

3 DEFINIZIONI E GLOSSARIO

Qualunque proposta operativa in qualsiasi campo non può prescindere dalla chiara definizione di ciò di cui si occupa. Ciò è vero a maggior ragione per le linee guida in campo sanitario e soprattutto per linee guida a contenuto fortemente interdisciplinare come queste sull'ictus. Di conseguenza, si è ritenuto indispensabile riunire in questa sezione il glossario dei termini utilizzati in questo volume e la spiegazione delle abbreviazioni impiegate. Questo glossario non costituisce una definizione di riferimento dei termini impiegati. Costituisce però il riferimento valido nel contesto di queste linee guida. I termini utilizzati sono quindi utilizzati sempre con il significato riportato in questo glossario; ove ciò non fosse, viene specificato volta per volta il significato del termine. Altri significati, anche se di impiego più o meno consolidato, non sono applicabili a queste linee guida.

Definizioni	
afasia	perdita della capacità di esprimere a parole o per iscritto idee coerenti o di capire il linguaggio parlato o di leggere (ne esistono numerose forme).
agnosia	incapacità di riconoscere persone familiari, luoghi e oggetti noti.
allineamento posturale	insieme dei provvedimenti adottati in caso di riduzione o scomparsa della motricità spontanea (da qualsiasi causa sia essa determinata) al fine di conservare il corpo e tutti i suoi segmenti in atteggiamento il più possibile corretto, onde prevenire posizioni viziate e quindi modificazioni articolari e muscolo-tendinee che possano, con il tempo, dare rigidità e deformità articolari. Postura = combinazione di lunghezze muscolari (e suoi correlati neurofisiologici) che mantiene i diversi segmenti del corpo in una data posizione, sia tra loro sia nello spazio.
anomia	difficoltà o incapacità di denominare gli oggetti o di ricordare nomi individuali.
anosognosia	mancata consapevolezza della condizione di malattia, in particolare per quanto riguarda il deficit motorio e sensitivo dell'emisoma colpito.
aprassia	perdita della capacità di eseguire su richiesta particolari gesti o movimenti, senza che vi sia paralisi; in alcuni casi gli stessi gesti possono ancora essere svolti automaticamente.
astereognosia	incapacità di riconoscere al tatto le caratteristiche degli oggetti.
attacco ischemico transitorio (<i>Transient Ischaemic Attack: TIA</i>)	<i>definizione:</i> improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale cerebrale o visivo attribuibile ad insufficiente apporto di sangue, di durata inferiore alle 24 ore. ¹ <i>commento:</i> sia il <i>minor stroke</i> sia il TIA identificano da due diversi punti di vista pazienti in buone condizioni ma ad elevato rischio tromboembolico, il loro corretto riscontro è pertanto fondamentale per impostare un corretto iter diagnostico e un'adeguata terapia. La distinzione fra TIA e ictus non fornisce nessun elemento utile per capirne le cause ed i meccanismi, ad eccezione del fatto che il TIA è quasi sempre ischemico. Tuttavia la separazione del TIA è importante dal punto di vista clinico per i problemi di diagnosi differenziale che il TIA presenta, a differenza dell'ictus. Infatti, poiché la maggior parte dei TIA dura meno di un'ora, spesso la diagnosi è solo anamnestica, al contrario dell'ictus dove nella maggior parte dei casi è disponibile anche il rilievo obiettivo. Per tale motivo v'è una discreta variabilità interosservatore nella diagnosi di TIA con un indice κ di concordanza vera di due neurologi di 0,65. ² In altre parole fino al 35% dei casi di accordo fra due neurologi sulla diagnosi di TIA può essere dovuto al caso. L'errore più comune è dovuto alla sovrastima dei TIA.
—, in crescendo	<i>definizione:</i> due o più episodi riferibili a TIA in 24 ore o tre o più in 72 ore. È necessaria una completa risoluzione dei sintomi tra un TIA e l'altro. <i>commento:</i> non vi sono dati di riproducibilità di questa diagnosi che è stata adattata da Rothrock e coll. ³
attività della vita quotidiana	(AVQ; in Inglese: ADL). Operazioni necessarie alla cura di sé. Vengono suddivise in quattro ambiti: alimentazione, abbigliamento, igiene personale (locale o generale), trasferimenti. A seconda di quanto il paziente riesce a fare, il suo grado di autosufficienza è più o meno completo.
ausili	oggetti più spesso di uso corrente, modificati in modo da permettere la conservazione di una data funzione anche senza richiederne lo svolgimento in modo tradizionale (p.e. posate con il manico ingrossato, per essere afferrate meglio, leve lunghe al posto di maniglie o rubinetti, ...).

autonomia	capacità di attuare processi decisionali, in ordine a degli scopi. Autonomia ed autosufficienza non vanno di pari passo.
autosufficienza	capacità di badare alla propria persona (igiene, abbigliamento, alimentazione, spostamenti e trasferimenti), alla propria casa, alla propria vita di lavoro e di relazione, senza aiuto d'altri. Autosufficienza ed autonomia non vanno di pari passo.
<i>by-pass</i>	pontaggio, mediante impianto di protesi vascolare in materiale autologo o eterologo, per consentire il ripristino del flusso del sangue a valle di un distretto ostruito o stenotico.
chinesiterapia	utilizzo terapeutico del movimento; si riferisce soprattutto alla rieducazione in ambito ortopedico o reumatologico, specie se il trattamento è mirato ad una sede articolare specifica. Ne fa parte, pur se con proprie caratteristiche, la kinesiterapia della colonna (chinesiterapia vertebrale), attuata sia singolarmente che in gruppo, sia in età evolutiva che nell'adulto, secondo approcci codificati in tecniche.
crescendo TIA	vedi <i>in crescendo</i> , sotto <i>attacco ischemico transitorio</i>
deficit/menomazione, disabilità/attività, handicap/partecipazione	<p>Quando una "noxa" produce un danno fisico o psichico (es. lesione vascolare cerebrale), questo può regredire completamente senza esiti o avere conseguenze, temporanee o permanenti (deficit), al di là della guarigione del processo patologico iniziale (p.es. perdita del reclutamento muscolare volontario).</p> <p>disabilità/attività limitata è l'impossibilità a far fronte in modo considerato normale, con le funzioni recuperate o residue, alle richieste più dirette che provengono da se stessi e dall'ambiente (p.es. perdita della possibilità di spostarsi camminando in modo sicuro a velocità variabile senza appoggi).</p> <p>Quando un soggetto in "condizioni" di disabilità si scontra con barriere, architettoniche e non, viene a trovarsi in "situazione" di handicap/partecipazione limitata, ossia quello che non riesce più a fare, o comunque il proprio modo di farlo, divengono motivo di isolamento e di emarginazione (p.es. usare una carrozzina non consente di accedere a molti luoghi pubblici, e le possibilità di "scegliersi la vita" si riducono anche negli ambiti risparmiati dalla disabilità). In altre parole, <i>handicap</i> è l'insieme delle conseguenze nei rapporti individuo-società, dovute alla condizione di disabile all'interno di un dato contesto culturale, sociale ed architettonico.</p>
disinibizione	ridotto autocontrollo nel dire o nel fare.
<i>drop attacks</i>	improvvisi cadute a terra non accompagnate da altri disturbi come perdita o sospensione di coscienza.
eminegligenza spaziale unilaterale	(<i>neglect</i>) mancanza di consapevolezza o di attenzione per un lato del corpo o dello spazio o per gli eventi che si verificano da un lato del corpo (di solito a sinistra).
ictus	<p><i>definizione:</i> improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale.⁴</p> <p><i>commento:</i> Tale definizione comprende, sulla base dei dati morfologici, l'infarto ischemico, l'infarto emorragico, l'emorragia intracerebrale primaria e alcuni casi di emorragia subaracnoidea (ESA). Infatti, nel caso del coma non è talvolta possibile distinguere l'ESA dall'ictus ischemico o emorragico parenchimale sulla sola base dei dati clinici. È evidente, tuttavia, che tale definizione non si adatta all'ESA nel caso in cui questa si manifesti solo con cefalea e <i>rigor nuchalis</i>, senza o con incompleto deficit della vigilanza. L'errore nel diagnosticare l'ictus non supera il 5% dei casi^{5,6} ed è raro anche se il medico non è uno specialista neurologo.⁷</p>
—, in progressione o in evoluzione	<p><i>definizione:</i> ictus con peggioramento del deficit neurologico attribuibile ad estensione della lesione cerebrale nell'arco di ore o giorni dall'insorgenza dei primi sintomi.</p> <p><i>commento:</i> si tratta di una definizione "aperta" poiché non esiste accordo su questa entità nosologica.⁸ È discusso da taluni autori anche il senso di tale definizione poiché a ben vedere la maggior parte degli ictus non è stabile dopo l'esordio ma presenta una fluttuazione dei sintomi e/o segni per alcune ore.</p>
motivazione, organizzazione, esecuzione	ogni atto "motorio" (scheletrico e muscolare, ma anche intellettuale) è rivolto ad uno scopo, è organizzato dal sistema nervoso centrale, viene eseguito dai sistemi muscolare, scheletrico, vascolare, ...
motorio	quanto attiene al movimento del corpo o di uno o più dei suoi segmenti.
neglect	vedi <i>eminegligenza spaziale unilaterale</i>
neuromotorio	quanto attiene sia al movimento che ai meccanismi neurofisiologici ad esso sottesi.

neuropsicologico	quanto attiene alle funzioni cognitive, ossia “mentali” ma non prettamente psichiche (attenzione, concentrazione, memoria, linguaggio, riconoscimento di oggetti, dello spazio, ...).																												
occlusione carotidea	assenza di flusso lungo la carotide interna all’angiografia, e/o di segnale al Doppler. Vedi anche sotto alla voce <i>stenosi carotidea</i> .																												
ortesi	elementi o insieme di elementi organizzati in una “struttura”, destinati a rendere più funzionale una parte o tutto il corpo, in modo da limitare od evitare perdite di autosufficienza (p.es. bastone, carrozzina, doccia funzionale per avambraccio, ...).																												
patch	materiale autologo o eterologo, interposto in un tratto di parete vascolare, per modificarne, in genere ampliarne, la superficie.																												
prevenzione primaria	prevenzione dell’evento ictus in soggetti che non hanno mai subito questo evento.																												
prevenzione secondaria	l’espressione prevenzione secondaria indica tutte le misure terapeutiche che si prendono dopo un ictus ed un TIA, per combatterne la ripetizione. Essa comprende anche i provvedimenti consigliabili nelle ore immediatamente successive all’evento ictale, nonché i provvedimenti atti a prevenire o ridurre l’invalidità da ictus.																												
prevenzione terziaria	termine non utilizzato in queste linee guida																												
protesi	insieme di elementi organizzati in una “struttura” destinata a sostituire una parte del corpo.																												
raccomandazione	espressione sintetica che suggerisce una modifica di abitudini e/o indirizza verso una decisione diagnostica o terapeutica, finalizzata alla riduzione del rischio e/o dell’impatto dell’ictus.																												
—, peso	<table border="1"> <tr> <td>indicata:</td> <td>tecnica diagnostica o terapia indispensabile in tutti i casi</td> </tr> <tr> <td>non indicata:</td> <td>tecnica diagnostica o terapia non consigliabili</td> </tr> <tr> <td>indicata solo:</td> <td>tecnica diagnostica o terapia da adottare in sottogruppi di pazienti (specificandoli)</td> </tr> <tr> <td>ottimale:</td> <td>tecnica o terapia utile ma attuabile solo in centri specializzati</td> </tr> <tr> <td>integrativa:</td> <td>tecnica che porta una maggiore conoscenza sulle cause</td> </tr> <tr> <td>in sospenso:</td> <td>tecnica sulla quale non è possibile dare un giudizio definitivo</td> </tr> </table>	indicata:	tecnica diagnostica o terapia indispensabile in tutti i casi	non indicata:	tecnica diagnostica o terapia non consigliabili	indicata solo:	tecnica diagnostica o terapia da adottare in sottogruppi di pazienti (specificandoli)	ottimale:	tecnica o terapia utile ma attuabile solo in centri specializzati	integrativa:	tecnica che porta una maggiore conoscenza sulle cause	in sospenso:	tecnica sulla quale non è possibile dare un giudizio definitivo																
indicata:	tecnica diagnostica o terapia indispensabile in tutti i casi																												
non indicata:	tecnica diagnostica o terapia non consigliabili																												
indicata solo:	tecnica diagnostica o terapia da adottare in sottogruppi di pazienti (specificandoli)																												
ottimale:	tecnica o terapia utile ma attuabile solo in centri specializzati																												
integrativa:	tecnica che porta una maggiore conoscenza sulle cause																												
in sospenso:	tecnica sulla quale non è possibile dare un giudizio definitivo																												
—, forza (grado)	<p>La forza della raccomandazione esprime in forma sintetica la quantità e qualità della documentazione disponibile a supporto, nonché la sua applicabilità. La relazione tra forza della raccomandazione e livello dell’evidenza è piuttosto complessa, dipende anche dal giudizio ponderato multidisciplinare espresso dal gruppo di lavoro, e viene descritta in dettaglio nel Capitolo 2 – Metodologia, cui si rimanda. Sinteticamente la relazione tra forza della raccomandazione e livello dell’evidenza viene indicata in questa sede.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>livello</th> <th>tipo di evidenza disponibile</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1++</td> <td>metanalisi di alta qualità e senza disomogeneità statistica; revisioni sistematiche di RCT ciascuno con limiti fiduciali ristretti, RCT con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;</td> </tr> <tr> <td>1+</td> <td>metanalisi ben fatte senza disomogeneità statistica o con disomogeneità clinicamente non rilevanti, revisioni sistematiche di RCT, RCT con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;</td> </tr> <tr> <td>2++</td> <td>revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o coorte; studi caso-controllo o coorte di alta qualità con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;</td> </tr> <tr> <td>2+</td> <td>studi caso-controllo o coorte di buona qualità con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>studi non analitici (<i>case report</i>, serie di casi)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>opinione di esperti</td> </tr> <tr> <td>NOTA:</td> <td>metanalisi con eterogeneità statistiche di rilevanza clinica, revisioni sistematiche di studi con ampi limiti fiduciali, studi con ampi limiti fiduciali e/o alfa e/o beta grande vanno classificati con un segno – (meno).</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>grado</th> <th>livello dell’evidenza</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A</td> <td>almeno una metanalisi, revisione sistematica, o RCT classificato di livello 1++ condotto direttamente sulla popolazione bersaglio; oppure revisione sistematica di RCT o un insieme di evidenze costituito principalmente da studi classificati di livello 1+, consistenti tra loro, e applicabile direttamente alla popolazione bersaglio.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2++, coerenti tra loro, e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 1++ o 1+.</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2+, coerenti tra loro e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2++</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>evidenza di livello 3 o 4; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2+; oppure evidenza da studi classificati come – (meno), indipendentemente dal livello.</td> </tr> <tr> <td>GPP</td> <td><i>Good Practice Point</i>: migliore pratica raccomandata sulla base dell’esperienza del gruppo di sviluppo delle linee guida, non corroborata da evidenze sperimentali.</td> </tr> </tbody> </table>	livello	tipo di evidenza disponibile	1++	metanalisi di alta qualità e senza disomogeneità statistica; revisioni sistematiche di RCT ciascuno con limiti fiduciali ristretti, RCT con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;	1+	metanalisi ben fatte senza disomogeneità statistica o con disomogeneità clinicamente non rilevanti, revisioni sistematiche di RCT, RCT con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;	2++	revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o coorte; studi caso-controllo o coorte di alta qualità con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;	2+	studi caso-controllo o coorte di buona qualità con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;	3	studi non analitici (<i>case report</i> , serie di casi)	4	opinione di esperti	NOTA:	metanalisi con eterogeneità statistiche di rilevanza clinica, revisioni sistematiche di studi con ampi limiti fiduciali, studi con ampi limiti fiduciali e/o alfa e/o beta grande vanno classificati con un segno – (meno).	grado	livello dell’evidenza	A	almeno una metanalisi, revisione sistematica, o RCT classificato di livello 1++ condotto direttamente sulla popolazione bersaglio; oppure revisione sistematica di RCT o un insieme di evidenze costituito principalmente da studi classificati di livello 1+, consistenti tra loro, e applicabile direttamente alla popolazione bersaglio.	B	un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2++, coerenti tra loro, e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 1++ o 1+.	C	un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2+, coerenti tra loro e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2++	D	evidenza di livello 3 o 4; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2+; oppure evidenza da studi classificati come – (meno), indipendentemente dal livello.	GPP	<i>Good Practice Point</i> : migliore pratica raccomandata sulla base dell’esperienza del gruppo di sviluppo delle linee guida, non corroborata da evidenze sperimentali.
livello	tipo di evidenza disponibile																												
1++	metanalisi di alta qualità e senza disomogeneità statistica; revisioni sistematiche di RCT ciascuno con limiti fiduciali ristretti, RCT con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;																												
1+	metanalisi ben fatte senza disomogeneità statistica o con disomogeneità clinicamente non rilevanti, revisioni sistematiche di RCT, RCT con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;																												
2++	revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o coorte; studi caso-controllo o coorte di alta qualità con limiti fiduciali molto ristretti e/o alfa e beta molto piccoli;																												
2+	studi caso-controllo o coorte di buona qualità con limiti fiduciali ristretti e/o alfa e beta piccoli;																												
3	studi non analitici (<i>case report</i> , serie di casi)																												
4	opinione di esperti																												
NOTA:	metanalisi con eterogeneità statistiche di rilevanza clinica, revisioni sistematiche di studi con ampi limiti fiduciali, studi con ampi limiti fiduciali e/o alfa e/o beta grande vanno classificati con un segno – (meno).																												
grado	livello dell’evidenza																												
A	almeno una metanalisi, revisione sistematica, o RCT classificato di livello 1++ condotto direttamente sulla popolazione bersaglio; oppure revisione sistematica di RCT o un insieme di evidenze costituito principalmente da studi classificati di livello 1+, consistenti tra loro, e applicabile direttamente alla popolazione bersaglio.																												
B	un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2++, coerenti tra loro, e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 1++ o 1+.																												
C	un insieme di evidenze che includa studi classificati di livello 2+, coerenti tra loro e direttamente applicabili alla popolazione bersaglio; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2++																												
D	evidenza di livello 3 o 4; oppure evidenza estrapolata da studi classificati come 2+; oppure evidenza da studi classificati come – (meno), indipendentemente dal livello.																												
GPP	<i>Good Practice Point</i> : migliore pratica raccomandata sulla base dell’esperienza del gruppo di sviluppo delle linee guida, non corroborata da evidenze sperimentali.																												

In queste linee guida si riporta solo la classificazione in gradi.

rieducazione funzionale	sviluppo della motricità residua in ordine al compimento del maggior numero possibile di attività, anche (se impossibile diversamente) secondo modi e con strumenti diversi da quelli correnti (p.es. spostamento autonomo in carrozzina).
rieducazione neuromotoria	evocazione, guida e controllo della riorganizzazione del movimento del corpo dopo lesione neurologica (p.es. ictus, sclerosi a placche, polinevrite grave, trauma cranio-encefalico, lesione midollare spinale). Le proposte terapeutiche sono ordinate in tecniche, in base a diversi presupposti teorici.
rieducazione neuropsicologica	trattamento dei disturbi della fonazione, della deglutizione, dell'articolazione dei suoni, della comprensione ed espressione del linguaggio verbale, parlato e scritto, nonché dei disturbi dell'attenzione, della memoria, dell'orientamento, della percezione dello spazio e del corpo, del significato dei gesti, del riconoscimento di oggetti e persone, ecc.
rieducazione	insieme di programmi terapeutici specificatamente diretti alle diverse componenti della disabilità (neuromotoria, cognitiva, respiratoria, funzionale, ...)
shunt	dispositivo che permette la deviazione e, quindi, il mantenimento del flusso di sangue tra il tratto prossimale e distale di un distretto vascolare, temporaneamente privato del regolare apporto ematico per motivi chirurgici.
spostamenti	superamenti dello spazio prossimo; si riferisce alla marcia o all'uso della carrozzina, anche su terreni irregolari, nonché al fare le scale.
stenosi carotidea	riduzione del lume dell'arteria carotide, usualmente alla biforcazione e comunque con interessamento della arteria carotide interna nel tratto extracranico, che si assume dovuta alla presenza di una placca ateromastica complicata o non complicata.
—, grado	grado di riduzione del lume a livello della lesione stenotante, usualmente espressa in percentuale rispetto al diametro del vaso. Vi sono diversi modi di misurazione (vedi sotto), comunque espressioni del tipo "stenosi emodinamicamente significativa" dovrebbero essere abolite, poiché totalmente prive di significato clinico-pratico. Si dovrebbe invece sempre indicare un valore numerico, od un <i>range</i> di valori numerici (p.es: stenosi dell'80%; stenosi grave, tra il 75% ed il 90%).
—, misurazione del grado	<p>esistono almeno tre metodi di misurazione su angiografia (ECST, NASCET, CC), ben descritti in letteratura e comunque confrontabili mediante idonee equazioni.</p> <p>Qualsiasi misurazione angiografica dovrebbe riportare, a margine del risultato, il metodo di misurazione; non dovrebbero essere accettate risposte contenenti vaghi riferimenti al grado di stenosi in luogo della misurazione numerica. Per quanto attiene alle misure Doppler, in linea di principio ogni laboratorio dovrebbe aver validato in anticipo i propri dati con una serie di angiografie, e pertanto dovrebbe poter fare riferimento al metodo usato nella misurazione delle angiografie stesse.</p> <p>Quando ciò non fosse possibile, sarebbe opportuno che nel referto venisse indicato brevemente il metodo usato nella misurazione (p.e. <i>strandness</i>), accanto al risultato numerico (cifra o <i>range</i> di cifre). I dati relativi alle angio-RM sono ancora troppo parziali per poter definire criteri precisi.</p>
—, sintomatica	<p>qualsiasi lesione stenotante dell'arteria carotide interna extracranica in un paziente che ha presentato sintomi clinici ascrivibili ad ischemia dell'emisfero e/o della retina ipsilaterali alla stenosi. Tale definizione per convenzione assume che:</p> <ul style="list-style-type: none"> • i sintomi si siano verificati da non più di 6 mesi; • anche in presenza di altre fonti potenzialmente embolizzanti (p.e. fibrillazione atriale, placche aortiche, stenosi intracraniche) la stenosi carotidea viene ritenuta sintomatica ai fini delle decisioni terapeutiche, anche se nella valutazione del rapporto rischio-beneficio della terapia chirurgica va tenuto presente il dubbio rapporto eziopatogenetico tra stenosi carotidea ed evento ischemico; • le stenosi carotidee associate ad ischemie lacunari ipsilaterali sintomatiche sono, almeno per ora, ritenute sintomatiche, anche se nella valutazione del rapporto rischio-beneficio della terapia chirurgica va tenuto presente il dubbio rapporto eziopatogenetico tra stenosi carotidea e lacuna.
—, asintomatica	qualsiasi lesione carotidea che non rientri nella definizione di sintomatica (vedi sopra: —, <i>sintomatica</i>). Va sottolineato che la sintomaticità di una stenosi è giudicata solo sul piano clinico. L'eventuale presenza di lesioni ipodense alla TC, o iperintense alla RM, nonché di ipoperfusioni documentate con altri metodi strumentali, non debbono modificare il giudizio di asintomaticità.
—, intracranica	presenza all'angiografia di lesioni stenotanti il distretto carotideo intracranico, di grado tale da ridurre il lume vasale in modo misurabile.
stenosi vertebrobasilare	vedi sopra alla voce <i>stenosi carotidea</i> , ma nel distretto vertebrobasilare; i criteri di misurazione non sono chiaramente definiti in letteratura.
stent	dispositivo di materiale metallico, espansibile e resistente, che viene impiantato all'interno di un tratto vascolare per garantirne la pervietà.

<i>stroke</i>	vedi <i>ictus</i>
—, <i>minor</i>	<p><i>definizione:</i> ictus con esiti di minima o nessuna compromissione dell'autonomia nelle attività della vita quotidiana (usualmente con Rankin <3).¹</p> <p><i>commento:</i> la distinzione del <i>minor stroke</i> (o ictus a buona remissione) dall'ictus con invalidità permanente viene ritenuta ormai più utile di quella di RIND, definito come deficit reversibile entro un tempo variabile, secondo i vari autori, fra la singola e le tre settimane, dall'ictus con deficit permanente.</p>
TIA	vedi <i>attacco ischemico transitorio</i>
TIA in crescendo	vedi <i>in crescendo</i> , sotto <i>attacco ischemico transitorio</i>
trasferimenti	passaggio da una posizione, su di un dato piano d'appoggio, ad un'altra posizione, su stesso/diverso appoggio (nell'ambito dello spazio prossimo). Esempi: da supino a letto, a seduto sul letto, e poi alla sedia ed alla carrozzina, o da queste al WC, alla vasca (doccia), e viceversa, passando o meno per la stazione eretta. Ed ancora, dalla carrozzina al sedile dell'auto e viceversa.

Abbreviazioni

ABC	<i>Airway – Breathing – Circulation</i>
ACA	Arteria Cerebrale Anteriore
ACI	Arteria Carotide Interna
ACM	Arteria Cerebrale Media
ACP	Arteria Cerebrale Posteriore
ADC	<i>Apparent Diffusion Coefficient</i>
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADL	<i>Activities of Daily Living</i> ; vedi:attività della vita quotidiana in Definizioni
ASA	<i>Acetyl Salicylic Acid</i> , acido acetilsalicilico, Aspirina®
ASI	Aneurisma del Setto Interatriale
BEE	<i>Basic Energy Expenditure</i> ; consumo energetico basale
CSS	<i>Canadian Stroke Scale</i>
DNR	<i>Do Not Resuscitate</i> ; decisione – in base a procedure prestabilite – di non attuare la rianimazione cardiopolmonare
DWI	<i>Diffusion-Weighted Imaging</i> ; tecnica di risonanza magnetica
EC	Endoarteriectomia Carotidea
EEG	ElettroEncefaloGramma
ESA	Emorragia SubAracnoidea
ETE	Ecocardiografia TransEsofagea
ETT	Ecografia TransToracica
FA	Fibrillazione Atriale
FANV	Fibrillazione Atriale Non Valvolare
FLAIR	<i>FLuid-Attenuated Inversion Recovery</i> ; tecnica di risonanza magnetica
FOP	Forame Ovale Pervio
GSC	<i>Glasgow Coma Scale</i>
IC ₉₅	Intervallo di Confidenza al 95%
IMC	(<i>in inglese: BMI o Body Mass Index</i>) Indice di Massa Corporea (peso in kg diviso il quadrato dell'altezza in metri)
ISO	<i>International Standard Organisation</i> , organizzazione internazionale per la definizione degli standard di riferimento
IVU	infezione delle Vie Urinarie
LACS	sindromi lacunari, <i>lacunar syndromes</i>

LARN	Livelli di Assunzione Raccomandata di energia e Nutrienti
MRS	<i>Magnetic Resonance Spectroscopy</i> ; vedi RM
NIHSS	<i>National Institutes of Health Stroke Scale</i>
NINDS	<i>National Institute of Neurological Disorders and Stroke</i> ; Istituto nazionale (USA) per i disturbi neurologici e l'ictus
OCSP	<i>Oxfordshire Community Stroke Project</i>
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PACS	sindrome parziale del circolo anteriore, <i>partial anterior circulation syndrome</i>
POCS	sindrome del circolo posteriore, <i>posterior circulation syndrome</i>
PEG	<i>Percutaneous Endoscopic Gastrostomy</i> ; gastrostomia percutanea endoscopica
PET	<i>Positron Emission Tomography</i> , tomografia per emissione di positroni
PTA	angioplastica percutanea transluminale
PWI	<i>Perfusion-Weighted Imaging</i> , tecnica di risonanza magnetica
RCT	<i>Randomised Controlled Trial</i> , studio randomizzato controllato
RIND	<i>Reversible Ischaemic Neurological Deficit</i> . Vedi discussione sotto <i>stroke, minor</i>
RM	risonanza magnetica nucleare
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
SNG	Sondino NasoGastrico
SPECT	<i>Single-Photon Emission Computed Tomography</i> , tomografia computerizzata per emissione di fotoni singoli
SSS	<i>Scandinavian Stroke Scale</i>
TAO	Terapia Anticoagulante Orale
TACS	sindrome completa del circolo anteriore, <i>total anterior circulation syndrome</i>
TC	Tomografia Computerizzata
TCD	Doppler transcranico
TEA	TromboEndoArteriectomia. Nel contesto di queste linee guida, sinonimo di EC.
TIA	<i>Transient Ischaemic Attack</i> . Vedi definizione sotto <i>attacco ischemico transitorio</i>
TSA	Tronchi Sovra-Aortici
TTA	<i>Transient Tumour Attack</i> , attacco tumorale transitorio, condizione che può mimare il TIA o l'ictus
TVP	Trombosi Venosa Profonda
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
WHO	<i>World Health Organisation</i> , Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS

BIBLIOGRAFIA

1. WHO (World Health Organisation). Cerebrovascular disorders: a clinical and research classification. Geneva: World Health Organisation, Offset Publication 1978; No. 43.
2. Kraaijeveld CL, van Gijn J, Schouten Hja, Staal A. Interobserver agreement for the diagnosis of transient ischemic attacks. *Stroke* 1984; **15**: 723-725.
3. Rothrock JF, Lyden PD, Yee J, Wiederholt WC. 'Crescendo' transient ischemic attacks: clinical and angiographic correlations. *Neurology* 1988; **38**: 198-201.
4. Hatano S. Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report. *Bull WHO* 1976; **54**: 541-553.
5. Allen CMC. Clinica diagnosis of the acute stroke syndrome. *Quart J Med* 1983; **208**: 515-523.
6. Sandercock P, Molyneux A, Warlow C. Value of computed tomography in patients with stroke: Oxfordshire Community Stroke Project. *BMJ* 1985; **290**: 193-197.
7. Ferro JM, Pinto AN, Falcão I, Rodrigues G, Ferreira J, Falcão F, Azevedo E, Canhão P, Melo TP, Rosas MJ, Oliveira V, Salgado AV. Diagnosis of stroke by the nonneurologist. A validation study. *Stroke* 1998; **29**: 1106-1109.
8. Gautier JC. Stroke-in-progression. *Stroke* 1985; **16**: 729-733.