kłęk S, Błażejewska-Hyżorek B, Czernuszenko A et al. Leczenie żywieniowe w neurologii — stanowisko interdyscypilnarnej grupy ekspertów. Część 1. Zasady ustalania wskazań do leczenia żywieniowego. Pol Przegl Neurol. 2017; 13(3), s. 106–119

25. Singh S, Hamdy S, Dysphagia in stroke patients. Postgrad Med J. 2006; 82(968), s. 383–391

26. Warlow C, Sudlow C, Dennis M, Wardlaw J, Sanercock P, Stroke. Lancet. 2003; 362(9391): 1211–1224

27. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A, Znaczenie fizjoterapii w prewencji i leczeniu odleżyn u pacjentów po udarze mózgu, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2017, Tom 23, Nr 3.

28. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y, Long-term morbidities in stroke survivors: a prospective multicenter study of Thai stroke rehabilitation regist. BMC Geriatrics 2013, 13.

29. Szewczyk MT, Sopata M, Jawień A i in. Zalecenia profilaktyki i leczenia odleżyn. Leczenie Ran, 2010, 7(3–4), s. 79–106.

30. Mikołajewska E, Miejsce fizjoterapii w zapobieganiu i leczeniu ran odleżynowych, „Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja", 2010, 3, s. 54−56

31. Mazur R, Świerkocka-Miastkowska M, Udar mózgu — pierwsze objawy, „Choroby Serca i Naczyń", 2005, tom 2, nr 2, s. 84–87.

32. Członkowska A, Niewada M, Ryglewicz D, Sarzyńska-Długosz I, Kobayashi A, Ocena zabezpieczenia chorych z udarem mózgu w zakresie dostępności pododdziałów udarowych w Polsce, „Neurol. Neurochir. Pol.", 2004, 38, 5, s. 353–360.

33. Kras D, Leczenie niedowładów po udarze. Jak wygląda rehabilitacja?, https://fundacjamocpomocy.pl/leczenie-niedowladow-po-udarze-jak-wyglada-rehabilitacja/ (dostęp: 17.03.2025)

34. Smolińska A, Książkiewicz B, Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007;4(1):6-9.

35. Socha M, Kozioł-Montewka M, Pańczuk A. Zakażenie dróg moczowych u chorych po udarze mózgu - współzależność z procesem rehabilitacji, zapobieganie. Med Og Nauk Zdr. 2017;23(4):221-4. https://doi.org/10.26444/monz/76936

36. Świerkocka-Miastkowska M, Biesek D, Opieka domowa nad chorym po udarze mózgu, Choroby Serca i Naczyń 2007, tom 4, nr 3, 127–129

37. Ryglewicz D, Depresja poudarowa, Polski Przegląd Neurologiczny, Tom 1, Nr 1 (2005)

38. Wójcik R, Adam A, Natora J, Sulisz I. Problemy pielęgnacyjne pacjenta po niedokrwiennym udarze mózgu w środowisku domowym, Geriatria 2021/2.

08 SITOGRAFIA

A. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – Missione 6 “Salute” - https://www.pnrr.salute.gov.it/

B. CASA di COMUNITA’ - https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/case-della-comunita-e-presa-carico-della-persona/

C. CASA come primo luogo di cura e telemedicina - https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/Interventi/investimenti/casa-come-primo-luogo-di-cura-assistenza-domiciliare-e-telemedicina.html

D. OSPEDALE di COMUNITA’ - https://www.pnrr.salute.gov.it/it/pnrr-pagina/ospedali-di-comunita/

E. DM 77/2022 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale - https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG

caregIVR

ESSATLA
Atlántica Health School

SGH

uhu.es
Universidad de Huelva
OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI FIRENZE

Co-funded by the European Union

HaDEA