



Associazione per la
Riabilitazione del Comatoso

TRAUMA CRANICO GRAVE E COMA DA CAUSE DIVERSE

GUIDA PER I FAMILIARI DEL PAZIENTE COMATOSO E POST-COMATOSO

a cura della Dott.ssa Rita Formisano
Direttore Unità Post-Coma e Neuroriabilitazione 2
I.R.C.C.S. Fondazione Santa Lucia Roma

Maria Elena Villa
Presidente Associazione A.R.Co92 ONLUS

Dedicato a mio figlio Alfredo "Dago":

Perché l'esperienza della Sua vita, delle Sue sofferenze, della Sua forza, possa essere utile a tutti coloro che si trovano ad affrontare il misterioso e difficile cammino del coma e del risveglio dal coma.

Alfredo, guidami dal tuo mondo e stammi vicino in questa lotta, come mi hai aiutato e guidato nella tua breve ma pur fantastica vita terrena, e sicuramente, insieme, riusciremo a fare molto.



(Maria Elena Villa)

INDICE

ASSOCIAZIONE A.R.CO92 ONLUS	PAG. 4
DONAZIONI	PAG. 6
INTRODUZIONE	PAG. 7
CHE COSA E' IL TRAUMA CRANICO? CHE COSA E' IL COMA? IN RIANIMAZIONE	PAG. 9
LE ALTRE CAUSE DI COMA OLTRE AL TRAUMA CRANICO	PAG. 10
COS'E' IL RISVEGLIO	PAG. 21
COSA FARE E COSA NON FARE IN RIANIMAZIONE	PAG. 23
LA DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE	PAG. 25
IL CENTRO DI RIABILITAZIONE	PAG. 27
LO SVEZZAMENTO DAL SONDINO NASO-GASTRICO	PAG. 31
RITORNO A CASA	PAG. 39
	PAG. 50
GLOSSARIO	PAG. 57

INDIRIZZI

CENTRI RIABILITATIVI PER PAZIENTI COMATOSI E/O POST-COMATOSI	PAG. 82
ASSISTENZA DOMICILIARE E AMBULATORIALE	PAG. 132
R1/RSA ALTO LIVELLO ASSISTENZIALE/SUAP	PAG. 140
STRUTTURE DI SUPPORTO PER POST-COMATOSI	PAG. 146
AUSILI PER LA RIABILITAZIONE	PAG. 148
AUSILI AUTO	PAG. 149
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	PAG. 150



Associazione per la Riabilitazione del Comatoso

4

L’A.R.Co92- Associazione per la Riabilitazione del Comatoso- Onlus (Organizzazione non lucrativa di utilità sociale) nasce e si sviluppa a Roma nel 1992 su iniziativa di alcune persone provate dal dramma di un parente in coma a seguito di un grave trauma cranico.

L’Associazione è presieduta da Maria Elena Villa, coadiuvata da specialisti del settore impegnati prevalentemente nei reparti di Rianimazione del Policlinico “A. Gemelli” e dell’I.R.C.C.S. “Santa Lucia” di Roma, con l’indispensabile aiuto di un gruppo di volontari. L’A.R.Co.92 Onlus sin dalla sua costituzione, opera per colmare, almeno parzialmente, i grandi vuoti del Servizio Sanitario Nazionale nel settore dell’assistenza ai post-comatosi.

La mortalità dei pazienti con grave trauma cranico è, infatti, notevolmente diminuita grazie a tecniche di rianimazione e neurochirurgia sempre più efficaci e tempestive ma, progressivamente, è andato aumentando il numero delle persone, soprattutto giovani, che necessitano di una lunga e complessa riabilitazione.

Nel dicembre del 1999 l’associazione insieme all’ I.R.C.C.S. Fon-

dazione Santa Lucia e l'Istituto San Michele, con il contributo della Regione Lazio, ha inaugurato a Roma Casa Dago: la prima struttura in Italia per la reintegrazione familiare, sociale, scolastica e lavorativa del paziente post-comatoso con deficit neuromotori e neuropsicologici che seguono programmi riabilitativi in regime di day hospital e ambulatoriale presso istituti specializzati. La struttura è dotata di 8 mini appartamenti, ognuno con 2 posti letto e bagno, spazi comuni (sala da pranzo, soggiorno, sala TV, aule corsi, giardino), che favoriscono la socializzazione. Tutti gli spazi sono privi di barriere architettoniche. Ognuno dei pazienti trova alloggio insieme ad un proprio familiare. Per i pazienti che devono sottoporsi a terapie riabilitative, e per le attività ricreative esterne che mensilmente vengono organizzate dagli operatori, è a disposizione un pulmino attrezzato. Sono accolti anche pazienti post-comatosi esterni e nuclei familiari non più inseriti in progetti di riabilitazione ospedaliera.

All'interno di Casa Dago, vengono svolti corsi pomeridiani per favorire l'autonomia del paziente e la messa in pratica in situazioni ecologiche del progetto riabilitativo. I principali corsi proposti riguardano: l'informatica (con rilascio della patente europea del computer), la pittura e la storia dell'arte, l'artigianato, l'orto-floro-frutticoltura (OFFT), la cucina, la fotografia, uscite in pizzeria, cinema, visite a musei, mostre d'arte, ecc.

Per verificare il recupero delle capacità di guida, sono previste prove pratiche, svolte in collaborazione con cooperative specializzate e con il centro per l'autonomia, su apposito circuito protetto con utilizzo di una vettura a doppi comandi e istruttore di guida.

DONAZIONI

Per aiutarci a crescere e per aiutarvi sempre di più, iscrivetevi all'associazione mediante il c.c.p. n.75809004. La quota di iscrizione, così come quella di rinnovo annuale è di 50,00 euro; le quote di sostegno sono libere e si possono detrarre dalla dichiarazione dei redditi nella misura del 19% della somma elargita quale contributo all'associazione. I contributi sono esenti IVA per decreto legislativo n. 460 art. 13 del 4/12/97. Dalla dichiarazione dei redditi, si può destinare la quota del 5 per mille dell'imposta sul proprio reddito anche all'associazione A.R.Co. '92 Onlus. Basta firmare sotto il seguente riquadro: sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni e fondazioni che compare sui modelli di dichiarazione dei redditi cioè:

6

- CUD per chi non è tenuto alla dichiarazione;
- 730 per chi dichiara attraverso il CAF o il proprio sostituto d'imposta;
- Unico per chi dichiara direttamente o tramite fiscalista di fiducia.

Attenzione!

Se si vuole dichiarare il 5 per mille proprio all'Associazione A.R.Co. '92 Onlus, oltre alla firma è necessario indicare il nostro codice fiscale 97084650585. È possibile effettuare la propria donazione anche presso un qualsiasi sportello bancario. Il contributo può essere versato con bonifico sul conto corrente:

Intesa San Paolo - Filiale di Roma Viale B. Buozzi

IBAN IT 40S03069050701000 000 02483

INTRODUZIONE

PERCHE' UNA GUIDA AL FAMILIARE DEL PAZIENTE COMATOSO E POST-COMATOSO?

1) Perché in terapia intensiva il familiare è spaventato, pieno di angoscia, ha paura persino di ricevere le notizie dal medico. A volte è talmente in ansia che non riesce neanche a seguire quello che dicono i medici, anche perché spesso i termini usati sono troppo difficili e troppo tecnici.

2) Perché in terapia intensiva, e anche fuori, si sentono tante storie e tanti racconti su pazienti che sono stati in coma e si sono risvegliati, grazie a questo e grazie a quello, o che non si sono mai risvegliati. È tempo di dire che ogni storia e ogni paziente, non è uguale a nessun altro e che il familiare può avere un canale emozionale preferenziale per entrare in contatto con il/la paziente, ma ha bisogno di essere guidato e accompagnato nel percorso riabilitativo; perché l'alleanza terapeutica con l'equipe riabilitativa può contribuire al recupero dei pazienti più di qualsiasi iniziativa personale del familiare, che talvolta può invece essere controproducente.

3) Perché, al momento della dimissione dalla Rianimazione o in altri reparti per acuti, i medici dicono che "bisogna trovare un centro di riabilitazione", mentre il familiare non sa neanche che cos'è la riabilitazione e a chi rivolgersi. Perché in quei momenti di angoscia, non si è in grado di occuparsi di cose pratiche, di burocrazia, di domande di ricovero, di documenti. Tutti poi sono pronti a dare i propri consigli:

“è meglio quel Centro, o meglio quell’altro; meglio andare all’estero; lì si è risvegliato quel ragazzo, quel personaggio, quell’altro, ecc.”.

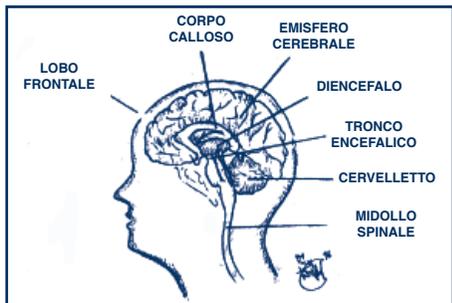
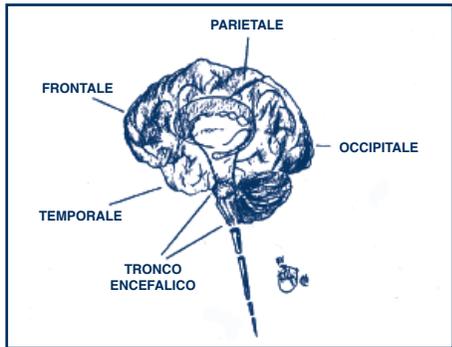
4) Perché i giornali danno spesso la notizia sensazionale che il paziente “si è risvegliato dopo mesi di coma...” e così via, come se il risveglio fosse sempre la fine del problema, non sapendo invece che il lungo cammino della riabilitazione comincia spesso allora e che la famiglia si sente sola nel presente e nel futuro. O, ancora peggio, che qualche volta, quando i mesi passano e il paziente non si risveglia, la famiglia non sa dove rivolgersi ed è spesso abbandonata a sé stessa, mentre il calore della propria casa e gli affetti familiari possono consentire un canale di comunicazione, a volte solo con lo sguardo, anche dopo molto tempo dall’evento acuto.

5) Perché quando si è soli, o quasi, nel proprio dramma, anche un libricino così piccolo e così semplice può essere di qualche aiuto.

CHE COSA È IL TRAUMA CRANICO? CHE COSA È IL COMA?

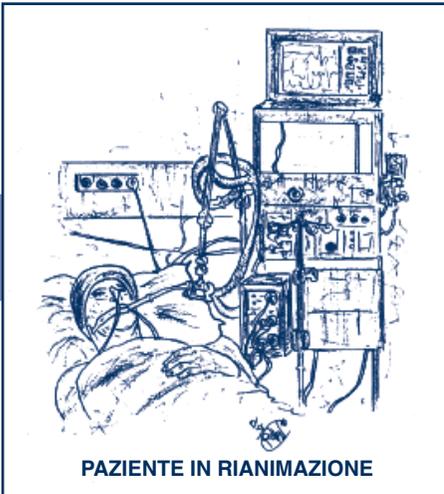
Il **trauma cranico** è un colpo diretto al cranio e può essere: **aperto**, se determina fratture del cranio, o **chiuso**, se determina soltanto lesioni all'interno del cranio e quindi al cervello. Sia un trauma cranico aperto che chiuso possono portare al coma, perché in entrambi i casi ci può essere un danno al cervello, che

può manifestarsi sia con una lesione locale (focale o **focolaio lacero-contuso**), sia con una vera e propria emorragia o **ematoma**, sia infine con una lesione diffusa del cervello. Una lesione diffusa può derivare da una reazione infiammatoria delle cellule cerebrali e dei vasi sanguigni, che liberano più acqua (**edema cerebrale**) o consistere in tante piccole lesioni diffuse (**danno assonale diffuso**). Che si tratti di una lesione focale o diffusa del cervello, lo sviluppo dell'edema e/o la presenza delle lesioni che occupano spazio all'interno del cranio, come nel caso degli ematomi, provocano un aumento di pressione (**ipertensione intracranica**) in particolare sulla parte più inferiore del cervello, che si chiama **tronco encefalico**, dove hanno sede le funzioni vitali più importanti, come la vigilanza e la coscienza, la respirazione, la funzione cardiaca e circolatoria, il controllo dei bisogni fisiologici. Quando c'è danno o interessamento del tronco encefalico, che può essere anche solo transitorio o da shock per il grave colpo al cervello, si può avere coma.



IN RIANIMAZIONE

Per la compromissione delle **funzioni vitali** (funzione cardiaca, respiratoria e pressione arteriosa) il paziente in coma deve essere assistito nella respirazione con un tubo (**intubazione**), che può essere inserito nel naso o nella bocca e talvolta può aver bisogno di essere collegato a un respiratore automatico (**ventilazione meccanica**), che dall'esterno aiuta il paziente a respirare, quando la sua respirazione spontanea non è sufficiente. Il paziente comatoso è quindi controllato,



PAZIENTE IN RIANIMAZIONE

mediante un monitor vicino al letto, nelle sue funzioni respiratoria e cardio-circolatoria (frequenza cardiaca, pressione ed elettrocardiogramma continuo); viene aiutato con farmaci somministrati per flebo per la riduzione dell'edema cerebrale (**farmaci antiedemigeni**); l'alimentazione avviene prima per flebo, generalmente attraverso una vena centrale, di solito nella regione laterale del collo, che può essere la vena succlavia o giugulare

(**alimentazione o nutrizione parenterale**) e poi attraverso un sondino, che dal naso porta tutti gli alimenti necessari al paziente fino allo stomaco (**sondino naso-gastrico = alimentazione o nutrizione enterale**). Infine, viene aiutato ad espletare i suoi bisogni fisiologici mediante un catetere nella vescica, per l'urina, e mediante farmaci che regolano l'intestino. Per l'incapacità di controllare le urine e le feci, il paziente in coma deve portare il pannolone, fino a quando non è in grado di controllare nuovamente queste funzioni.

Gli esami che in questa fase acuta aiutano in una esatta diagnosi sono: l'**elettroencefalogramma (EEG)**, la **Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)** cerebrale, i **Potenziali Evocati**, la **Risonanza Magnetica (RM)**, che però spesso viene eseguita non in fase acuta, perché il paziente deve restare immobile per più di 30 minuti (e questo non sempre è possibile, se ad esempio il paziente è agitato). La RM cerebrale permette di visualizzare meglio della TAC il tronco encefalico, ma in fase acuta non dà più informazioni rispetto alla TAC, soprattutto per quanto riguarda le lesioni che potrebbero aver bisogno di un intervento neurochirurgico. Tecniche diagnostiche più avanzate come i Potenziali Evocati Evento-Correlati o la RM in diffusione, la RM funzionale, la Trattografia, la Spettroscopia o esami che studiano il flusso cerebrale come la PET e la SPECT possono evidenziare l'attivazione di alcune aree cerebrali in risposta ad alcuni stimoli (acustici, visivi, emozionali, ecc.), ma questi esami vengono utilizzati nell'ambito della ricerca più che dell'assistenza clinica.

Ma procediamo con ordine. L'**EEG** informa sul funzionamento delle cellule cerebrali, soprattutto di quelle della corteccia cerebrale, che sono le più vicine al cranio. Viene eseguito mediante degli elettrodi, che vengono applicati sullo scalpo e in genere dà delle informazioni preziose su quanta sofferenza cerebrale c'è stata; soprattutto è in grado di registrare se è presente un'attività cerebrale. Se l'elettroencefalogramma è piatto, vuol dire che c'è stato un arresto delle funzioni cerebrali e che non ci può essere una reversibilità del coma. In questo caso solo un monitoraggio dell'EEG per almeno 6 ore può consentire la diagnosi di **morte cerebrale**, da parte di una commissione di esperti. Se c'è rallentamento anche grave dell'attività cerebrale, tutto invece può ancora succedere, ma più lento è il tracciato

elettroencefalografo e più grave è stato il danno cerebrale.

La **TAC cerebrale** dà informazioni sulla gravità e l'estensione delle lesioni lesioni focali o diffuse del cervello e permette al neurochirurgo di decidere se è utile un intervento chirurgico, come nel caso dell'**ematoma cerebrale**. Talvolta, a seguito del trauma cranico o per l'intervento neurochirurgico, è necessario aprire una finestra a livello delle ossa del cranio (**craniotomia o craniectomia decompressiva**). La craniotomia in genere viene eseguita per rimuovere l'ematoma (**evacuazione dell'ematoma**) o in caso di aumento della pressione intracranica che non risponde ai **farmaci antiedemigeni**, in questo caso si chiama craniectomia decompressiva, che serve a lasciare più spazio al cervello rigonfio e ad evitare ulteriori danni cerebrali. Il paziente può restare per mesi senza la parte ossea, ricoperta soltanto dalla pelle, nella sede del trauma o dell'intervento neurochirurgico.

Soltanto successivamente verrà riposizionato l'osso del cranio, che può essere lo stesso osso del paziente, se è stato possibile conservarlo (in frigoriferi speciali, in cosiddette banche per la conservazione dell'osso o in passato sottocute a livello dell'addome del paziente) al momento dell'intervento neurochirurgico d'urgenza, oppure di materiale sintetico. L'intervento per il riposizionamento dell'osso si chiama **cranioplastica** ed è un intervento neurochirurgico minore, che comporta alcuni rischi e complicazioni, come infezioni, o ematomi al disotto della cranioplastica o di rigetto. Questo intervento andrebbe effettuato il più precocemente possibile, e in alcuni casi può favorire un miglioramento del paziente. La letteratura suggerisce un intervallo non superiore a tre mesi, per evitare la cosiddetta "**sindrome del lembo fluttuante**", con peggioramento del quadro neurologico e il rischio di possibile sviluppo di **idrocefalo** (dilatazione dei ventricoli).

Se è presente un **ematoma** cerebrale, questo può essere **epidurale** (sopra le meningi, che rivestono il cervello), **sottodurale** (all'interno delle meningi, ma ancora all'esterno del cervello) o infine **intracerebrale** (all'interno del cervello). Se queste lesioni sono piccole possono anche riassorbirsi spontaneamente con il tempo, ma se sono grandi, in genere, vanno operate (svuotamento o evacuazione dell'ematoma) secondo il giudizio del neurochirurgo, perché occupano spazio all'interno del cranio e, insieme all'edema cerebrale, possono provocare un aumento della pressione intra-cranica (**ipertensione intracranica**). Un'ipertensione **endocranica o intracranica** può causare o peggiorare la compressione del tronco encefalico, che rappresenta la porzione più importante del cervello per quanto riguarda il mantenimento delle funzioni vitali. Per valutare l'andamento della **pressione intracranica (PIC)**, talvolta viene applicato un sondino all'interno del cranio, che permette di controllarla di continuo.

La TAC cerebrale, soprattutto dopo alcuni giorni o alcune settimane dall'insorgenza del coma, può mostrare una dilatazione dei ventricoli cerebrali (cavità, presenti nel cervello, nelle quali scorre il liquor cerebrale che porta nutrimento, insieme al sangue, alle cellule cerebrali), che si chiama **idrocefalo**.

Il **liquor** funziona anche da ammortizzatore degli eventuali colpi per il tessuto cerebrale. Questa dilatazione dei ventricoli, talvolta definita idrocefalo, può impedire un corretto funzionamento del cervello e quindi rallentare il risveglio dal coma o il recupero del paziente. Questa complicazione può essere studiata e approfondita mediante un esame, che si chiama **studio della dinamica liquorale**, che può essere eseguito in diversi modi: mediante una puntura lombare; attraverso un sondino come quello che misurava la pressione intracranica; in passato, tramite l'introduzione nel liquor cerebrale di alcune

sostanze (cisternoscintigrafia); infine, mediante **TAC** o **RM cerebrale** ripetute nel tempo. A volte l'idrocefalo necessita di un intervento chirurgico (**derivazione ventricolo-peritoneale** o **derivazione ventricolo-atriale**), che ristabilisce un corretto flusso del liquor attraverso un tubicino che scarica il liquido cerebrale all'interno del corpo (nell'addome o nel cuore). Si tratta di un piccolo intervento neurochirurgico, in genere poco rischioso, che può migliorare notevolmente lo stato di coscienza e le possibilità di recupero del paziente, anche se in alcuni casi si possono verificare complicanze infettive o di malfunzionamento della valvola. Ci sono diversi tipi di valvola, alcune delle quali sono modificabili dall'esterno, mediante un piccolo computer.

14

Tra gli esami che vengono spesso eseguiti in fase acuta, i **potenziali evocati** servono a valutare la reattività del cervello a stimoli acustici (**potenziali evocati acustici o del tronco**), a stimoli sensitivi, come piccoli impulsi elettrici applicati in diverse parti del corpo (**potenziali evocati sensitivi** o **somatosensoriali**), a stimoli visivi (Potenziali Evocati Visivi) o a stimoli emozionalmente significativi, come la voce di un familiare o brevi racconti (**potenziali evocati evento-correlati**). Come nel caso dell'**elettroencefalogramma**, questi esami vengono eseguiti mediante l'applicazione di alcuni elettrodi di superficie sullo scalpo e su diverse parti del corpo e, per quelli acustici, attraverso una cuffia che invia suoni e rumori particolari. I **potenziali evocati evento-correlati**, così come la **Risonanza Magnetica Funzionale** sono tecniche diagnostiche avanzate, che si usano in ricerca, per evidenziare eventuali attivazioni di aree cerebrali in risposta a stimoli emozionali significativi, come una voce cara. In fase acuta il paziente può presentare episodi di febbre alta, **crisi ipertensive** (aumento della pressione sanguigna), **crisi vegetative**

(aumento della frequenza del respiro, della frequenza cardiaca, della pressione e della sudorazione), **crisi epilettiche** (movimenti ripetitivi o irrigidimento di una parte o di tutto il corpo) o infine **crisi ipertoniche** (aumento improvviso del tono muscolare, in genere ai quattro arti). Tutti questi eventi dipendono dal fatto che anche la regolazione della temperatura corporea e delle funzioni vegetative ha sede all'interno del cervello, in particolare in una regione cerebrale piuttosto profonda, chiamata **ipotalamo**. Le ricerche degli ultimi anni hanno dimostrato che un danno cerebrale grave può compromettere anche le funzioni immunitarie del paziente e quindi renderlo più vulnerabile alle infezioni di diversi apparati, quali quello respiratorio (**bronco-polmoniti**), quello urinario (**cistiti**) e, in casi più rari, quello cardiaco (**endocarditi**). Se l'infezione si diffonde, può trasformarsi in **setticemia** (infezione generalizzata), che può essere difficile da controllare anche con antibiotici molto potenti. A questo proposito, un esame particolare del sangue, l'**emocoltura**, può aiutare ad individuare il germe responsabile dell'infezione, per scegliere l'antibiotico più adatto a sconfiggerlo. In alcuni casi, proprio a seguito delle numerose terapie antibiotiche a cui il paziente deve essere sottoposto, un'infezione da funghi (come ad esempio la **candida**) può essere responsabile di una febbre elevata. Esistono comunque terapie specifiche; l'importante è diagnosticarla attraverso l'emocoltura. Negli ultimi anni sempre più frequenti sono le colonizzazioni a livello dell'apparato respiratorio, urinario o in altre sedi di germi multi-resistenti agli antibiotici (*Klebsiella*, *Acinetobacter*, *Clostridium*, ecc), che richiedono **isolamento da contatto o respiratorio** (uso di guanti, sovracamice e in alcuni casi mascherine) per evitare il contagio ad altri pazienti. Queste colonizzazioni vengono diagnosticate attraverso **tamponi rettali** o esami dell'espettorato e non richiedono terapie

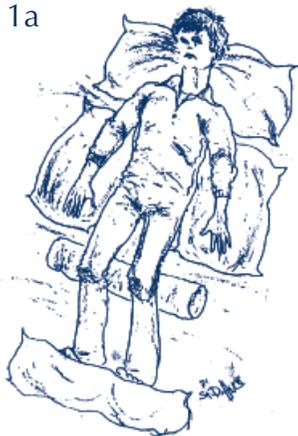
antibiotiche ma solo il rispetto delle norme di isolamento. Un'altra complicanza può consistere in un deficit ormonale o delle funzioni endocrinologiche (**ipopituitarismo**) per un danno dell'ipofisi, che può essere trattato con terapia ormonale e miglioramento del paziente. Se lo stato di coma continua per diverse settimane, in alcuni casi può essere necessario sostituire il tubo, che permetteva al paziente di respirare dal naso o dalla bocca (**intubazione**), con la **tracheostomia**, una procedura chirurgica che consiste nell'incisione della trachea e nell'inserimento di una cannula nella gola per il passaggio diretto dell'aria. Il tracheostoma serve a prevenire il rischio che il tubo dell'intubazione, poggiato troppo a lungo in trachea, possa provocare delle piccole piaghe (ulcere da decubito, come quelle che possono verificarsi a livello della cute del corpo e di cui parleremo successivamente), oppure **granulazioni** e restringimento della trachea stessa (**stenosi tracheale**) o comunicazione tra l'esofago e la trachea (**fistola tracheo-esofagea** o **esofago-tracheale**). La **fibrolaringoscopia** è l'esame diagnostico che permette di esaminare, attraverso un piccolo sondino flessibile, la faringe e la laringe, fino alle corde vocali. La **tracheo-broncoscopia** è l'esame che viene eseguito in ambienti di Terapia Intensiva o Chirurgia Toracica e consente di indagare la trachea e i bronchi al di sotto delle corde vocali. La fibrolaringoscopia serve ad evidenziare se lo spazio respiratorio è sufficiente e se ci sono granulazioni da trattare. La **tracheo-broncoscopia** serve ad evidenziare la presenza di **granulazioni**, **stenosi tracheale** o **fistola tracheo-esofagea**. Una stenosi tracheale e le granulazioni possono essere trattate con la **laserterapia** presso un reparto di chirurgia toracica, mentre la stenosi tracheale serrata può essere risolta spesso soltanto da delicati interventi chirurgici.

Un altro esame diagnostico che può confermare la presenza di una

fistola tracheo-esofagea o approfondire i disturbi della deglutizione (disfagia) è la **videofluoroscopia** (esame cinematografico della deglutizione). Il **bricolavaggio** è un'altra tecnica che può ridurre le secrezioni tracheo-bronchiali e va in genere eseguita in Terapia Intensiva o in Chirurgia Toracica. Se il paziente comatoso giace a letto immobile per molti giorni, è necessario che venga girato almeno ogni 3 ore, dalla posizione sdraiata (supina), su un fianco o sull'altro, per evitare la formazione di **piaghe da decubito (ulcere da decubito)**, che sono difficili da prevenire, anche se il paziente è stato posizionato su un materasso antidecubito o trattato con creme protettive (Fig. 1a e 1b).

Le ulcere da decubito possono interessare tutte le parti del corpo che poggiano sul letto: il **sacro** (fondo-schiena), i talloni, i **trocanteri** (le anche), i gomiti e talvolta persino la nuca e le orecchie. Queste lesioni possono provocare dolore e quindi insofferenza del paziente, sia alla posizione seduta che alla stazione eretta. Per quanto ri-

Fig. 1a



POSIZIONAMENTO 1

Fig. 1b



POSIZIONAMENTO 2

guarda le pomate preventive, è bene che la cute sia sempre pulita e molto unta; non è da usare, quindi, come invece si sente dire di solito, l'alcool saponato, che asciuga e secca troppo la pelle, rendendola più vulnerabile alle piaghe da decubito. Migliori invece sono le pomate molto grasse, come quelle che si usano per i neonati (Penaten, Fissan, pomate alla calendula, ecc.), che proteggono meglio la pelle dagli arrossamenti che si creano nelle aree di appoggio del corpo sul letto.

Il paziente comatoso presenta una notevole predisposizione a queste lesioni, che vanno dunque evitate con la massima cura, per il rischio che divengano una ulteriore sede di infezione. A volte anche queste lesioni possono essere risolte con medicazioni avanzate, un corretto posizionamento, il recupero della stazione eretta e, soltanto in alcuni casi, con delicati interventi di **chirurgia plastica**.

Sempre in fase acuta il paziente può presentare atteggiamenti particolari degli arti: **decorticazione**, che consiste nella flessione e rotazione verso l'interno (intrarotazione) delle braccia; **decerebrazione**, ossia l'iperestensione e l'intrarotazione delle braccia. In entrambi i casi, generalmente, le gambe sono in estensione e in intrarotazione (Fig. 2a e 2b).

Queste posizioni patologiche possono essere l'espressione di un danno, che può essere transitorio o più duraturo, a livello del tronco encefalico, di lesioni multiple o danno diffuso (Fig. 2a e 2b).

Se invece il paziente presenta uno stato di agitazione motoria e, talvolta, di vera e propria aggressività, sempre dovuta al danno cerebrale (**agitazione psicomotoria**) e muove le braccia e le gambe, si può già notare se muove di meno una parte del corpo, a causa di una paresi che, allo stesso modo, può essere transitoria o più o meno duratura.

Fig. 2a



**DECEREBRAZIONE:
IPERESTENSIONE INTRAROTAZIONE**

Fig. 2b



**DECORTICAZIONE:
FLESSIONE INTRAROTAZIONE**

Quando l'agitazione è molto forte, il paziente può strapparsi i tubi a cui è collegato, gli elettrodi o il catetere; se questi comportamenti si manifestano in fase acuta, possono predire un'evoluzione favorevole per il recupero della coscienza. Allo stesso modo, se il paziente tende a toccarsi frequentemente i genitali o accenna a una vera e propria masturbazione, o se tende anche a portarsi frequentemente le mani od oggetti vari alla bocca (**sindrome di Klüver-Bucy**), la prognosi può essere favorevole; è come se il paziente iniziasse a riemergere dal coma tramite atteggiamenti di disinibizione.

Se il paziente invece è immobile, è molto utile fargli fare passivamente dei movimenti con le braccia e con le gambe (mobilizzazione), soprattutto se il paziente presenta atteggiamenti di decorticazione o decerebrazione, che facilmente possono provocare blocchi articolari e accorciamenti muscolo-tendinei (**anchilosi**), così come importante è un corretto posizionamento, in genere attraverso cuscini e tutori.

Non sempre i fisioterapisti hanno libero accesso o sono disponibili in Rianimazione, ma è comunque utile informarsi con i medici della rianimazione sulla possibilità di contattare fisioterapisti anche esterni. Una mobilitazione precoce e un corretto posizionamento, infatti, sono utili soprattutto per evitare blocchi articolari o anchilosi e anche vere e proprie calcificazioni a livello delle articolazioni principali (**ossificazioni para-articolari o parosteartropatie - POA**), a cui il paziente comatoso sembra predisposto e che possono gravemente compromettere la sua riabilitazione e le sue possibilità di recupero motorio. Anche le POA possono a volte necessitare di interventi chirurgici ortopedici, ma in una fase successiva a quella acuta.

20

A volte, oltre alle calcificazioni, i blocchi a livello delle articolazioni possono dipendere anche da accorciamenti dei tendini, a causa delle posizioni anomale dovute al danno cerebrale. Anche questo problema può essere affrontato con interventi chirurgici ortopedici di allungamento dei tendini (**tenotomia**); si tratta di interventi che, quando necessari, vanno programmati insieme all'equipe riabilitativa.

In altri casi, i nervi periferici della faccia, delle braccia e delle gambe possono soffrire a causa di traumi subiti nel corso dell'incidente, di ematomi, di cicatrici, di una compressione dovuta al prolungato allettamento, da carenze nutrizionali, o da fatti tossici come le infezioni (**neuropatie o polineuropatie o CIP**, dall'inglese "*Critical Illness Polineuropathy*" - polineuropatia in malattia critica) e Crimyne ("*Critical Myoneuropathy*"). Anche questi problemi, se non si risolvono con la fisioterapia, si possono affrontare successivamente con interventi chirurgici (**microneurochirurgia**), che permettono di sbrigliare i nervi talvolta incarcerati da cicatrici o comunque rimettere in connessione nervi danneggiati o lesionati, soprattutto in caso di neuropatie compressive, che talvolta si associano alle POA.

LE ALTRE CAUSE DI COMA OLTRE AL TRAUMA CRANICO

Oltre al trauma cranico, altre cause possono provocare il coma.

L'**ipossia** è una delle più frequenti, e consiste in una improvvisa riduzione di apporto di ossigeno al cervello, che può essere causata da diversi eventi: un arresto cardiaco (il cuore non pompa più sufficientemente sangue e quindi ossigeno al cervello); un arresto respiratorio (da soffocamento, annegamento, crisi asmatica grave, embolia polmonare); una intossicazione acuta (inalazione di gas tossici in notevole quantità, farmaci, stupefacenti - droghe, overdose -, tentativi di suicidio); incidenti da anestesia generale, che possono provocare sia arresto cardiaco che respiratorio; interventi chirurgici sul cuore o sul polmone; un ictus cerebrale grave, che può consistere in: 1) estesa **ischemia cerebrale** (arresto improvviso della circolazione del sangue in una parte del cervello), causata da una **embolia o trombosi** (grumo o coagulo di sangue) di un vaso cerebrale importante; 2) emorragia cerebrale estesa, per la rottura di un vaso sanguigno cerebrale, in genere a causa di un aumento della pressione sanguigna o per la presenza di malformazioni congenite di un vaso cerebrale, come nel caso di **aneurisma** (rigonfiamento a forma di sacchetto di un'arteria cerebrale, con una parete più sottile che è predisposta a rompersi e quindi a provocare emorragia cerebrale), o angiomi, detti anche **malformazioni artero-venose o MAV** (tumori benigni costituiti da un groviglio disordinato di vasi sanguigni con predisposizione a crescere di volume e a rompersi); 3) **emorragia sub-aracnoidea**, con spargimento di sangue al di sotto del rivestimento meningeo che riveste il cervello, sia spontaneamente, da rottura di aneurisma o MAV o da rottura traumatica di vasi sanguigni. Nel caso in cui l'arresto cardio-respiratorio sia provocato da una embolia polmonare, l'embolo può

essere partito da una trombo-flebite da un arto inferiore, talvolta l'applicazione di un **filtro cavale** a livello di una vena alla radice della coscia può evitare il ripetersi di altre embolie polmonari.

Altre cause meno frequenti di insorgenza del coma sono le infezioni cerebrali, come le **meningiti** (infezioni del rivestimento del cervello), le **encefaliti** (infezioni del cervello), i tumori cerebrali, gli interventi neurochirurgici (per tumori in sedi delicate del cervello; per asportazioni di grandi aneurismi o **angiomi**, detti anche malformazioni artero-venose - MAV, che possono sanguinare nel corso dell'intervento o provocare "ischemia" cerebrale, secondaria ad uno **spasmo** del vaso sanguigno o **vasospasmo**). Nel caso in cui il coma sia causato da una ipossia cerebrale prolungata nel tempo, il danno può essere più grave di quello provocato dal trauma cranico, perché tutte le cellule cerebrali (e non soltanto quelle che hanno subito il trauma) possono aver sofferto e aver quindi subito un danno più o meno reversibile (a seconda della durata della ipossia). Per questo motivo, anche nel trauma cranico grave è importante che ci sia un soccorso immediato e un'assistenza respiratoria adeguata, ed è fondamentale che il paziente arrivi in Rianimazione il più presto possibile (per evitare che al trauma cranico si aggiunga un danno ipossico). Allo stesso modo, manovre rianimatorie (massaggio cardiaco, assistenza respiratoria) possono essere fondamentali già sul luogo dell'incidente.

COS'È IL RISVEGLIO

Il coma può persistere nel tempo, a prescindere dalla sua causa. In genere dopo alcune settimane (circa 2-4 settimane) il paziente tende a riaprire gli occhi, anche se all'inizio riesce a tenerli aperti solo per brevi intervalli di tempo. In questo periodo si può valutare se il paziente sta riprendendo progressivamente contatto con l'ambiente esterno, o se invece rimane ancora non cosciente, nonostante abbia riaperto gli occhi (questa condizione viene definita **stato vegetativo**, oppure talvolta **sindrome apallica**, **coma vigile** o come proposto più recentemente, **sindrome di vigilanza non responsiva**). Quando il paziente è in grado di fissare e seguire con lo sguardo le persone che gli si avvicinano, o persino di girare il capo verso le voci che sono rivolte a lui, o infine di rispondere a qualche comando semplice (es., chiudere gli occhi, aprire e/o chiudere la mano, muovere un braccio, ecc.), allora si può dire che egli non è più in coma e soprattutto che non è più incosciente (non è, o non è più, in stato vegetativo).

Se invece il paziente ha gli occhi aperti, ma non reagisce a nessuno degli stimoli elencati precedentemente (neanche a stimoli dolorosi), allontanando il braccio o la gamba dalla fonte del dolore, ma accentua soltanto degli atteggiamenti patologici (decorticazione e decerebrazione), allora è probabile che si stia avviando verso uno **stato vegetativo**. La diagnosi di stato vegetativo non può essere confermata da esami o strumenti particolari, ma soltanto dall'esame clinico attento di una persona esperta di pazienti in coma, che può essere il rianimatore stesso, il neurochirurgo, un neurologo o un fisiatra. Anche lo stato vegetativo, seppure indichi una gravità notevole del danno cerebrale, non è una condizione necessariamente irreversibile. Il paziente, infatti, può permanere in uno stato vegetativo per uno o diversi mesi e

poi mostrare i primi segni di recupero progressivo del contatto con l'ambiente esterno, come fissare e seguire con lo sguardo, piangere in risposta alle voci di persone care, sorridere, manipolare o provare ad usare alcuni oggetti, come il telefonino, ecc. In questi casi il paziente non è più in stato vegetativo, ma in uno **stato di minima coscienza** o di **minima responsività**, definito come una condizione in cui il paziente esegue ordini semplici in maniera incostante e fluttuante.

In alcuni casi, il paziente può rispondere soltanto tramite gesti: quando è presente la tracheostomia, poiché questa può essere di ostacolo ad emettere la voce; o quando si trova in una condizione di **mutismo**, condizione in cui, per un periodo variabile di tempo, il paziente comprende ma non riesce a parlare. Talvolta il paziente prova persino a comunicare scrivendo, ma non accenna a parlare. Nel caso invece il paziente non sembri mostrare un recupero del contatto con l'ambiente esterno (attraverso i segni descritti prima), lo stato vegetativo può persistere nel tempo; maggiore sarà la sua durata e minori saranno le sue possibilità di recupero. Uno stato vegetativo può essere considerato cronico, o con minori possibilità di recupero, quando il paziente non recupera la capacità di eseguire ordini semplici dopo un anno dal trauma cranico o dopo 3/6 mesi nelle altre cause di coma (ipossia, emorragia o ischemia cerebrale, ecc.). In alcune situazioni il paziente pur non potendo muovere i quattro arti né la bocca, comunica o prova a comunicare con i movimenti delle palpebre o degli occhi (**sindrome di locked-in** che significa "chiuso dentro"). Nel caso in cui il paziente provi a comunicare attraverso movimenti degli occhi, esistono comunicatori che possono essere attivati mediante un puntatore oculare a raggi laser. Chiedete al vostro **logopedista** cognitivo o presso centri specializzati, come il Centro Autonomie (vedi appendice) per la richiesta di tali comunicatori, che sono prescrivibili attraverso il Servizio Sanitario Nazionale.

COSA FARE E COSA NON FARE IN RIANIMAZIONE

In fase acuta il paziente ha innanzi tutto bisogno delle cure del rianimatore e dell'assistenza continua di tutte le funzioni vitali (respirazione, attività cardiaca, pressione sanguigna). Ogni rianimatore o neurochirurgo è in grado di assistere adeguatamente un paziente in coma e quindi è giusto affidarsi alle cure della Rianimazione, Terapia Intensiva o Neurochirurgia, dove il paziente è ricoverato.

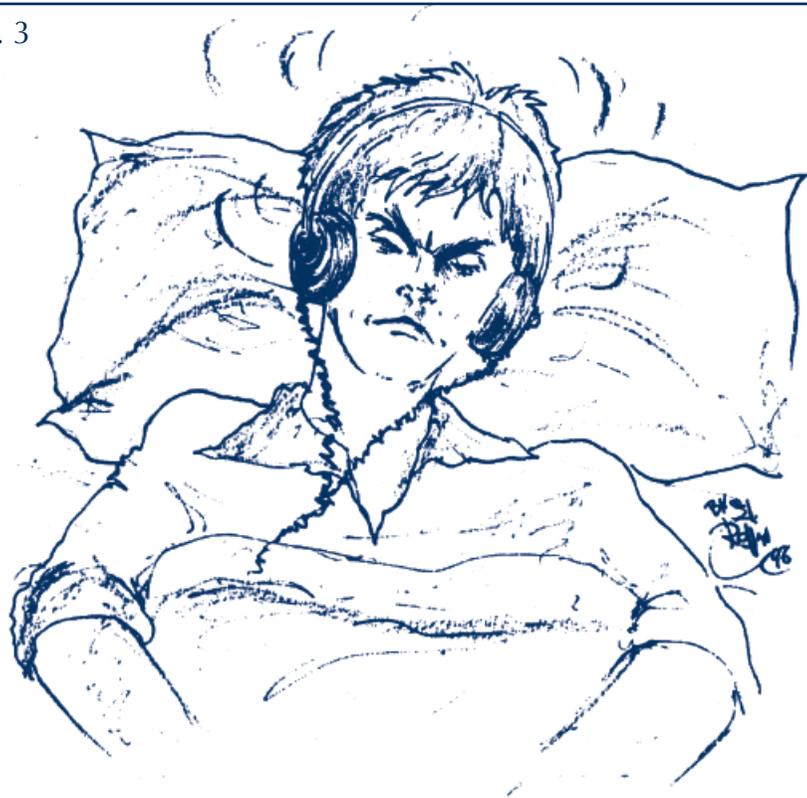
Nei primi giorni e nelle prime settimane quindi non ha senso richiedere consulenze esterne, per avere più pareri, mentre è invece utile lasciare lavorare con tranquillità i medici che hanno in cura il vostro caro e che stanno permettendo la sua sopravvivenza, cercando di chiarire contemporaneamente la diagnosi, con tutti gli accertamenti di cui ha bisogno.

Allo stesso modo nei primi giorni non serve bombardare di stimoli il paziente (come ad es. l'ascolto di musica o voci, o la visita di più persone), perché in questa fase il paziente può lottare con molti problemi: difficoltà di respirazione, dolori intensi e fastidi dovuti ai tubi e cateteri, o a traumi riportati (non solo al cranio, ma spesso anche in altre parti del corpo, a causa delle frequenti fratture o contusioni); **cefalea** (mal di testa); **ipertensione intracranica** o **endocranica**, se presente; ecc.

È quindi opportuno che a tratti il paziente avverta la vostra presenza (se è in grado di percepirla), nei momenti di visita o di colloqui, con parole rassicuranti o magari con carezze e baci, ma senza caricarlo delle vostre ansie (con pianti o, peggio, urla), perché è difficile stabilire esattamente cosa è in grado di percepire. Evitare, quindi, i primi giorni, di lasciarlo in compagnia di cuffie, con voci e suoni continui,

perchè questo potrebbe impedirgli di riposare, anche quando vorrebbe. Questi stimoli possono, invece, essere utili, con parsimonia, quando il paziente mostra già qualche contatto con l'ambiente esterno e potrebbe aver piacere di ascoltare alcune voci o musiche, anche alla fine dell'orario di visita, ma sempre per brevi periodi di tempo (massimo 15-30 minuti Fig. 3).

Fig. 3



**IL PAZIENTE PUÒ ANCHE ESSERE INFASTIDITO
DA STIMOLAZIONI CONTINUE**

LA DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE

Quando le condizioni del paziente si sono stabilizzate, è opportuno che il paziente lasci la Rianimazione o la Neurochirurgia al più presto possibile. Se i tempi di attesa dei vari centri di riabilitazione che avete contattato sono troppo lunghi (dei centri di riabilitazione parleremo successivamente), non scartate la possibilità, se le condizioni del paziente lo consentono e se l'equipe riabilitativa (della ASL) è disponibile ad assistervi domiciliariamente, di considerare un rientro a casa (che rappresenta uno stimolo emozionalmente significativo al recupero del paziente), magari frequentando un Day Hospital (**DH**) o ambulatorio riabilitativo specialistico o richiedendo al servizio di assistenza domiciliare (**ADI** = Assistenza Domiciliare Integrato o **CAD** = Centro di Assistenza Domiciliare della ASL) di essere seguiti, su richiesta dei medici che hanno in cura il paziente e se è possibile disporre di un'assistenza domiciliare integrata (ADI).

Questo permetterebbe al paziente un contatto prezioso con un ambiente per lui familiare e rassicurante, aiutandolo enormemente nel suo recupero e nella sua ripresa di consapevolezza dei suoi deficit. Già nei reparti per acuti, il paziente può iniziare la fisioterapia (mobilizzazione passiva e attiva, dove possibile, degli arti), magari contattando e chiedendo consiglio al centro di riabilitazione che accoglierà il paziente, in regime di DH o ambulatoriale, o alle associazioni di volontariato, per avere materiale informativo sul coma o sostegno nelle pratiche di trasferimento in riabilitazione. Non trascurate di avviare una **domanda di invalidità** presso la ASL (che non è detto che debba servire in futuro), che potrà essere utile durante la riabilitazione per ottenere una serie di presidi ed ausili non a pagamento (dai pannoloni, di cui almeno inizialmente il paziente avrà bisogno, ad ausili come tutori, carrozzina, deambulatore, ecc.). (Fig. 4)

Andrebbe evitato un reparto di appoggio (Ortopedia, Medicina generale, ecc.), che vi potrebbero proporre per le inevitabili necessità di dimissione della Rianimazione, cercate, se potete, di organizzarvi a domicilio, sempre che le condizioni del paziente lo consentano. L'ambiente familiare è, infatti, per il paziente, una fonte preziosa di stimoli positivi (la sua stanza, i suoi oggetti, le persone più care che, presso il proprio domicilio, hanno maggior facilità di fargli visita, ecc.), che potrebbero facilitare il suo

recupero. È bene infatti ricordare che un ambiente sereno è una cornice fondamentale per il recupero del paziente e, di conseguenza, è importante che i suoi familiari conoscano e imparino a gestire alcune dinamiche che possono crearsi all'interno della famiglia. Il coma e i suoi esiti, infatti, possono assumere significati diversi, per la famiglia di origine e per la famiglia acquisita (partner, figli), con la conseguenza che possono nascere alcuni conflitti (o possono esasperarsi conflitti già esistenti prima del coma), difficili da affrontare. Considerata la gravità del quadro clinico del paziente e la sua condizione di impotenza, paragonabile a quella del bambino nella prima infanzia, i genitori instaurano, inconsapevolmente, una relazione regressiva che li induce a comportarsi in modo inadeguato, in diverse aree: alimentazione, igiene personale, vestizione, comunicazione verbale, ecc.



Fig. 4

Dare da mangiare al paziente, preoccuparsi della sua igiene personale, vestirlo, rispondere al posto suo alle domande che gli operatori e i visitatori gli rivolgono, fare cioè tutto quello che il paziente potrebbe già cominciare a fare, viene spesso vissuto dal familiare come il modo migliore di dimostrare tutto il proprio affetto e di soddisfare i bisogni del proprio caro. In realtà, inconsapevolmente, così facendo il genitore rischia di alimentare la condizione regressiva del paziente e di ostacolare le sue possibilità di recupero. Essere consapevoli del legame “genitore-bambino” che si viene a ricreare in seguito alla malattia, può dunque aiutare il familiare ad imparare cosa è meglio fare e, soprattutto, cosa è bene non fare! In questo, psicologi dedicati al supporto della famiglia, possono indirizzarvi e sostenervi.

Allo stesso modo evitate discussioni con i sanitari e/o l'èquipe riabilitativa davanti al paziente, perché questo potrebbe alimentare sfiducia, insicurezza e persino aggressività e aumentare la sua dipendenza dal familiare. Il partner del paziente, dal canto suo, si trova a vivere una sorta di dramma nel dramma. Se il genitore rivive quella fase del ciclo di vita familiare in cui vi era un rapporto sbilanciato necessariamente verso il figlio, per il partner spesso le dinamiche sono di natura diversa. Se la relazione precedente con il paziente si è sempre basata su un rapporto prevalentemente alla pari, adesso si riscontra una grande difficoltà ad orientare il rapporto partner-paziente verso questa nuova relazione di tipo “genitore-bambino”, non sperimentata prima. Il partner ha scelto, a suo tempo, un adulto e spera di potersi relazionare con lo stesso adulto, quando il paziente tornerà a casa. L'obiettivo primario del partner è dunque il ristabilirsi di quello stesso rapporto, specialmente quando vi sono dei figli, che rinforzano l'esigenza del partner di tornare a casa con una persona che sia ancora, contemporaneamente il compagno di vita e il genitore dei

propri figli, così come prima dell'evento morboso. Il **comportamento iperprotettivo della famiglia** di origine viene dunque vissuto con difficoltà da parte del partner, che spesso viene guidato dagli operatori della riabilitazione a stimolare il paziente alla massima autonomia possibile, facendogli fare tutto quello che è in grado di fare, giorno per giorno, in ognuna delle aree sopracitate, sin dal suo ingresso in reparto. Se la famiglia di origine mantiene i propri comportamenti iperprotettivi verso il paziente, ostacolandone l'autonomia, si può assistere a una marcata incrinatura dei rapporti con il partner, che a volte raggiunge la completa rottura. Non bisogna dimenticare, tra l'altro, che se nel paziente permangono atteggiamenti di infantilismo e di passività al termine della riabilitazione, anche a causa di una sua gestione inadeguata da parte dei propri familiari, si può verificare una scissione nella coppia che può condurre anche alla separazione definitiva. Questo evento è vissuto in maniera drammatica dal paziente, che spesso colpevolizza la famiglia di origine, attribuendole la responsabilità dell'allontanamento del partner.

Per tali motivi, è importante quindi che eventuali divergenze comportamentali tra i familiari vengono risolte nell'interesse del paziente e gestite all'insegna del buon senso, con un atteggiamento che può solo creare serenità e migliorare la collaborazione di tutto il nucleo familiare con l'èquipe riabilitativa. Il percorso della riabilitazione è spesso lungo e sono necessarie tutte le risorse disponibili.

IL CENTRO DI RIABILITAZIONE

Non tutti i centri di riabilitazione sono in grado di accogliere pazienti che abbiano avuto un coma o che siano in uno stato vegetativo o di minima coscienza e che magari abbiano ancora una tracheostomia o un **sondino naso-gastrico** o la **PEG** (dall'inglese "percutaneous Endoscopic gastrostomy" - sondino che attraversa la parete dello stomaco e che viene applicato con un piccolo intervento chirurgico, in sostituzione del sondino naso-gastrico) per l'alimentazione (**nutrizione enterale**).

La PEG, una volta applicata, è ben tollerata dal paziente e può essere mantenuta anche per tempi lunghi, facilitando inoltre la riabilitazione della **disfagia** (difficoltà della deglutizione), perché consente di liberare il paziente dal fastidio del corpo estraneo nella gola rappresentato dal sondino naso-gastrico.

Essendo pochi i **Centri di Riabilitazione**, specifici per questi pazienti, almeno in alcune regioni, ed essendo spesso lunghi i periodi di ricovero per riabilitare pazienti così gravi, i tempi di attesa possono essere lunghi e a volte possono anche passare diversi mesi prima che il paziente possa essere ricoverato. Fate quindi domanda di ricovero presso più Centri (tra quelli più vicini a voi), per avere maggiori possibilità di essere chiamati in tempi più brevi. In appendice alleghiamo un prospetto dei principali centri pubblici per post-comatosi in Italia, regione per regione.

All'ingresso nel centro di riabilitazione, ricordatevi che, come già in Rianimazione, è importante affidarsi all'assistenza dei medici, degli infermieri, dei fisioterapisti, dei logopedisti, degli psicologi, degli assistenti sociali, dei terapisti occupazionali e di tutta l'equipe riabilitativa che prenderà in cura il paziente. Un vostro atteggiamento di collaborazione contribuirà enormemente al programma riabilitativo, permettendo a tutti gli operatori di lavorare con la necessaria serenità ed efficacia. Un vostro



atteggiamento di sfiducia e sospettosità sull'efficienza del centro rischieranno, invece, di interferire sulla qualità del programma riabilitativo, influenzando talvolta anche il livello di collaborazione del paziente stesso, che soprattutto nella fase del risveglio, si mostrerà estremamente influenzabile dai familiari più vicini. Se avete dubbi, critiche o ansie, parlatene con il medico e/o lo psicologo di riferimento del

Centro, piuttosto che protestare nel corridoio o con gli altri familiari. La vostra vicinanza al paziente, che spesso è richiesta nei Centri di riabilitazione, sarà preziosa se vi lascerete consigliare su cosa è bene fare per aiutare il vostro caro (e soprattutto su cosa non fare!); sarà invece deleteria se seguirete soltanto la vostra iniziativa e il vostro istinto, pensando che il paziente che si sta risvegliando è esattamente lo stesso di prima dell'incidente, come se nulla fosse successo. Il percorso della riabilitazione può essere molto lungo ed ha bisogno di tutte le vostre energie e di tutta la vostra pazienza. Soprattutto, avete bisogno di una guida esperta, così come l'equipe riabilitativa ha bisogno delle vostre indicazioni preziose, della vostra fiducia e della vostra collaborazione. Cercate di non stare sulla difensiva, quando si parla dei deficit del paziente, perché si cerca soltanto di individuare i problemi più importanti nelle diverse fasi

del programma riabilitativo, per lavorarci e possibilmente risolverli. Nelle prime fasi di recupero, possono essere presenti particolari atteggiamenti e comportamenti, che bisogna conoscere ed affrontare in maniera specifica, con tutta la collaborazione possibile da parte vostra. Quando sta recuperando il rapporto con l'ambiente esterno, ad esempio, il paziente presenta quasi costantemente un grave **disorientamento spazio-temporale** (non sa dove si trova, né qual è la data corrente, giorno, mese e anno) e a volte non è in grado neanche di riconoscere i familiari che gli sono vicini. Già in questa fase i familiari possono essere di estremo aiuto per la riabilitazione di tale disturbo, stimolando quotidianamente il paziente, con l'uso di un calendario, di un orologio, di un'agenda, a ritrovare progressivamente il senso del tempo.

È utile che sul calendario vengano scritte anche la città, la data e il nome del Centro di riabilitazione in cui si trova il paziente e che sull'agenda si appuntino tutte le informazioni relative agli orari delle attività riabilitative, dei pasti, delle visite, ai nomi dei medici e dei terapisti, come primi piccoli esercizi di orientamento spazio-temporale e di memoria (Fig. 5) (dall'inglese "re-orienting" = "ri-orientamento"). Fatevi consigliare dai diversi operatori che si occupano della riabilitazione, sugli esercizi e sull'atteggiamento più adeguato da assumere con il paziente: il neuropsicologo e il terapeuta cognitivo vi consiglieranno in merito alle sue capacità

Fig. 5



ORIENTAMENTO DEL PAZIENTE

cognitive e ai suoi disturbi del comportamento; il terapista foniatico, su cosa e come può alimentarsi (come vedremo di seguito); il fisioterapista, sul posizionamento a letto e in carrozzina, su quali movimenti passivi e attivi sono utili o da evitare, e sugli indumenti e sulle calzature più adeguate per il paziente.

Finalmente, arrivati nel Centro di riabilitazione, tutti i parenti e amici vorrebbero venire a far visita al paziente. Bisogna ricordare invece che la presenza contemporanea di molte persone nella stanza può non essere affatto uno stimolo positivo, ma al contrario può contribuire a far estraniare il paziente o ad aumentare la sua confusione e il suo disorientamento spaziale e temporale. Quando è possibile, è importante chiedere al paziente stesso se e chi desidera vedere, piuttosto che stressarlo con visite continue, e la presenza di più persone contemporaneamente, anche perché spesso può provare imbarazzo e non gradire che gli altri lo vedano in condizioni diverse da come era prima del coma. Per il disorientamento e i disturbi della memoria spaziale, è bene richiedere al paziente di porre attenzione e di cercare di ricordare i percorsi abituali in ospedale, chiedendogli di ritrovare da solo la sua stanza, la palestra o altri luoghi di terapia e di incontro.

Associati a disturbi dell'orientamento, saranno spesso presenti disturbi della memoria, per cui il paziente tenderà a dimenticare quello che è successo qualche ora prima o qualche giorno prima, o meglio tenderà a non memorizzare quanto gli succede giorno per giorno (disturbi della memoria recente, periodo di **amnesia post-traumatica-APT**, che rappresenta un periodo successivo al recupero della coscienza, in cui il paziente non è in grado di memorizzare gli eventi delle ultime 24 ore e che può durare dalle 2 alle 4 volte la durata del coma). Lo si può facilmente aiutare, ricordandogli, ad esempio, a proposito delle visite ricevute, un brano della conversazione avuta con il visitatore che il

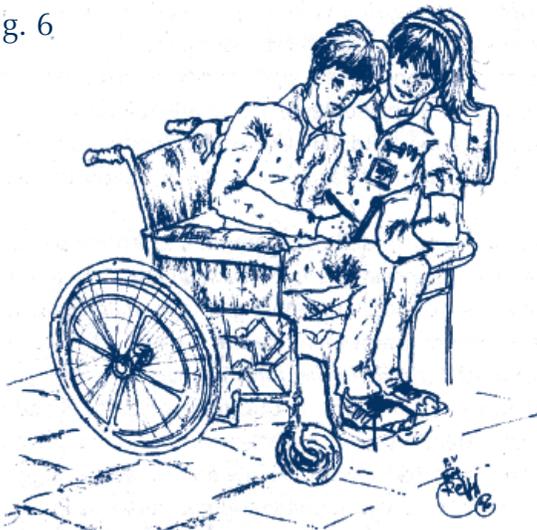
paziente non ricorda, o suggerendogli alcuni particolari o caratteristiche della persona. può succedere che a questi disturbi il paziente reagisca, inventando alcune cose mai successe (**confabulazioni**).

Smentitele serenamente, senza arrabbiarvi né preoccuparvi, perché questo é un atteggiamento di compenso molto frequente, ma non assecondate queste bugie involontarie, perché potreste favorirne il mantenimento nel tempo, avvalorando le fantasie del paziente, come se si trattasse di episodi realmente accaduti.

È importante infatti dire al paziente sempre la verità, anche riguardo a quello che è successo, e cioè che il paziente ha subito un trauma cranico o altro a seconda della causa del coma. Unica eccezione, in caso altre persone abbiano perso la vita durante l'incidente, lasciate che sia il paziente a chiedervi di queste persone. In tali situazioni è comunque preferibile abituare il paziente gradualmente alla perdita e al lutto,

35

Fig. 6



MUTISMO
PRIMI TENTATIVI DI COMUNICAZIONE VERBALE PER ISCRITTO

dicendo che queste persone stanno molto male e che potrebbero anche non farcela, in ogni caso fatevi accompagnare e sostenere dallo psicologo del Centro in questo delicato percorso.

Se il paziente invece tende a comunicare a gesti, senza parlare, pur mostrando di capire quanto dite (**mutismo** Fig.6), cercate

di trovare un canale di comunicazione precisandogli comunque che può parlare e che se vuole chiedervi qualcosa, può muovere le labbra, tirare fuori la voce o tentare di scrivere. Non temete di essere troppo duri nelle vostre sollecitazioni, perché state solo cercando di aiutarlo; semmai lo danneggereste, se assecondaste la sua tendenza ad esprimersi solo a gesti.

Allo stesso modo, se il paziente avesse assenza di iniziativa motoria spontanea, e muovesse le braccia e le gambe soltanto su richiesta (**inerzia**), stimulate le sue possibilità motorie, non dicendogli di muoverle, ma semplicemente avvicinando alla sua portata cose che possano interessarlo e che sia in grado di prendere ed usare da solo (ad esempio il pettine per pettinarsi, un gelato da leccare con il vostro aiuto, un po' di crema da spargere sul viso o sull'altra mano, ecc.).

L'inerzia, infatti, è una delle conseguenze più frequenti del coma e molto spesso, viene confusa dal familiare con una depressione dell'umore, generando forti preoccupazioni e una frequente richiesta, al medico che si occupa del paziente, di ricorrere ai farmaci antidepressivi o a un supporto psicologico. Altre volte l'inerzia viene interpretata dal familiare in termini di pigrizia, come se si trattasse di un atteggiamento volontario da parte del paziente che, proprio per questo, provoca addirittura rabbia nel familiare.

Bisogna tener presente, invece, che si tratta di un deficit dell'iniziativa, dovuto alla lesione cerebrale, e che va trattato principalmente con opportune stimolazioni da parte di chi si occupa del paziente (su consiglio degli operatori che compongono l'equipe riabilitativa, in primo luogo il neuropsicologo e il terapeuta cognitivo).

Più avanti nella riabilitazione, il paziente dovrà essere stimolato alla maggiore autonomia possibile, nel lavarsi (uso quotidiano dello spazzolino da denti), nel radersi nell'uomo (magari inizialmente con un

rasoio elettrico) o nel truccarsi nella donna, nel vestirsi (scegliendo abiti facilmente indossabili, scarpe con chiusura a velcro o senza lacci), nel mangiare (Fig. 7), nello spostarsi anche autonomamente con la carrozzina, fino a quando ne avrà bisogno, poiché questo sarà un esercizio utile per le sue braccia e per la sua autonomia, sempre concordando questi esercizi con il **fisioterapista** o il terapeuta occupazionale,



quest'ultimo infatti lavorerà con la **terapia occupazionale** al recupero della maggiore autonomia possibile del paziente.

Nel caso il paziente possa muovere solo un braccio, esistono carrozzine **mono-guida**.

Non rischiate però, allo stesso tempo, di assillare il paziente, trasformando la sua giornata in una lunga seduta di riabilitazione, senza tregua. Stabilite, infatti, insieme alcune ore di riposo, in cui il paziente sia veramente libero di fare quello che desidera, anche se si tratta di stare sdraiato a letto senza fare nulla. Semmai usate queste pause come preludio ad una valida collaborazione del paziente nel corso del programma riabilitativo (**rinforzo positivo o premio**). Se comparisse una **spasticità** importante ad uno o più arti (posizione patologica e resistenza alla mobilizzazione passiva, in genere in flessione all'arto superiore e in estensione all'arto inferiore), non chiedete

troppi movimenti al paziente perché questo potrebbe aumentare la spasticità, ma al contrario cercate il maggior rilassamento possibile, facendo tenere la mano bene aperta e il piede correttamente poggiato sulla pedana della carrozzina o a terra con la pianta del piede ben poggiata sul pavimento. In caso di disturbi dell'equilibrio (**atassia**), il paziente eseguirà esercizi specifici in palestra e in piscina (**idrochinesiterapia**), e sarà il fisioterapista a dirvi quando il paziente potrà iniziare a camminare anche con voi, magari con l'ausilio di un **deambulatore**.

LO SVEZZAMENTO DAL SONDINO E DALLA NUTRIZIONE ENTERALE

Per i primi tentativi di alimentazione per bocca, seguite sempre i consigli e le indicazioni dell'equipe riabilitativa, perché molto frequentemente sono presenti disturbi della deglutizione (**disfagia**), con tendenza dei cibi ad andare di traverso, con tosse e talvolta rischio di soffocamento quando il paziente tenta di ingoiare. Questo succederà più facilmente con liquidi (acqua, brodo), che con i semisolidi (yogurt, gelati, frullati, omogeneizzati). Quindi parlate con il dietista e con il **logopedista foniatico** del centro, riferendo dei gusti del paziente e preparate insieme una dieta adeguata. Sempre a causa della disfagia può essere consigliato un piccolo intervento chirurgico per l'applicazione della **PEG**, un tubicino che attraversa la parete dello stomaco, che permette di eliminare anche il fastidio del sondino e quindi facilitare la riabilitazione della deglutizione.

Questo intervento è indispensabile quando il sondino naso-gastrico deve essere mantenuto per oltre un mese, per evitare il rischio di piaghe o ulcere della mucosa esofagea e di fistole esofago-tracheali, di cui abbiamo già parlato. La PEG potrà essere tolta anche ambulatoriamente, qualora non ce ne fosse più bisogno.

Quando il paziente sarà in grado di mangiare e bere sufficientemente per bocca, si potrà togliere il sondino o la PEG. Ricordatevi di fermarvi sempre e di non insistere, se il paziente tossisce ripetutamente, perché il rischio può essere quello di una broncopolmonite causata da cibo che, andando di traverso, ristagna nei bronchi, provocando infezioni (**broncopolmonite ab ingestis**). Non fate mai bere il paziente, se sta già tossendo o se ha appena tossito.

Lo stesso problema può essere causato da **cibi a doppia consistenza**, liquido-solido, come la pastina in brodo, che per la facilità con cui



può andare di traverso, rappresenta l'alimento più pericoloso.

La riabilitazione della deglutizione è in genere affidata allo specialista otorino (foniatra) e ad un logopedista (**logopedista foniatico**).

Nella riabilitazione della deglutizione è importante che il capo del paziente sia un po' flesso in avanti, per evitare inalazione o aspirazione di alimenti o liquidi nelle vie aeree (vie respiratorie = laringe, trachea, bronchi, polmoni). (Fig 8a e 8b)

Se la **tracheostomia** deve essere mantenuta per qualche tempo, ci può essere eccesso di secrezioni bronchiali, provocate dalla presenza della cannula stessa e dalla immobilità. Gli infermieri si occuperanno di aspirare queste secrezioni quando necessario, ma con la vostra presenza, potrete sempre avvertirli in caso di secrezioni particolarmente abbondanti. Un filtro a livello della cannula e un'umidificazione delle secrezioni, potrà essere utile per evitare che le secrezioni

siano troppo dense.

Quando il paziente mostrerà di respirare tranquillamente per molte ore, anche con la cannula chiusa da un tappino, allora l'èquipe medica potrà provare a togliere completamente la cannula, dopo aver verificato, con una misurazione della **saturimetria** notturna, che non ci siano desaturazioni (abbassamento dell'ossigeno nel sangue, misurate con il saturimetro) a cannula chiusa.

Il **saturimetro** è un piccolo apparecchio a forma di pinzetta applicato su un dito della mano collegato o meno a un monitor, che può essere mantenuto per tutta la durata della notte, a cannula chiusa. Nel dubbio di **stenosi tracheale** o **fistole tracheo-esofagee**, oltre alla **fibrolaringoscopia**, anche una **tracheo-broncoscopia** può essere utile. In alcuni casi una **videofluoroscopia** (esame cinematografico della deglutizione) può essere di aiuto nella diagnosi di disfagia e nel guidare il trattamento riabilitativo. Il buco della tracheostomia tende in genere a chiudersi e cicatrizzarsi da solo nel tempo. Se questo non succedesse, si potrà provvedere, successivamente, ad un piccolo intervento di chirurgia plastica.

Anche per il controllo dei bisogni fisiologici ("**controllo degli sfinteri**"), potrete aiutare il paziente (e quindi il lavoro degli infermieri) proponendogli, ad orari costanti (prima di andare in terapia, al mattino, la sera prima di andare a dormire), di fare i propri bisogni (prima con la padella e poi magari facendovi aiutare ad accompagnarlo in bagno e avendo la pazienza di aspettare, ricordandogli quanto sarebbe importante abbandonare il pannolone). Molto frequenti, nelle prime fasi di risveglio e a volte anche successivamente, sono alcuni segni e sintomi, che sono tipici di una sindrome, in genere transitoria, di **Parkinsonismo post-traumatico o secondario**. Il paziente presenta cioè: riduzione della mimica facciale (**ipomimia**

o **amimia**, il suo viso é inespessivo, con gli occhi spalancati e con raro ammiccamento delle palpebre e la bocca semiaperta); **rigidità muscolare** delle braccia, delle gambe e di tutto il corpo; rallentamento nei movimenti (**bradicinesia**) e accelerazione della parola (**disartria parkinsoniana**); più raramente tremore a riposo (quando è fermo e non sta facendo nessun movimento). Questo parkinsonismo è anche responsabile di quell'atteggiamento di flessione in avanti del capo e di tutto il corpo, che già si vede in posizione seduta, ma che diventa ancora più evidente ai primi tentativi di mettere il paziente in piedi e di farlo camminare. Esistono alcuni farmaci per migliorare questi sintomi (Mantadan, Sinemet, Madopar, Jumex, ecc.), anche se in genere il parkinsonismo tende a migliorare spontaneamente, fino a scomparire nella maggior parte dei casi. Sempre nell'ambito dei problemi motori, il paziente può presentare paresi ad una metà del corpo (**emiparesi**), o sia alle braccia che alle gambe (**tetraparesi**), o soltanto alle gambe (**paraparesi**), oppure soltanto ad un braccio o ad una gamba (**monoparesi**). Questi deficit motori sono spesso associati a **spasticità** (difficoltà e resistenza nella mobilitazione degli arti) e portano ad assumere delle posizioni viziate, come braccio piegato al gomito, pugno chiuso, piede ruotato verso l'interno e in atteggiamento come fosse sulle punte (**supinazione o piede equino varo** = piede storto sulla parte laterale del piede). Queste posizioni vanno evitate, per quanto possibile, mediante cuscini che permettano un corretto posizionamento, o mediante alcuni **tutori** o docce (ausili per mantenere la posizione più corretta); per la scelta della soluzione migliore, comunque, è bene sempre chiedere consiglio ai medici del Centro di riabilitazione e al fisioterapista che segue il paziente. Esistono farmaci anti-spastici (Lioresal, Dantrium, Sirdalud, Valium), che possono inizialmente provocare un po' di sonnolenza. Nei casi di spasticità

resistente ai farmaci, si possono praticare delle infiltrazioni locali con **tossina botulinica** o in casi particolari applicare una **pompa al baclofen**, mediante un piccolo intervento neurochirurgico, che consente l'applicazione di un serbatoio sottocute a livello dell'addome riempito con un antispastico, il baclofen, che viene rilasciato attraverso un tubicino direttamente al livello del midollo spinale, con il vantaggio di provocare minore sonnolenza, rispetto a quando viene assunto per bocca. Le posizioni scorrette appena descritte, a volte sono causa di lesioni anche dei nervi periferici, che decorrono lungo le braccia o le gambe e, se non corrette in tempo, aggiungono altri problemi ai deficit motori del paziente, come ad esempio la difficoltà di tirare su la punta del piede (paresi del nervo sciatico popliteo esterno o **SPE**) o **polineuropatia** da malattia critica (CIP = sofferenza periferica dei nervi dovuta al prolungato allettamento e alle frequenti infezioni). Altre volte, per un danno al livello del cervelletto (parte più posteriore del cervello) o delle vie che partono o arrivano al cervelletto, si possono avere disturbi dell'equilibrio (**atassia**), un tremore più evidente nel corso del movimento (**tremore intenzionale**), per cui più il braccio si avvicina all'oggetto e più trema, e disturbi della coordinazione dei movimenti (per cui il paziente sbaglia la mira quando vuole afferrare o toccare qualcosa). Insieme a questi sintomi cerebellari è in genere associato un disturbo dell'articolazione della parola (**disartria cerebellare o parola esplosiva**).

Quando il paziente tende a chiudere un occhio guardando da una parte o cercando di leggere qualcosa, ditelo al medico, perché potrebbe vedere doppio (**diplopia**). Questo è un disturbo molto frequente, dovuto alla lesione di alcuni nervi cranici responsabili della motilità oculare, che hanno sede in quella parte del cervello, che abbiamo chiamato tronco encefalico. Questo disturbo può essere associato a **strabismo**

(occhio storto) e/o ad un abbassamento della palpebra (**ptosi**). Se lo strabismo e la ptosi restassero nel tempo, successivamente c'è la possibilità di un piccolo intervento chirurgico di correzione estetica e/o funzionale. Questo disturbo può anche essere affrontato, prima ancora di ricorrere all'intervento, con un trattamento specifico, la **terapia ortottica**, che si occupa di far eseguire al paziente alcuni esercizi di motilità oculare, quando questi è sufficientemente collaborante, o di bendare un occhio, quando necessario. Quando il paziente tende invece a guardare verso un solo lato del suo campo visivo (solitamente verso destra), ignorando completamente quanto avviene o quanto c'è sul lato opposto, cercate di stimolarlo a guardare dal lato che tende a trascurare, magari stando voi per primi dal quel lato, o posizionando il televisore più sullo stesso lato. Questo disturbo, che si chiama **neglect** oppure **eminattenzione**, è dovuto ad una lesione in una regione particolare del cervello e può essere affrontato con un programma riabilitativo specifico, anche per mezzo di esercizi al computer. A volte può essere presente un restringimento del campo visivo, non sempre associato al neglect, che si chiama **emianopsia laterale omonima**. Si tratta dell'impossibilità di vedere un lato del proprio campo visivo (come se ci fosse una parte cieca); anche per questo disturbo esiste un programma riabilitativo specifico, anche attraverso l'utilizzo del computer. Questo problema, che può persistere nel tempo (a causa della lesione cerebrale in un'area specifica del cervello), viene successivamente compensato dal paziente, che apprende a girare di più il capo verso il lato cieco. Se il paziente avesse invece disturbi di comprensione e di espressione del linguaggio (**afasia**), ascoltate i suggerimenti del logopedista che tratta il paziente, con consigli su alcuni esercizi che si possono eseguire con lui nel corso della giornata. Quando ricomincia a parlare, il paziente può presentare disturbi

dell'articolazione della parola (**disartria**), a volte con un modo di parlare quasi incomprensibile o comunque strano, male articolato, come se si mangiasse le parole, o parlasse con qualche cosa in bocca. Possono anche essere presenti disturbi della coordinazione del respiro, come se gli finisse l'aria mentre parla, o come se avesse bisogno di riprendere fiato più volte (**incoordinazione pneumo-fonica**).

Fig. 9



BOLLE DI SAPONE COME GINNASTICA RESPIRATORIA

Per questo disturbo, oltre alla **ginnastica respiratoria**, anche voi potete far fare al paziente degli esercizi di lettura ad alta voce, magari con l'aiuto di un registratore che gli permetterà di riascoltarsi, o esercizi di respirazione, secondo le indicazioni del logopedista che tratta il paziente. Un utile esercizio per la coordinazione respiratoria, è anche quello di fargli produrre delle bolle di sapone, soprattutto nelle prime fasi di risveglio dal coma (Fig. 9). Alcune volte, quando il paziente riprende a parlare, la voce può essere bassa, rauca o nasalizzata (**disfonia**). Se il paziente va in piscina per la riabilitazione, in acqua si potrà utilmente lavorare con ginnastica respiratoria, facendo le bolle contro la resistenza dell'acqua, mentre la mobilizzazione e la deambulazione in acqua potrà aiutare il recupero dei movimenti

Fig. 10



**IL PAZIENTE PUÒ PRESENTARE
AGITAZIONE PSICOMOTORIA AL RISVEGLIO**

e dell'equilibrio. In caso di spasticità la piscina può invece essere controindicata. Se il paziente presentasse un comportamento agitato (**agitazione psicomotoria** Fig. 10) con tendenza a dire parolacce o ad alzare le mani, non lasciatevi intimorire. Al contrario mostratevi fermi e decisi a lasciarlo da solo se continuasse in questi atteggiamenti sconvenienti. Allo stesso modo, se il paziente tiene a qualcosa in particolare (cibi, visite di alcune persone, programmi televisivi, permessi di uscita o di ritorno a casa per il week end), "minacciate" di farlo rinunciare a queste cose, se continuas-

se nel suo comportamento, e soprattutto siate decisi nel mantenere tale posizione.

Anche in questo tipo di intervento, non sentitevi troppo duri o severi, ma ricordatevi che state invece contribuendo in maniera insostituibile al programma riabilitativo.

In alcuni casi, il paziente tenderà ad avere atteggiamenti di **ipersessualità** (masturbazione, proposte oscene, tendenza a portare tutti gli og-

getti alla bocca, e dare baci a tutti o a toccare le persone dell'altro sesso) o di **disinibizione**, comportandosi in maniera inadeguata anche in pubblico (**sindrome di Klüver-Bucy**). Non vi spaventate, perché questi sono atteggiamenti in genere transitori e dovuti a lesioni in particolari aree del cervello (lobo frontale e temporale); nello stesso tempo non assecondate questi comportamenti, ricordando al paziente che prima dell'incidente non si sarebbe mai comportato in questo modo.

Se questi comportamenti persistono, può essere utile reagire come sopra, minacciando il paziente di farlo rinunciare a qualcosa a cui tiene o, se invece smettesse, promettendogli, con esaudimento possibilmente immediato del desiderio, qualcosa a cui è interessato.

Se avete dubbi su come comportarvi in relazione ad alcuni atteggiamenti particolari del paziente, chiedete consigli senza esitare, al medico, al neuropsicologo, al logopedista che si occupa del trattamento delle funzioni cognitive e del disturbo del comportamento. Molto frequente, nel corso della riabilitazione neuropsicologica, è un atteggiamento di rifiuto, da parte del paziente, del **logopedista** delle funzioni cognitive. Non pensate che ci sia qualcosa che non va con il terapeuta, ma ricordatevi che questo è piuttosto un atteggiamento di rifiuto di certi deficit, come quelli della memoria e di apprendimento, dell'attenzione, delle capacità di ragionamento. Spesso, questo rifiuto è secondario ad un deficit di **consapevolezza** dei propri disturbi. Il paziente cioè non ammette di avere problemi nella memoria o nella capacità di apprendimento, nell'attenzione, nelle capacità di ragionamento, o nel comportamento, ma sostiene di avere problemi soltanto nei movimenti, nel camminare, nell'equilibrio ecc. Questo è un atteggiamento che non aiuta la riabilitazione, perché quando il paziente non è consapevole di avere certi disturbi, non si può fare

48

nulla per riabilitarli e, in questo senso, il familiare può essere prezioso per fare accettare al paziente la riabilitazione neuropsicologica. In che modo? Nella vita di tutti i giorni, il familiare dovrà cogliere e sottolineare tutte le situazioni in cui il paziente mostra di avere disturbi di orientamento nello spazio e nel tempo, dell'attenzione, della memoria, di organizzazione del pensiero, di soluzione di alcuni problemi, di concentrazione durante la conversazione o nella lettura, di apprendimento durante tentativi di ravvicinamento allo studio o al lavoro, ecc. Se il familiare contribuirà in questo lavoro nel corso della giornata, sarà possibile che il **logopedista** cognitivo non sia costretto ad assolvere da solo questo difficile compito di lavoro sulla consapevolezza dei deficit delle funzioni cognitive, evitando così che egli diventi una figura non gradita e contribuendo, inoltre, in maniera preziosa alla collaborazione del paziente, alla **riabilitazione neuropsicologica** o cognitiva.

Non cadete nel trabocchetto di sentirvi offesi, voi per primi, dal dover ammettere che siano presenti deficit cognitivi nel vostro caro, perché lavorare su questi disturbi non significa che non c'è nulla da fare per affrontarli o che sono imm modificabili. Se anche voi negherete la presenza di questi problemi, comprometterete voi per primi l'esito del programma riabilitativo nell'ambito cognitivo. Ricordatevi che è preferibile un anno di terapia neuropsicologica in più, che tutta una vita con questi disturbi accanto, sia che siate madre, padre, moglie, marito, figlio, fratello o amico. Nell'ambito di questi disturbi potranno essere proposti programmi di terapia di gruppo, che saranno utilissimi al paziente, perché potrà confrontarsi con altri pazienti, con disturbi simili ai suoi, più gravi o meno gravi. Questo confronto aiuterà il paziente ad acquistare consapevolezza di certi suoi problemi, lo metterà in condizione di relazionarsi nuovamente agli altri, lo renderà

più critico nell'individuare alcuni disturbi negli altri pazienti, simili ai suoi, come ad esempio difficoltà di organizzazione del linguaggio e di programmazione. Nel gruppo si potranno, infatti, simulare delle situazioni-tipo, come l'organizzazione di un viaggio, di una festa, di una cena ecc., in cui un paziente a turno farà da protagonista e gli altri partecipanti al gruppo saranno chiamati a fare commenti, osservazioni e critiche. Conduttori del gruppo potranno essere un **logopedista** cognitivo, uno psicologo e/o un medico. Alcuni gruppi saranno programmati specificatamente per i disturbi di memoria, altri per i disturbi di pragmatica della comunicazione (organizzazione e efficacia del linguaggio), altri per problemi di consapevolezza dei deficit neuropsicologici, altri infine per i disturbi del comportamento, come atteggiamenti di **inerzia** (assenza di iniziativa) e/o di **aggressività** e, alla fine per migliorare l'autonomia del paziente e prepararlo ad una reintegrazione sociale.

Per il raggiungimento dell'autonomia, la **terapia occupazionale** sarà dedicata al recupero delle funzioni della vita quotidiana (spostarsi, lavarsi, vestirsi, utilizzare il bagno, la cucina, ecc.).

Esistono interventi sperimentali, come l'applicazione di stimolatori cerebrali profondi (**stimolazione cerebrale profonda**) all'interno del cervello, di cui esistono pochi casi descritti in letteratura, con qualche risultato, ma con un rischio di emorragia cerebrale nell'1% dei casi. Per le **cellule staminali** invece ci sono protocolli di ricerca in corso, ma in altre patologie, non ancora nei disturbi di coscienza.

RITORNO A CASA

Il momento del ritorno a casa fa paura a tutti, sia che le cose siano andate bene, sia che siano andate meno bene o, addirittura, male. È un passo difficile, ma bisogna prepararsi ad affrontarlo. La vita continua, spesso si è genitori di altri figli che possono avere bisogno di voi; ci sono esigenze economiche e di lavoro che aspettano; c'è una casa abbandonata, ci sono altre persone che vi vogliono bene e vogliono ancora darvi una mano (ma non aspettate che vi dimentichino). Se abitate nella stessa città o non troppo lontano dal centro di riabilitazione che vi ha ospitato, programmate senz'altro un **day hospital** o un trattamento ambulatoriale, che potrà durare anche mesi. Se avete problemi per accompagnare il paziente al Centro, chiedete aiuto alle associazioni di volontariato, o al servizio ATAC per disabili. Se il paziente ha ancora bisogno di assistenza infermieristica, magari per la persistenza di una **cannula tracheostomica** oppure dell'**alimentazione enterale** (PEG), o di piaghe da decubito, contattate la vostra ASL e richiedete assistenza infermieristica e medica per questi problemi. Il **NAD** (nutrizione artificiale domiciliare) potrà assistervi per la nutrizione enterale presso il domicilio. Fatevi prescrivere dallo stesso medico del centro di riabilitazione o del CAD presidi utili per la gestione del paziente a casa, a seconda delle sue esigenze: letto ortopedico, **materasso anti-decubito**, **tavolo di statica** o **standing** per le verticalizzazioni (letto che può essere posizionato perpendicolarmente per la stazione eretta), carrozzina personalizzata, **deambulatore** (carrello per aiutare la deambulazione), **tripode** (bastone a tre piedi), **quadripode** o **tetrapode** (bastone a quattro piedi), calzature ortopediche o altri ausili per braccia e gambe (**docce e tutori**), **sedile per vasca** (per facilitare il lavaggio del paziente nella vasca), **sollevatore** (strumento

per facilitare il passaggio del paziente dal letto alla carrozzina), ecc. Tutti questi ausili la ASL li autorizza, ma spesso è necessario insistere e seguire personalmente le pratiche burocratiche, magari con il supporto di relazioni dei medici del centro che attestino la gravità e la necessità del caso e con il supporto del **Servizio Sociale** e del **Tecnico Ortopedico**.

Prima di tornare a casa, decine sono le domande che vi si affollano nella mente: “e se si ammalasse, se avesse la febbre?”

La risposta è semplice, si chiamerà un medico di famiglia e si faranno i soliti esami del sangue, delle urine e radiografie, per accertare le cause della febbre. Più difficili sono le risposte ad altre domande: “chi potrà assistere il paziente durante il giorno, se non è in grado di stare da solo, per consentirvi di tornare al lavoro?”. Anche per questo, sentite le associazioni di volontariato che possono aiutarvi o pensate ad un aiuto per l’assistenza (badante, che possa essere addestrato mentre il paziente è ancora in ospedale dalla stessa équipe riabilitativa (infermieri, fisioterapisti, logopedisti, ecc.).

Per continuare la fisioterapia e la terapia cognitiva, se per voi non è possibile il **day hospital** o il trattamento ambulatoriale, la ASL, il CAD o il **DSM** (Dipartimento di Salute Mentale o CIM = Centro di Igiene Mentale - in caso di disturbi comportamentali) di zona potrebbero aiutarvi. In alternativa esistono associazioni per la terapia domiciliare, di cui alleghiamo un breve elenco alla fine della guida. C’è spesso una lunga lista di attesa, ma intanto fate la domanda e mettetevi in lista. Se la vostra abitazione presenta degli ostacoli ai deficit motori del paziente (piano alto senza ascensore, porte strette), pensate alla possibilità di cambiare casa o di fare delle modifiche, mentre ancora il paziente è ricoverato nel Centro di Riabilitazione. Esistono delle facilitazioni per il superamento delle **barriere archi-**

tettoniche ad opera del Comune, di cui vi potete informare presso il **Servizio Sociale**. Non vi ponete queste domande e questi dubbi soltanto al momento della dimissione, non rimandate il problema. Se il paziente é in grado di mantenere una vita sociale soddisfacente, evitate accuratamente l'isolamento sociale.

Sensibilizzate il datore di lavoro e i colleghi, i compagni di scuola, gli amici, sostenendolo in questo difficile momento. Niente é più difficile che riprendere la vita di tutti i giorni, quando non si riesce a fare alcune o molte delle cose che si facevano prima. Possono essere frequenti momenti di ansia e di depressione, soprattutto se il paziente non riesce o non può reinserirsi nella vita lavorativa o scolastica precedente. Alcuni amici tenderanno ad allontanarsi, magari perché il paziente, anche in assenza di importanti deficit motori o neuropsicologici, è diverso da prima. Può essere, infatti, più insicuro, più noioso, più lento, meno brillante di prima, apatico, demotivato, senza più interessi oppure, al contrario, può essere disinibito, presuntuoso, più sfacciato, troppo chiacchierone (**verbosità, logorrea**), insomma inadeguato rispetto alle varie situazioni. In alcuni casi il paziente tenderà ad arrabbiarsi facilmente, scattando per nulla, rispondendo male o in tono spesso polemico, con parolacce ("**turpiloquio**") o persino a volte alzando le mani. In altri casi invece si mostrerà più affettuoso del suo solito carattere, a volte con atteggiamenti di esagerata complimentosità o di eccessiva gentilezza e affettuosità, anche con persone con cui non ha molta confidenza. Questi cambiamenti di carattere o di personalità possono dipendere da lesioni in particolari sedi del cervello, come abbiamo già detto, a livello del lobo frontale e/o temporale, anche se queste lesioni possono non essere più evidenziabili alla **TAC** o alla **Risonanza Magnetica Cerebrale** (perché macroscopicamente si sono riassorbite, ma comunque hanno lasciato delle di-

sfunzioni). Soprattutto nei casi di aumentata aggressività o di ansia e depressione, esistono specifiche terapie farmacologiche, che possono aiutare il paziente, almeno in periodi particolarmente difficili.

Evitate comunque di sostituirvi al paziente nella sua quotidianità, considerandolo, voi per primi, non più capace di fare anche quelle cose che sarebbe invece capace di fare. Al contrario dategli responsabilità, inizialmente nella gestione domestica, proporzionalmente alle sue possibilità motorie e alle sue capacità di autonomia. Dategli fiducia, non mostrandovi timorosi di lasciarlo uscire con i suoi amici (importante è che siano amici fidati); non vietandogli cose che può ancora fare senza problemi, come andare in discoteca, o al cinema, o a cena fuori (anche facendo tardi la sera). Se avete paura di una **epilessia post-traumatica**, in caso il paziente avesse già avuto crisi, ricordatevi che la terapia anti-epilettica è una protezione sufficiente e che esistono tanti ragazzi epilettici dalla nascita, che conducono una vita normale. Se il paziente facesse, invece, soltanto una **terapia preventiva anti-epilettica** prescritta nella fase acuta, ricordatevi di non smettere mai questi farmaci bruscamente, ma consultate sempre il medico per una loro riduzione progressiva. Se il paziente presentasse delle crisi epilettiche, non vi spaventate, perché in genere durano pochi minuti, in questi casi è comunque utile sdraiare il paziente di lato, magari inserendo qualcosa di morbido tra i denti per evitare che morda la lingua. In caso di epilessia post-traumatica, è bene evitare l'assunzione di alcolici, l'esposizione prolungata al sole (al mare è utile la protezione di un cappello o mantenere la testa bagnata) e infine va evitato di dormire troppo poco (se il paziente tornasse tardi la sera, lasciatelo dormire di più al mattino) e la febbre alta (che va abbassata con farmaci anti-piretici, come la tachipirina o anti-infiammatori).

Quando il paziente vi interrogherà sulle sue possibilità di guarigione completa, o sul poter riprendere il motorino, o la guida dell'automobile, evitate di assumervi la responsabilità di risposte così difficili e impegnative, ma rimandate la discussione del problema al medico o al neuropsicologo. Esistono comunque percorsi specifici per il ritorno alla guida di un veicolo.

Noi dell'A.R.Co. '92 insieme alla Fondazione Santa Lucia, abbiamo organizzato un protocollo di valutazione delle abilità di guida che tiene conto di molti fattori (tra cui i disturbi della visione o dell'attenzione), in modo che il paziente possa verificare in prima persona, attraverso dei percorsi guidati, le sue reali capacità di riprendere a guidare senza rischi per sé e per gli altri. Anche il Centro per l'Autonomia (riferimenti specifici in Appendice) può fornire supporto per la prescrizione di ausili che facilitano la comunicazione, l'autonomia e il ritorno alla guida di un veicolo. Per i pazienti che restano con deficit motori e/o neuropsicologici, il problema finale più grande è la reintegrazione sociale e lavorativa. Anche se esistono delle **liste di collocamento regionali per pazienti con disabilità**, per cui comunque è bene fare domanda, questi pazienti in genere non riescono a trovare lavoro (anche considerando il problema generale della disoccupazione), per cui sono costretti a passare la maggior parte del tempo a casa. Esistono leggi per facilitare il reinserimento lavorativo e scolastico dei disabili, di cui potete informarvi presso l'assistente sociale del Centro di riabilitazione, della ASL o delle associazioni di volontariato. Anche per i primi tempi a casa la famiglia avrebbe quindi bisogno di essere seguita e sostenuta psicologicamente molto da vicino. L'A.R.Co. '92 con i finanziamenti della Regione Lazio, gestisce "Casa Dago", una struttura composta da mini-appartamenti, che grazie a personale specializzato (medici, psicologi, terapisti,

educatori, assistenti sociali) assiste la famiglia in una reintegrazione familiare protetta.

Casa Dago mette a disposizione un pulmino attrezzato per disabili che favorisce il trasferimento dei pazienti presso il centro di Riabilitazione, Fondazione Santa Lucia, dove afferiscono i pazienti in regime di Day Hospital. Presso Casa Dago, nel pomeriggio o di sera, sono previste attività di riqualificazione lavorativa (corsi di computer, giardinaggio, decoupage, pittura ecc.) e di risocializzazione (arte terapia, pet-therapy- o attività assistita con animali- uscite in pizzeria, cinema, visite a musei e mostre d'arte ecc.), che possono essere praticate dai residenti di Casa Dago, così come da utenti esterni.

Oltre il nostro impegno, ci sarebbe infine la speranza di una società veramente civile, che possa disporre di posti di lavoro, ad hoc a seconda degli eventuali deficit residui del paziente, che permetta al paziente stesso di riscoprirsi produttivo all'interno della società e non più dipendente dagli altri. Questa sì che sarebbe la vera riabilitazione alla vita di tutti i giorni. A tal proposito esiste una disposizione di legge per le aziende con più di 15 dipendenti, di assumere 1 disabile per ogni 15 dipendenti. Di questo e di altre informazioni specifiche chiedete al Servizio Sociale e alla vostra associazione per i familiari, A.R.Co. '92 Onlus.

Per aiutarci a crescere e per aiutarvi sempre di più, iscrivetevi all'associazione mediante il c.c.p. n.75809004. La quota di iscrizione, così come quella di rinnovo annuale è di 50,00 euro; le quote di sostegno sono libere e si possono detrarre dalla dichiarazione dei redditi nella misura del 19% della somma elargita quale contributo all'associazione.

I contributi sono esenti IVA per decreto legislativo n. 460 art. 13 del 4/12/97.

Come noto, dalla dichiarazione dei redditi, si può destinare la quota del 5 per mille dell'imposta sul proprio reddito anche all'associazione A.R.Co. '92 Onlus. Basta firmare sotto il seguente riquadro: *sostegno del volontariato, delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale, delle associazioni e fondazioni* che compare sui modelli di dichiarazione dei redditi, cioè:

- CUD per chi non è tenuto alla dichiarazione;
- 730 per chi dichiara attraverso il CAF o il proprio sostituto d'imposta;
- Unico per chi dichiara direttamente o tramite fiscalista di fiducia.

56 **Attenzione!**

Se si vuole dichiarare il 5 per mille proprio all'Associazione A.R.Co. '92 Onlus, oltre alla firma è necessario indicare il nostro codice fiscale 97084650585.

GLOSSARIO

Afasia - Disturbo del linguaggio, che consegue ad una lesione cerebrale, caratterizzato da difficoltà nel capire le parole e nel parlare, si associa solitamente anche alla incapacità di scrivere e di leggere.

ADI - Assistenza domiciliare integrativa- vedi CAD

Agitazione psicomotoria - Irrequietezza o agitazione motoria che a volte si manifesta con aggressività, dovuta al danno cerebrale.

Aggressività - Comportamenti patologici aggressivi, sia verbalmente che gestualmente.

Alimentazione parenterale - Alimentazione artificiale effettuata infondendo soluzioni nutritive per via venosa o arteriosa; generalmente attraverso una vena centrale, di solito nella regione laterale del collo, che può essere la vena succlavia o giugulare.

Alimentazione enterale - Alimentazione artificiale effettuata mediante un sondino che dal naso porta nutrienti e liquidi necessari al paziente fino allo stomaco, oppure attraverso la PEG (sondino applicato alla parete dello stomaco).

Amnesia post-traumatica (APT) - Disturbo della memoria caratterizzato dall'incapacità o difficoltà di ricordare fatti, eventi, notizie, luoghi, persone e informazioni ricevute nelle ultime 24 ore; Si associa alla difficoltà di fissare nuovi ricordi; può durare per un periodo che va dalle 2 alle 4 volte la durata del coma o anche persistere oltre.

Amnesia anterograda - incapacità di fissare nuovi ricordi dopo un danno cerebrale.

Amnesia retrograda - Incapacità di ricordare eventi immediatamente precedenti il coma, talvolta, per eventi che risalgono anche molto indietro nel tempo.

Anchilosi - Limitazione motoria fino al blocco completo di un'articolazione data da traumi o lunga immobilizzazione.

Aneurisma cerebrale - Dilatazione della parete di un'arteria cerebrale, che generalmente si assottiglia ed è quindi predisposta a rottura e sanguinamento.

58

Angioma - Groviglio di vasi sanguigni arteriosi e venosi (malformazione artero-venosa o MAV), che possono rompersi e sanguinare, provocando emorragie o ematomi; possono essere congeniti (dalla nascita).

Anossia cerebrale - Mancanza di ossigeno alle cellule del cervello.

Ansia - Sentimento sgradevole di paura e apprensione accompagnato da incrementata attività fisiologica (tachicardia, mancanza d'aria, irrequietezza, ecc.).

Anti-piretici - Farmaci come la Tachipirina, l'Aspirina o altri anti-infiammatori che abbassano la febbre.

Atassia - Disturbo dell'equilibrio.

BAERS - Vedi potenziali.

Barriere architettoniche - Ostacoli che impediscono la mobilità di persone con disabilità, come gradini o scale per persone in carrozzina.

Bradichinesia - Lentezza nei movimenti.

Broncolavaggio - Lavaggio dei bronchi che si esegue con un sondino (broncoscopio), viene eseguito quando c'è un eccesso di secrezioni nelle vie aeree, in genere in Terapia Intensiva o in Reparti di Chirurgia Toracica.

Broncopolmonite ab ingestis - Broncopolmonite dovuta all'inalazione di alimenti o liquidi, che ristagnando nei bronchi, provocano infezioni.

CAD o ADI - Centro Assistenziale Domiciliare o Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) presso la ASL di appartenenza.

Candidosi - Infezione da funghi che può essere trattata con farmaci specifici, è in genere causata da prolungate terapie antibiotiche e/o da deficit del sistema immunitario.

Cannula tracheostomica - Cannula inserita nella gola, per facilitare la respirazione e l'aspirazione delle secrezioni, anche in corso di esercizi per la deglutizione, evitando che gli alimenti penetrino nelle vie aeree.

Carrozze monoguida - Carrozze che si possono guidare con una sola mano.

Cefalea - Disturbo doloroso a livello della testa, comunemente detto "mal di testa".

Cellule staminali - Le cellule staminali sono cellule in grado di trasformarsi in qualsiasi tessuto dell'organismo, e quindi teoricamente in grado di sostituire il tessuto nervoso perso o danneggiato. Esistono protocolli di ricerca con le cellule staminali in corso in altre patologie, ma non nei disturbi di coscienza.

Chirurgia plastica - Chirurgia che si occupa di riparare lesioni della cute e sottocute, come le ulcere o piaghe da decubito.

60

Cibi a doppia consistenza - Cibi misti liquidi e solidi, come la pasta in brodo.

Cistite - Infiammazione o infezione delle vie urinarie, spesso dovuta al catetere vescicale.

Colonizzazione - Positività agli esami colturali di germi resistenti agli antibiotici, che non richiedono terapia, ma solo norme di isolamento, per evitare il contagio ad altri pazienti o a persone immunodepresse

CIM - Centro di Igiene Mentale.

Coma - Quadro clinico caratterizzato da diminuzione o abolizione della vigilanza e della coscienza, che si presenta con occhi chiusi, incapacità di eseguire ordini semplici e di proferire alcuna parola. In genere viene misurata con la scala di Glasgow (più basso è il punteggio, che va da 3 a 15 e più è grave il disturbo di coscienza).

Coma vigile - Sinonimo, ormai poco usato, dello stato vegetativo.

Comportamento Iperprotettivo - Atteggiamento del familiare, che pensa di proteggere il paziente, assecondandolo e anticipandolo anche in cose che potrebbe già fare da solo.

Comunicatore - Ausilio per la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA), quando il paziente non è in grado di parlare, ma mostra intenzione di voler comunicare.

Condom - Sorta di preservativo collegato ad un tubicino che porta l'urina in un raccoglitore esterno; evita i danni del catetere vescicale portato per lungo tempo (infezioni, difficoltà ad urinare spontaneamente, ecc.).

Confabulazione - Produzione verbale senza senso, spesso presente in caso di disturbi della memoria, dove il paziente inventa avvenimenti falsi, inconsistenti, fantasticherie, per riempire le lacune mnestiche (della memoria).

Confusione mentale - Disturbo del pensiero che si manifesta con disorientamento nel tempo e nello spazio, turbe della memoria, dell'attenzione e del pensiero.

Consapevolezza - Capacità di riconoscere i propri deficit.

Convulsioni - Spasmi violenti diffusi del corpo, con patologiche contrazioni muscolari involontarie; si possono avere in corso di crisi epilettiche.

Controllo degli sfinteri - Capacità di controllare le urine e le feci.

Craniotomia o craniectomia - Procedura chirurgica che consente l'accesso all'interno del cranio, rimuovendo un lembo osseo, per evacuare ematomi o diminuire la pressione intracranica.

Cranioplastica - Intervento neurochirurgico che permette la ricostruzione della teca cranica e il riposizionamento dell'osso del cranio precedentemente asportato. Può determinare un miglioramento del recupero motorio, del linguaggio e neuropsicologico. Può essere costituito dall'osso proprio (autologo) o sintetico, su misura ("custom-made" o "custom-bone").

62

Crisi vegetative - Crisi di sudorazione, tachicardia (aumento della frequenza cardiaca), tachipnea (aumento della frequenza del respiro) e del tono muscolare (crisi ipertoniche).

Crisi ipertensive - Aumento della pressione arteriosa

Crisi ipertoniche - Crisi di aumento del tono muscolare.

Day Hospital - Ricovero diurno, senza che il paziente dorma in ospedale.

Danno assonale diffuso - Piccole lesioni multiple, in genere emorragiche, diffuse a tutto il cervello, secondarie a trauma cranico accelerativo/decelerativo, come negli incidenti stradali; di solito si può vedere solo con la Risonanza Magnetica Cerebrale.

Deambulatore - Carrellino che aiuta il paziente nella deambulazione, può essere con o senza sottoascellari.

Decerebrazione - Atteggiamento patologico degli arti, in cui si evidenziano disturbi del tono muscolare come ad esempio l'iperestensione e l'intrarotazione delle braccia e delle gambe.

Decorticazione - Flessione e rotazione verso l'interno (intrarotazione) delle braccia e iperestensione e intrarotazione delle gambe.

Depressione - Stato emozionale caratterizzato da estrema tristezza, apprensione, sentimenti di inutilità e di colpa, isolamento dagli altri, perdita di sonno, di appetito, di desiderio sessuale, di interesse e di piacere nelle attività usuali.

Derivazione ventricolo-atriale - Tubicino che permette di scaricare il liquor in eccesso nel cuore (atrio), in caso di idrocefalo; si preferisce alla derivazione ventricolo-peritoneale, quando c'è un rischio di infezioni nella derivazione ventricolo-peritoneale.

Derivazione ventricolo-peritoneale - Intervento neurochirurgico che ristabilisce un corretto flusso del liquor attraverso un tubicino che scarica il liquido cerebrale (liquor) dai ventricoli del cervello all'interno del corpo (nell'addome). Può determinare un miglioramento della coscienza, della collaborazione e del recupero.

Dipartimento di Salute Mentale (DSM o CIM = Centro di Igiene Mentale) - Strutture territoriali del servizio sanitario nazionale per la prevenzione, la cura e la riabilitazione dei disturbi e disagi mentali e/o psichiatrici.

Diplopia - Visione doppia, può migliorare con la terapia ortottica oppure, dopo almeno un anno dall'evento acuto, con interventi chirurgici specifici e non particolarmente complicati.

Disartria o parola esplosiva - Deficit dell'articolazione delle parole che vengono espresse in modo stentato o alterato, a volte scandito (disartria esplosiva), fino alla difficile comprensibilità della parola.

Disfagia - Incapacità a deglutire il cibo e i liquidi.

Disfonia - Riduzione o alterazione del tono della voce da lesione dei nervi che controllano le corde vocali.

64

Disinibizione - Perdita della capacità di controllare gli impulsi o diminuita capacità di evitare di dire o fare cose socialmente inopportune. Questa mancanza di freni inibitori si può manifestare anche nel linguaggio come logorrea o verbosità, turpiloquio (parolacce) o ipersessualità.

Disorientamento spazio-temporale - Incapacità di identificare il luogo fisico in cui il paziente si trova e di collocare gli eventi nel tempo.

Docce - Ausili per il corretto posizionamento degli arti.

Domanda di invalidità - Richiesta che si presenta alla ASL, con documentazione anche solo del primo ricovero; consente di avere diritto a tutori, carrozzine e altri ausili che possono servire alla ridomiliazione, consente inoltre facilitazioni nel reinserimento lavorativo, permessi dal lavoro per i familiari e in alcuni casi, pensioni di invalidità.

Edema cerebrale - Rigonfiamento del cervello provocato da un eccessivo accumulo di liquidi, dopo traumi cranici, ischemie o emorragie cerebrali, infezioni, tumori, ecc.

EEG - Vedi Elettroencefalogramma

Elettroencefalogramma - Esame diagnostico che registra l'attività elettrica del cervello tramite elettrodi posizionati sulla testa, non dannosa nei confronti del paziente; serve a valutare anche se ci sono anomalie epilettiche.

Emianopsia laterale omonima - Restringimento del campo visivo.

Emorragia cerebrale - Rottura di un vaso sanguigno cerebrale e susseguente riversamento di sangue in una zona del cervello. Le cause principali di emorragia cerebrale sono il trauma cranico o rottura di un aneurisma o di malformazioni vascolari (angiomi, malformazioni artero-venose o MAV).

Ematoma intracranico o emorragia cerebrale - Accumulo di sangue all'interno del cervello.

Ematoma epidurale, sottodurale, intracerebrale - Accumulo di sangue, rispettivamente sopra, sotto il rivestimento del cervello o all'interno del cervello.

Embolia o trombosi - Ostruzione di un'arteria o di una vena, che impedisce il normale flusso sanguigno, causata da un embolo o trombo, che può essere un coagulo di sangue, una bolla d'aria o di altri gas e provoca ischemia o sofferenza del tessuto a cui porta sangue e ossigeno, con conseguente deficit di funzioni.

Eminattenzione o neglect - Disturbo di esplorazione dello spazio caratterizzato da incapacità a rispondere o rilevare stimoli di qualsiasi natura (visivi, tattili, acustici) in qualsiasi modalità, presentati nello spazio opposto al lato della lesione cerebrale, in assenza di deficit sensoriali primari (in genere dell'emilato sinistro-neglect personale o dell'emispazio sinistro-neglect peri-personale).

66

Emiparesi - Difficoltà motoria caratterizzata dalla perdita di forza di un lato del corpo; colpisce il braccio e la gamba e talvolta interessa anche l'emifaccia.

Emocoltura - Coltura di un campione di sangue ottenuto in condizioni di sterilità, che serve a diagnosticare una setticemia (infezione del sangue).

Emorragia sub-aracnoidea - Emorragia sotto il rivestimento del cervello, in genere causata dalla rottura di un aneurisma cerebrale.

Encefalite - Malattia infiammatoria diffusa del cervello, può essere virale o batterica.

Endocardite - Stato infiammatorio dell'endocardio, il tessuto che riveste le cavità interne e le valvole del cuore; in particolare, i tessuti

endocardici maggiormente coinvolti nella malattia infettiva risultano essere le valvole cardiache.

ERIGO - Tavolo di statica con “stepping” robotizzato, movimenti alternati delle gambe come nel passo

Esame espettorato - Esame delle secrezioni tracheo-bronchiali

Epilessia - Crisi convulsive, che possono essere parziali (tremori, spasmi) o generalizzate (con convulsioni vere e proprie, perdita di coscienza, perdita di urine e talvolta morsicatura della lingua).

Evacuazione dell'ematoma - Intervento neurochirurgico che rimuove il sangue dal cervello, provocato da traumi o da rottura di vasi sanguigni.

Farmaci antiedemigeni

Farmaci che si somministrano endovena, per ridurre l'eccesso di acqua nel cervello, provocato da traumi, emorragie, ischemie, infezioni o tumori cerebrali.

Fibrolaringoscopia - Metodica strumentale, che permette la visione diretta con un sondino illuminato delle vie respiratorie, che valuta se ci sono restringimenti, ostruzioni, paralisi delle corde vocali e le capacità di deglutizione.

Filtro cavale - Specie di ombrellino che si applica chirurgicamente nella vena femorale (parte alta della coscia) per prevenire nuove embolie polmonari.

Fisiatra - Medico specializzato in riabilitazione.

Fisioterapista - Persona laureata in tecniche di riabilitazione motoria e neuromotoria.

Fistola tracheo-esofagea o esofago-tracheale - Comunicazione patologica attraverso un foro tra la trachea e l'esofago, con rischio di passaggio di liquidi e alimenti nelle vie aeree e broncopolmoniti ab ingestis.

Focolaio lacero-contuso - Lesione traumatica del cervello.

68

Foniatria - Specializzazione che si occupa della valutazione delle prime vie aeree anche attraverso la fibrolaringoscopia (esame che avviene con un sondino nella gola per lo studio dello spazio respiratorio e delle corde vocali, della deglutizione e dell'articolazione della parola, ad opera di uno specialista in otorinolaringoiatria).

Funzioni vitali - Respiro e battito cardiaco.

Ginnastica respiratoria - Esercizi e manovre per facilitare la respirazione.

Granulazioni - Piccole escrescenze che possono restringere lo spazio respiratorio, possono essere trattate con laser o interventi di chirurgia toracica.

ICU-AW - Vedi Polineuropatia.

Idrocefalo - Aumento della parte liquida all'interno del cervello (liquor) con dilatazione dei ventricoli cerebrali.

Idrochinesiterapia - Esercizi in piscina.

Igroma - Falda di versamento di sangue, che nel tempo diventa fluida e tende a cronicizzarsi e riassorbirsi lentamente.

Incoordinazione pneumo-fonica - Incapacità di coordinare il respiro con la voce.

Inerzia - Perdita dell'iniziativa sia dal punto di vista motorio che verbale e neuropsicologico.

Intubazione - Tubo che viene introdotto dal naso o dalla bocca fino alla trachea per facilitare la respirazione in fase acuta.

Ipersessualità - Atteggiamento di disinibizione, che può manifestarsi con manipolazioni dei genitali o masturbazione in fase di risveglio dal coma, o disinibizione sessuale nelle fasi successive.

Ipertensione intracranica o endocranica - Aumento della pressione all'interno del cranio, a causa di edema cerebrale, ematomi, ischemie, lesioni e tumori cerebrali.

Ipomimia o amimia - Perdita dell'espressività del volto, in genere presente nelle sindromi parkinsoniane.

Ipopituitarismo - Deficit della ghiandola ipofisi, che è all'interno del cervello e produce ormoni.

Ipossia cerebrale - Carezza di ossigeno al cervello.

Ischemia cerebrale - Arresto improvviso della circolazione del sangue in una parte del cervello, che può essere causata da un coagulo di sangue (embolo o trombo) in un vaso cerebrale importante.

Isolamento da contatto o respiratorio - Protezione con guanti, camici o mascherine per prevenire la diffusione di un germe, in genere multi-resistente agli antibiotici.

Laserterapia - Intervento endoscopico per rimuovere le granulazioni tracheali. E' anche una tecnica utilizzata in fisioterapia per ridurre il dolore.

70

Lenti prismatiche - Lenti speciali per correggere la diplopia.

Liquor - Liquido che scorre nella cavità del cervello e nel canale midollare. Ha diverse funzioni: porta nutrimento alle cellule cerebrali e ammortizza gli eventuali colpi per il tessuto cerebrale, anche a livello degli spazi sub-aracnoidei (rivestimento esterno del cervello).

Liste di Collocamento regionale - Liste per facilitare il reinserimento lavorativo di persone con disabilità.

Locked –in Sindrome - Sindrome in cui il paziente non può muovere i 4 arti, né la bocca ma è cosciente e comunica con la chiusura delle palpebre e movimenti verticali dello sguardo verso l'alto (vedi sindrome di locked-in).

Logopedista - Terapista che si occupa della riabilitazione del linguaggio: il logopedista foniatico della deglutizione, della voce e dell'articolazione della parola; il logopedista cognitivo della riabilitazione neuropsicologica (funzioni cognitive e comportamentali).

Logorrea - Tendenza a parlare eccessivamente.

LOKOMAT - Esoscheletro per la riabilitazione robotica del cammino.

Malformazioni artero-venose o MAV - Tumori benigni costituiti da un groviglio disordinato di vasi sanguigni con predisposizione a crescere di volume e a rompersi provocando emorragia cerebrale o subaracnoidea (sotto il rivestimento del cervello).

71

Materasso anti-decubito - Materasso che previene le ulcere o le piaghe da decubito.

Memoria - Capacità di apprendere e richiamare nuove informazioni oltre che rievocare quelle già apprese.

Memoria a breve termine - Parte della memoria capace di mantenere, per alcuni secondi, un numero limitato di informazioni, acquisite di recente.

MAV - Vedi Malformazioni

Memoria a lungo termine - Parte della memoria capace di immagazzinare una quantità infinita di informazioni per un periodo lunghissimo, ci permette di ricordare eventi di vecchia data.

Meningite - Malattia infiammatoria delle membrane che rivestono l'encefalo o cervello, principalmente pia madre ed aracnoide, e del liquido cerebro-spinale (liquor), può essere virale o batterica.

Microchirurgia - Tecnica chirurgica di precisione per operare talvolta sui nervi periferici.

Morte Cerebrale - Arresto di qualsiasi attività cerebrale, diagnosticata da una commissione di esperti, per possibile espianto di organi.

Mutismo - Assenza di iniziativa verbale, il paziente tende a comunicare a gesti e talvolta mediante scrittura.

72

NAD - Nutrizione artificiale domiciliare.

Neuropatie o polineuropatie - Infiammazioni, lesioni o deficit dei nervi periferici.

Ortottista - Terapista che si occupa della valutazione dei disturbi dell'oculomotricità e di esercizi per la mobilità oculare, mirati alla riabilitazione visiva dello strabismo (deviazione di un bulbo oculare), della diplopia e dei restringimenti del campo visivo.

Ossificazioni para-articolari o para-osteo-artropatie (POA) - Calcificazioni a livello delle articolazioni principali che possono provocare blocchi articolari.

Paraparesi - Deficit motorio degli arti inferiori.

Paraplesia - Assenza di movimenti attivi agli arti inferiori

Paresi del nervo sciatico popliteo esterno o SPE - Piede cadente o difficoltà a tirare su il piede dovuto ad un deficit di un nervo periferico.

Parkinsonismo post-traumatico o secondario - Insieme di sintomi caratterizzato da scarsa mimica facciale (ipomimia o amimia), aumento del tono muscolare (rigidità) e rallentamento dei movimenti (bradicinesia o acinesia), dovuto a trauma cranico, simile a quello caratteristico del Morbo di Parkinson, ma non progressivo, anzi spesso transitorio.

Piaghe da decubito - Lesioni della pelle dovute al prolungato allettamento e alla scarsa mobilizzazione, igiene e idratazione.

73

Piede equino varo - Piede deviato e ruotato sul margine laterale dovuto alla spasticità.

PEG - Gastrostomia, sondino che attraversa la parete dello stomaco, per portare l'alimentazione, spesso mediante una pompa, che può essere fornita dal Servizio Nutrizionale della ASL, anche quando si è a casa (assistenza nutrizionale domiciliare o NAD).

PEA - Vedi potenziali evocati

PES - Vedi potenziali evocati

PEV - Vedi potenziali evocati

Polineuropatia - Deficit motori dovuti a sofferenza dei nervi periferici.

Pompa al baclofen - Dispositivo che si applica, con un piccolo intervento neurochirurgico, sottocute a livello dell'addome, che contiene un farmaco antispastico (baclofen), portato direttamente con un tubicino a livello spinale. Si usa per la spasticità diffusa, che non risponde ai farmaci per bocca. Prima di applicarla, in genere si fa un test con un bolo del farmaco presso la Neurochirurgia, per valutare la risposta della spasticità.

Potenziali Evocati - Esame diagnostico che valuta le risposte del Sistema Nervoso Centrale ad uno stimolo sensoriale. In relazione all'organo sensoriale stimolato si possono ottenere: potenziali evocati somato-sensoriali (PES), visivi (PEV) e acustici (PEA o BAERS). Non dannoso nei confronti del paziente.

Pressione intra-cranica (PIC) - Tubicino che dall'interno del cervello va all'esterno per misurare la pressione intra-cranica.

PIC - Sigla per indicare il sondino che misura la pressione intracranica.

PICC - Cateterino che si applica nelle vene periferiche, quando è difficile prendere una vena (si applica in genere in Terapia Intensiva).

Ptosi palpebrale - Abbassamento di una palpebra dovuta a un deficit di un nervo cranico.

Quadrupode o tetrapode - Bastone a quattro punte o quattro piedi.

Respiratore - Apparecchio che permette la respirazione artificiale o ventilazione meccanica.

Riabilitazione neuropsicologica o cognitivo-comportamentale - Riabilitazione di funzioni cognitive come l'orientamento spazio-temporale, l'attenzione, la memoria, l'iniziativa, la consapevolezza e il comportamento.

Rigidità muscolare - Resistenza aumentata alla mobilizzazione degli arti.

Rinforzo positivo o premio - Apprezzamenti positivi quando il paziente si comporta in maniera adeguata, consentendo come ricompensa cose che gli piacciono o gli interessano.

75

Risonanza Magnetica (RM) - Esame che consente di studiare più approfonditamente il cervello, senza essere esposto a raggi (radiazioni); richiede maggiore collaborazione rispetto alla TAC.

RSA - Strutture di lungodegenza, R1 o SUAP = strutture di lungodegenza per i pazienti con disturbi di coscienza cronici.

Sacro - Fondo-schiena

Saturimetria - Misurazione della saturazione di ossigeno nel sangue attraverso un saturimetro, che è un piccolo apparecchio a forma di pinzetta applicato su un dito della mano del paziente, solitamente collegato a un monitor.

Sedile per vasca - Sedile per facilitare il bagno del paziente in vasca.

Servizio Sociale - Assistenti sociali che sostengono la famiglia nelle diverse pratiche di autorizzazione di ausili, di invalidità, ridomiliazione o trasferimento in altre strutture di riabilitazione, lungodegenza o RSA specifiche (R1 o SUAP = Speciali Unità di Accoglienza Permanente).

Setticemia - Malattia infettiva generalizzata dovuta alla persistente presenza nel sangue di batteri (streptococchi, stafilococchi, pneumococchi, meningococchi, klebsiella, ecc.), meno spesso di miceti o funghi, che si manifesta con una sintomatologia imponente e piuttosto caratteristica (febbre alta, stato generale variamente compromesso, talvolta manifestazioni emorragiche), fino allo shock settico (grave abbassamento di pressione).

76

Sindrome apallica - Sinonimo, ormai poco usato, di Stato Vegetativo.

Sindrome di vigilanza non responsiva - Termine recentemente proposto in sostituzione dello Stato Vegetativo.

Sindrome di locked-in - Condizione nella quale il paziente è cosciente e sveglio, ma non può muoversi oppure comunicare verbalmente a causa della completa paralisi di tutti i muscoli volontari del corpo (i 4 arti e la bocca) e comunica in genere attraverso la chiusura delle palpebre e i movimenti dello sguardo, in genere verso l'alto.

Sindrome di Klüver-Bucy - Insieme di sintomi e segni clinici che consistono in una tendenza esagerata all'esplorazione degli oggetti con la bocca (il paziente tende a portarsi frequentemente le mani od oggetti vari alla bocca), ipersessualità (il paziente tende a toccarsi frequentemente i genitali o accenna a una vera e propria masturbazione), spesso

si mostra irrequieto e estremamente distraibile. Può essere un segno favorevole per il recupero, come lo è l'agitazione psicomotoria.

Sindrome del lembo fluttuante - Sindrome dovuta al ritardo della cranioplastica, con il lembo dello scalpo senza osso, che tende a incavarsi o a gonfiarsi.

Sollevatore - Ausilio per sollevare il paziente dal letto alla carrozzina e viceversa.

Sondino nasogastrico - Tubicino che, attraverso il naso e l'esofago, raggiunge lo stomaco e serve per l'alimentazione enterale artificiale.

77

Spasmo - Contrazione improvvisa e involontaria di un muscolo (o un gruppo di muscoli) in genere associata alla spasticità o ad alcuni tipi di crisi epilettiche. Lo spasmo di un vaso sanguigno provoca ischemia.

Spasticità - Aumento del tono muscolare, dovuto a lesione cerebrale o spinale (midollo spinale), con posizioni patologiche degli arti e difficoltà al rilassamento.

SPE - Sciatico popliteo esterno, nervo periferico che fa tirare su la punta del piede.

Stato vegetativo - Condizione in cui il paziente ha gli occhi aperti, ma non è cosciente e consapevole, non risponde ad alcun comando (non responsivo); in genere ha lo sguardo fisso nel vuoto.

Stato di minima coscienza o di minima responsività - Condizione in cui il paziente è minimamente responsivo, ma in maniera incostante e fluttuante (fissa e segue con lo sguardo, sorride o piange, talvolta è agitato o risponde a qualche comando o dice sporadicamente qualche parola).

Stenosi tracheale - Restringimento della trachea causato da intubazione prolungata e/o dalla tracheostomia, può provocare disturbi e difficoltà respiratorie con sibilo e stridore durante il respiro. Può essere trattata con laserterapia o chirurgicamente.

Stimolazione cerebrale profonda - Tecnica sperimentale di applicazione di stimolatori all'interno del cervello, già utilizzata nel morbo di Parkinson e utilizzata a livello sperimentale in alcuni casi con disturbo della coscienza.

Strabismo - Occhio storto verso l'interno (strabismo convergente) o l'esterno (strabismo divergente).

Studio della dinamica liquorale - Esami per la diagnosi di idrocefalo.

Supinazione del piede - Piede storto verso l'esterno dovuto alla spasticità.

TAC - Vedi Tomografia

Tampone rettale - Esame che si esegue con un tampone a livello dell'ano per valutare se c'è necessità di isolamento da contatto, per evitare la diffusione di germi resistenti a molti antibiotici.

Tavolo di statica o Standing - Tavolo che permette la verticalizzazione passiva del paziente.

Tecnico Ortopedico - Tecnico che si occupa della fornitura di ausili per la riabilitazione, come docce, tutori, carrozzine, deambulatore, ecc.

Tenotomia - Intervento chirurgico ortopedico che consiste nell'allungamento dei tendini.

Tetraparesi - Difficoltà a muovere i quattro arti; può essere causata da lesioni al cervello o ai nervi periferici.

Terapia preventiva antiepilettica - Terapia che talvolta viene usata nelle Terapie Intensive o Neurochirurgie per prevenire le crisi epilettiche.

79

Terapia occupazionale - Terapia riabilitativa dedicata al recupero dell'autonomia nelle funzioni della vita quotidiana (spostarsi, lavarsi, vestirsi, utilizzare il bagno, la cucina, ecc.).

Terapia ortottica - Terapia riabilitativa che si occupa di far eseguire al paziente alcuni esercizi di motilità oculare, quando questi è sufficientemente collaborante, oppure di esercizi di bendaggio oculare alternato, oppure settoriale (di alcuni settori dell'occhio), e/o dell'uso di lenti prismatiche.

Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) - Esame diagnostico, effettuato tramite un'apparecchiatura utilizzata per esaminare il cervello usando i raggi x.

Tossina botulinica - Punture locali a livello dei muscoli, che possono ridurre la spasticità e il dolore.

Tracheo-broncoscopia - Esame diagnostico utilizzato per individuare stenosi tracheale o fistole tracheo-esofagee, effettuata mediante un piccolo sondino che viene introdotto attraverso una narice o la bocca o la tracheotomia e fatto progredire nelle vie respiratorie presso Reparti di Chirurgia Toracica o in Terapia Intensiva.

Tracheostomia - Procedura chirurgica che consiste nell'incisione della gola e della trachea, con inserimento di una cannula per il passaggio diretto dell'aria, senza coinvolgimento delle vie aeree superiori (naso e bocca).

80

Trauma cranico aperto - Trauma cranico causato da un colpo diretto al cranio che determina fratture delle ossa del cranio o del rivestimento del cervello (dura madre).

Trauma cranico chiuso - Trauma cranico causato da un colpo diretto al cranio che determina lesioni all'interno del cranio.

Tremore intenzionale - Tremore che si presenta alla fine del movimento, quando ci si avvicina all'obiettivo da raggiungere, dovuto ad un danno cerebellare.

Trocantieri - Anche.

Tromboflebite - Infiammazione e trombosi di una vena di una gamba, che richiede riposo a letto e in cui va evitata la mobilizzazione, per il rischio di embolia polmonare.

Tronco encefalico - Parte profonda del cervello, sotto gli emisferi cerebrali, dove risiede il controllo delle funzioni vitali e della vigilanza.

Tripode - Bastone a 3 piedi.

Turpiloquio - Dire parolacce o fare discorsi osceni.

Tutori - Apparecchi per il corretto posizionamento degli arti, che possono correggere le deformità dovute alla spasticità o facilitare la deambulazione.

Ulcere da decubito - Vedi piaghe da decubito.

Valutazione neuropsicologica - Valutazione in termini qualitativi e quantitativi delle funzioni cognitive (memoria, linguaggio, attenzione, etc.) eseguita dal neuropsicologo mediante test standardizzati.

81

Ventilazione meccanica - Respirazione attraverso un respiratore meccanico e ventilatore.

Verbosità - Parlare eccessivamente (sinonimo di logorrea).

Videofluoroscopia - Esame cinematografico della deglutizione.

Ventricoli cerebrali - Cavità presenti nel cervello, dove scorre liquor cerebrale, che porta nutrimento, insieme al sangue, alle cellule cerebrali.

CENTRI RIABILITATIVI ITALIANI PER PAZIENTI COMATOSI E/O POST-COMATOSI

ABRUZZO

PESCARA

Presidio Ospedaliero Propoli

U.O.C. Riabilitazione e Medicina Fisica

Via Saffi, 118 -

Direttore: Dott. D'Aurizio

Tel. 085/9898441 – 085/9898442 – Fax 085/9898440

Sito web: www.asl.pe.it

Email: riabilitazionefisica.popoli@ausl.pe.it

PESCARA

“Centro Adriatico” - Fondazione Paolo VI ONLUS –

Riabilitazione Neurologica

Lungomare Papa Giovanni XXIII, 55

Direttore sanitario: Dott.ssa Santilli

Tel. 085/60365 – 085/694600 – Fax 085/4518880

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: adriatico@fondazionepaolosesto.org

PESCARA

“Centro Paolo VI” - Fondazione Paolo VI ONLUS –

Riabilitazione Neurologica

Via Pesaro, 9 – 65121

Direttore sanitario: Dott.ssa Di Grottole

Tel e Fax 085/293396

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: paolosesto@fondazionepaolosesto.org

BOLOGNANO (PE)

“Centro Madonna del Monte” - Fondazione Paolo VI ONLUS -

Centro di Riabilitazione ad alta intensità

U.O. Riabilitazione intensiva/estensiva - USAP (Unità Speciali di Accoglienza Prolungata)

Via S. Maria del Monte, 65020

Tel. e Fax 085/8880130

Direttore sanitario: Dott. Di Blasio

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: madonnadelmonte@fondazionepaolosesto.org

CASTIGLIONE A CASARIA (PE)

“Centro San Clemente” - Fondazione Paolo VI ONLUS –

Riabilitazione Neurologica

C.da San Clemente, 23 - 65020

Direttore sanitario: Dott. Baldassarre

Tel e Fax 085/8884262

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: sanclemente@fondazionepaolosesto.org

CITTA' S. ANGELO (PE)

Casa di Cura Privata "Villa Serena"

U.O. Riabilitazione Intensiva e Lungodegenza

V.le L. Petruzzi, 42 – 65013

Tel. 085/95901

Referenti: Dott. Buzzelli e Dott. D'Andrea

Sito web: www.villaserena.it

PENNE (PE)

"Centro San Massimo" - Fondazione Paolo VI ONLUS –

Riabilitazione Neurologica

P.zza Duomo, 7 - 65071

Direttore sanitario: Dott. Di Blasio

Tel. e Fax 085/8279621

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: sanmassimo@fondazionepaolosesto.org

CAMPLI (TE)

Centro di Riabilitazione Sanex srl

**Riabilitazione per il recupero e la rieducazione funzionale ex art
26**

Via Statale, 81 - 64012

Direttore: Dott. Mancinelli

Tel 0861/56261 Fax 0861/569229

Sito web: www.sanexsrl.it

Email: sanexsrl@yahoo.it

SAN NICOLO' A TORDINO (TE)

**NEURORIAB – Centro Ambulatoriale Specialistico Riabilitazione
Neurologica**

Via V. Bindi, 45/A

Referente: Dott. De Patre

Tel. 351/8627049

Sito web: www.neuroriab.org

Email: info@neuroriab.com

**(per pazienti fuori regione alloggio/pernottamento con strutture
convenzionate)**

CHIETI

**“Centro Sant’Agostino” - Fondazione Paolo VI ONLUS –
Riabilitazione Neuromotoria per l’età evolutiva**

Via dei Crociferi, 57 - 66100

Direttore sanitario: Dott. Fratturelli

Tel 0871/331577 - Fax 0871/322021

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: santagostino@fondazionepaolosesto.org

CHIETI

Casa Di Cura “Villa Pini d’Abruzzo”

Via dei Frentani, 228 – 66100

Tel. 0871/3430 - Fax: 0871/360287

Referente: Dott.ssa Lardani

Sito web: www.villapini.it

Email: info@villapini.it

LANCIANO (CH)

Centro di Riabilitazione “Villa Giulia” -

Riabilitazione Neurologica

Via Del Mare, 94 - 66034

Tel. e Fax 0872/717817 – 371/1852853

Sito web: www.villagiulialanciano.it

Email: info@villagiulialanciano.it

RAIANO (AQ)

“Centro San Venanzio” - Fondazione Paolo VI ONLUS –

Riabilitazione Neurologica

V.le Medaglia d’oro di Bartolo, 128 - 67027

Direttore sanitario: Dott. Baldassarre

Tel. e Fax 0864/72225

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

Email: s.venazio@fondazionepaolosesto.org

CALABRIA

CROTONE

Ist. S. Anna

Via Capocolonna - 88900

Tel. 0962/23973 - Fax 0962/23297

Referenti: Dott. Serra (SUAP) - Dott.ssa Lucia Lucca (GCA)

Sito web: www.istitutosantanna.it

Email: info@istitutosantanna.it

(10 pl: 6 pl per SUAP e 4 pl per GCA)

LAURIGNANO

Clinica accreditata “Madonna della Catena”

Recupero e Rieducazione Funzionale

Dipignano - Laurignano (CS)

Via Fra' Benedetto, 33 - 87040

Tel. 0984/445666 - Fax 0984/445498

Referente: Dott. Trombetti Claudio

Email: info@madonnadellacatena.it

(18 pl per GCA)

CAMPANIA

BENEVENTO

Azienda Ospedaliera S. Pio – Presidio “G. Rummo”

U.O.S.D. Medicina Riabilitativa Intensiva (cod. 56)

Via dell'Angelo, 1 – 82100

Tel. 0824/57111 (centralino) 0824/57602 – Fax 0824/312439

Referente: Dott. Di Lorenzo

Sito web: www.aosanpio.it

TELESE TERME (BN)

Fondazione Salvatore Maugeri

Clinica del Lavoro e della Riabilitazione I.R.C.C.S.

Recupero e Rieducazione Funzionale

Via Bagni Vecchi, 1 – 82037

Tel. 0824/909111

Referenti: Dott. Lanzillo

Sito web: www.icsmaugeri.it

88

CASTEL MORRONE (CE)

Casa di Cura “Villa delle Magnolie”

U.O. Riabilitazione Intensiva (cod. 56)

Via Ciumminto, 37 – 81020

Tel. 0823/391111 – 0823/391415 – 0823/391446

Referente: Dott. Maiorino

Sito web: www.villadellemagnolie.it

TORA E PICCILLI (CE)

Villa Giovanna – SUAP Reparto per stati vegetativi e minima coscienza

Via Vicinale Stazione - 81044

Tel. 0823/924558

Referente: Dott.ssa Di Blasio

Sito web: www.villagiovannahospital.it

Email: info@villagiovannahospital.it

SALERNO

Presidio Multinazionale spec. Prov. "G. da Procida"

Via S. Calenda, 162 – 84131

Tel. 089/671111 (Centralino)

Referente: Dott. Mastro

Sito web: www.sangiovannieruggi.it

MARINA DI EBOLI (SA)

Campolongo Hospital

Centro Ebolitano di Medicina Fisica e Riabilitazione

V.le della Marina – 84025

Tel. 0828/348111 (centralino) – Fax 0828/691289

Referente: Dott. Cotugno

Sito web: www.campolongohospital.com

Email: info@campolongohospital.it

NAPOLI

A.O.R.N. Santobono Pausilipon

U.O.C. Neurologia e Neuroriabilitazione

Via T. Ravaschieri – 80122

Tel. 081/2205111

Referente: Dott. Cinalli

Sito web: www.santobonopausilipon.it

NAPOLI

Casa di Cura Clinic Center

Unità Funzionale di Riabilitazione (cod. 56)

V.le M. Bakunin, 171 - 80126

Tel. 081/7283144 – 800194848 (Numero Verde)

Referente: Dott. Arnone

Sito web: www.cliniccenter.eu

Email: info@cliniccenter.it

NAPOLI

Gli Amici di Eleonora ONLUS

Centro Direzionale Isola C2

Tel. 339/4862822

Presidente: Dott.ssa Rocco

Sito web: www.gliamicidieleonora.it

Email: info@gliamicidieleonora.it

SOMMA VESUVIANA (NA)

S. Maria del Pozzo Hospital

Riabilitazione Neurologica Intensiva

Via Pomigliano, 40 – 80049

Tel. 081/5310111 – Fax 081/5310500

Direttore Sanitario: Dott. Mascolo

Sito web: www.cemsmdp.it

**(Riabilitazione estensiva residenziale – lungodegenza cod. 60 –
S.U.A.P. speciale unità di accoglienza permanente)**

SANT'ANGELO DEI LOMBARDI (AV)
Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus
Polo Specialistico Riabilitativo GCA
Via Quadrivio – 83054
Tel. 0827/455800 – Fax 0827/455815
Responsabile: Dott. Colella
Sito web: www.dongnocchi.it/@strutture/polo-specialistico-riabilitativo-sant-angelo-dei-lombardi
Email: info.santangelolombardi@dongnocchi.it

EMILIA–ROMAGNA

BOLOGNA
Casa dei Risvegli Luca De Nigris
Associazione Gli Amici di Luca
U.O. Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione
Via G. Gaist, 6 – 40139
Tel. 051/6225851 Fax 051/6225852
Direttore: Prof. Piperno
Sito web: www.casadeirisvegli.it
Email: info@casadeirisvegli.it

BOLOGNA

S.R.R.F. Policlinico S. Orsola – Malpighi

U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione

Via P. Albertoni, 15 – 40138

Tel. 051/2142286 – Fax 051/6362287

Referente: Dott. Andreoli

Sito web: www.aosp.bo.it

Email: segreteriaabilitazione@aosp.bo.it

BOLOGNA

S.R.R.F. Ospedale Maggiore

Reparto Recupero e Rieducazione Funzionale

L.go B. Nigrisoli, 2 – 40133

Tel. 051/6478111 (centralino) – 051/6478476 – 051/6478822

(informazioni) – Fax 051/6478553

Referente: Dott. Piperno

Sito web: www.ausl.bologna.it

MONTECATONE DI IMOLA (BO)

U.O. GCA – Unità Spinale

Via Montecatone, 37 – 40026

Tel. 0542/632811 – Fax 0542/632805

Referente: Dott.ssa Salucci (Direttore U.O. GCA)

Sito web: www.montecatone.com

Email: info@montecatone.com

BELLARIA IGEA MARINA (RN)

Cooperativa ONLUS Luce sul Mare “Reparto Ridente”

Ad Alta Specializzazione Neuroriabilitativa

Via A. Pinzon, 312/314 – 47814

Tel. 0541/338711 – Fax 0541/338742

Direttore Sanitario: Dott. Boriani

Sito web: www.lucesulmare.it

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (RN)

U.O. Neuroriabilitazione e Riabilitazione Intensiva

c/o Ospedale Civile “A. Franchini”

Via Pedrignone, 3 - 47822

Tel. 0541/620988

Sito web: www.lucesulmare.it

TORRE PEDRERA (RN)

Ospedale privato accreditato “Sol et Salus”

Via S. Salvador, 204 – 47922 Torre Pedrera

Tel. 0541/725111 – Fax 0541/721257

Referente: Dott. Colombari

Sito web: www.soletsalus.it

Email: info@soletsalus.com

MODENA

Ospedale Civile di Baggiovara

S.C. di Medicina Riabilitativa

Via P. Giardini, 1355 – 41126

Tel. 059/3961933 – 059/3962452 – Fax 059/3961096

Referente: Dott. Fabbri

Sito web: www.aou.mo.it

CARPI (MO)

Ospedale Ramazzini

**U.O. Medicina Riabilitativa – Ambulatorio Recupero e
Rieducazione Funzionale**

P.zzale dei Donatori di Sangue, 3 – 41012

Tel. 059/659279

Referente: Dott. Gilioli

Sito web: www.ausl.mo.it

CASTEL SAN GIOVANNI (PC)

U.O. Spinale e Medicina Riabilitativa Intensiva

Ospedale di Castel San Giovanni

V.le II Giugno, 1 29015

Tel. Reparto 0523/880219 – 0523/301111 (centralino)

Referente: Dott. Antenucci

Sito web: www.ausl.pc.it

CONA (FE)

Ospedale San Giorgio – Dipartimento di Riabilitazione

U.O. Unità di Alta Specialità Riabilitativa per GCA

Via A. Moro, 8 – 44124

Tel. 0532/236104 – 0532/238701

Referenti: Dott.ssa Bergonzoni – Dott.ssa Lavezzi

Sito web: www.ospfe.it

Email: riabilitazione@ospfe.it

CORREGGIO (RE)

Ospedale S. Sebastiano

Reparto di Riabilitazione Neurologica Intensiva/Estensiva

Via Circondaria, 29 – 42015

Tel. 0522/630409 – 0522/630553 Fax 0522/339615

Referenti: Dott. Briganti – Dott. Lombardi

Sito web: www.ausl.re.it

FONTANELLATO (PR)

Centro “Cardinal Ferrari”

**Centro di Riabilitazione per GCA – Assistenza stati vegetativi
persistenti e gravissime disabilità**

Via IV Novembre, 21 – 43012

Tel. 0521/820211 – 0521/820261

Direttore sanitario: Dott. De Tanti

Sito web: www.sstefano.it

Email: info@centrocardinalferrari.it

FORLI’

U.D. Medicina Fisica e Riabilitazione

Via C. Forlanini, 34 – 47121

Tel. 0543/731603 – Fax 0543/738610

Referente: Dott.ssa Rossi

Sito web: www.auslromagna.it

FORLIMPOPOLI (FC)

Presidio Ospedaliero Forlì – Ambulatorio Medicina Fisica e Riabilitazione

Via Duca D'Aosta, 33 – 47034

Informazioni Tel. 0543/733222 – Fax 0543/738798

Referente: Dott.ssa Rossi

Sito web: www.auslromagna.it

PARMA

U.O. di Medicina Riabilitativa – Azienda Ospedaliera di Parma

Via Gramsci, 14 – 43126

Centralino Tel 0521/702111 – 0521/703111 – Fax 0521/702617

Referente: Dott. Brianti

Sito web: www.ao.pr.it

RAVENNA

AUSL Ravenna – Ambulatorio di Medicina Riabilitativa

V.le V. Randi, 5 – 48100

Tel. 0544/285484 - Fax 0544/285642

Referente: Dott.ssa Lotta

Sito web: www.auslromagna.it

RAVENNA

Cooperativa Sociale 3° Millennio

Centro riabilitativo San Pietro

Via Faentina, 263 – 48124

Tel. 0544/563742

Referente: Dott. Bandini

Sito web: www.solcoravenna.it

Email: marco.bandini@coop3millennio.it

LUGO (RA)

Ospedale Umberto I – Medicina Riabilitativa

V.le Dante, 10 - 48022

Tel. 0545/214305 (informazioni) – Fax 0545/214200

Referente: Dott.ssa Foschini

sito web: www.auslromagna.it

FRIULI–VENEZIA GIULIA

SAN VITO AL TAGLIAMENTO (PN)

Associazione “La Nostra Famiglia”

Presidio Riabilitativo dell’età evolutiva I.R.C.C.S. Eugenio Medea

Via della Bontà, 7 – 33078

Tel. 0434/842711 – Fax 0434/842797

Referente: Dott. Sala

Sito web: www.lanostrafamiglia.it

Email: sanvito@lanostrafamiglia.it

TRIESTE

Ospedale Maggiore – S.C. Medicina Riabilitativa

Via G. Lorenzo Gatteri, 25/1 - 34125

Tel. 040/3992844 – Fax 040/3992322

Direttore: Dott.ssa Pesavento

Sito web: www.asugi.sanita.fvg.it

Email: valentina.pesavento@asugi.fvg.it oppure riabilitazione-maggiore@asugi.sanita.fvg.it

UDINE

Istituto Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR) “Gervasutta”

Via Gervasutta, 48 – 33100

Tel. 0432/553341 – 0432/55312

Direttore: Dott. Biasutti

Sito web: www.asufc.sanita.fvg.it

LAZIO

CASSINO (FR)

Casa di Cura “San Raffaele”

98

Via G. Di Biasio, 1 – 03043

Tel. 0776/3941 – 0776/394715 Fax 0776/394403

Referente: Dott. Di Sarno

Sito web: www.sanraffaele.it

Email: sr.cassino@sanraffaele.it

ROMA

Nomentana Hospital

L.go N. Berloco, 1 – 00013 Fonte Nuova

Tel. 06/900171

Referenti: Dott. De Ioannon – Dott. Sinapi

Sito web: www.nomentanahospital.it

Email: info@nomentanahospital.it

ROMA

I.R.C.C.S. Fondazione Santa Lucia

Via Ardeatina, 306 – 00179

Tel. 06/515011 – Fax 06/5032097

Referente: Dott.ssa Formisano

Sito web: www.hsantalucia.it

Email: r.formisano@hsantalucia.it

ROMA

Fondazione Policlinico Universitario A.Gemelli IRCCS

(presso palazzina CEMI)

UOC Neuroriabilitazione ad Alta Intensità (Codice 75)

L.go A. Gemelli, 8 – 00168

Direttore UO: Prof. Padua

Tel. 06/30157281

Sito web: www.policlinicogemelli.it

ROMA

Ospedale San Giovanni Battista – Reparto U.di R.

Via L. E. Morselli, 13 – 00148

Tel. 06/655961 – 06/65596265 CUP

Referente Dott.ssa Sergio

Sito web: www.sanita.acismom.it

Email: info@acismom.it

ROMA

Ospedale Bambino Gesù

Il Dipartimento di Riabilitazione dell'Età Evolutiva

Lungomare G. Marconi, 36 Santa Marinella

Tel. 06/68594512 – Fax 06/68594225

Referenti: Dott. Castelli – Dott.ssa Lettori

Sito web: www.ospedalebambinogesu.it

VITERBO

Casa di Cura “Villa Immacolata”

S.da Sammartinese, 65/A – 01100 San Martino al Cimino

Tel. 0761/29251

Referente: Dott.ssa Ballarini

Sito web: www.villaimmacolata.it

100

LIGURIA

GENOVA

Azienda Ospedaliera S. Martino

U.O. Di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale

Largo R. Benzi, 10 – 16132

Tel. 010/3537039

Referente: Dott. Abbruzzese

Sito web: www.ospedalesanmartino.it

Email: giabbr@unige.it

GENOVA

Associazione Rinascita Vita Onlus

Via Porta degli Angeli, 2/4 – 16149

Tel 010/8992962 - Fax 010/8992963

Referente: Dott.ssa Di Girolamo

Sito web: www.rinascitavita.org

Email: info@rinascitavita.org

GENOVA PEGLI

Presidio Riabilitativo Pegliese

Via Pallavicini, 2A - 16155

Tel. e Fax 010/660923

Referente: Dott. Dente

Sito web: www.presidioriabilitativo.it

Email: r.dente61@gmail.com

LA SPEZIA (SP)

**Polo Riabilitativo del Levante Ligure – Fondazione Don Carlo
Gnocchi ONLUS**

Via Fontevivo, 127 - 19125

Tel. 0187/5451 – Fax 0187/541397

Referente: Dott.ssa Iardella

Sito web: www.dongnocchi.it/strutture/polo-riabilitativo-del-levante-ligure

Email: direzione.polotoscana@dongnocchi.it

LOMBARDIA

BERGAMO

Centro Don Orione

Riabilitazione e Stati vegetativi permanenti (SVP)

Via Don Luigi Orione, 6 – 24124

Tel. 035/348111 – 035/348330

Referente: Dott. Ponzoni

Sito web: www.donorione.bg.it

Email: info@donorione.bg.it

BOSISIO PARINI (LC)

I.R.C.C.S. "E. Medea" -

U.O. C. Riabilitazione specialistica - Cerebrolesioni acquisite

Via Don Luigi Monza, 20 – 23842

Tel. 031/877111 – Fax 031/877223

Referente: Dott.ssa Strazzer

Sito web: www.emedeait

BREBBIA (VA)

Fondazione Gaetano Piera Borghi

U.O. Riabilitazione Specialistica Neuromotoria

Via Petrarca, 33 - 21020

Tel. 0332/971333 - Fax 0332/971335

Referente: Dott. Giani

Sito web: www.fondazionegaetanopieraborghi.it

BRESCIA

Az. Spedali Civili – U. O. Recupero e Rieducazione Funzionale

P.le Spedali Civili, 1 – 25123

Tel. 030/3995498

Referente: Dott.ssa Sottini

Sito web: www.asst-spedalicivili.it

Email: riabilitazione.specialistica@asst-spedalicivili.it

BRESCIA

Istituto Clinico Città di Brescia

U. O. Recupero e Rieducazione Funzionale

Via Gualla, 15 – 25128

Tel. 030/37101

Responsabile: Dott. Malvicini

Sito web: www.grupposandonato.it

COSTA MASNAGA (LC)

Centro di Riabilitazione “Villa Beretta”

Div. Med. Riabilitativa Ospedale Valduce

U.O.C. Medicina Riabilitativa

U. O. S. Gravi Cerebrolesioni e Disturbi Cognitivi

Via N. Sauro, 17 – 23845

Tel. 031/324111 – Fax 031/308047

Referente: Dott. Molteni

Sito web: www.valduce.it

Email: netval1@valduce.it

CUASSO AL MONTE (VA)

Ospedale Cuasso al Monte

S. C. Recupero e Rieducazione Funzionale

Via Imborgnana, 7 – 21050

Tel. 0332/278111 (centralino) – 0332/910300

Direttore: Dott. Bertoni

Sito web: www.asst-settelaghi.it

GARBAGNATE MILANESE (MI)

Az. Osp. “G. Salvini” – U.O.C. Riabilitazione Neurologica

V.le Forlanini, 95 – 20024

Tel. 02/994301 (centralino) – 02/994301953

Referente: Dott.ssa Chierici

Sito web: www.asst-rhodense.it

GAZZANICA (BG)

Ospedale “Briolini”

Riabilitazione Specialistica

Via A. Manzoni, 130 – 24025

Tel. 035/3065280

Referente: Dott. Rocco

Sito web: www.bolognini.bg.it

GRAVEDONA (BS)

Ospedale Generale di zona “Moriggia Pelascini” - U.O.

Neuroriabilitazione GCA

Via M. Pelascini, 3 – 22015

Tel. 0344/92111

Referente: Dott. Vidale

Sito web: www.ospedaledigravedona.it

LONATO DEL GARDA (BS)
Ospedale Villa dei Colli
U.O. Riabilitazione Specialistica
Via Arriga Alta, 11 – 25017
Tel. 030/91451
Referente: Dott. Pezzali
Sito web: www.asst-garda.it

MILANO
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
S.C. Medicina riabilitativa e neuroriabilitazione - Unità Spinale
P.zza Ospedale Maggiore, 3 – 20162
Tel. 02/64441 – 02/64442138 – 02/64443945 (Unità spinale)
Referenti: Dott.ssa Beretta e Dott. Spinelli (Unità spinale) Sito
web: www.ospedaleniguarda.it
Email: info@ospedaleniguarda.it oppure [riabilitazione@](mailto:riabilitazione@ospedaleniguarda.it)
ospedaleniguarda.it

MILANO
Fondazione Salvatore Maugeri
Clinica del lavoro e della riabilitazione I.R.C.C.S.
Medicina riabilitativa neuromotoria e UdiR
Via Clefi, 9 – 20146
Tel. 02/43069556
Direttore: Dott. Procaccini
Sito Web: www.icsmaugeri.it

MILANO

CENTRO RICERCA SUL COMA

Istituto Neurologico “Carlo Besta”

Fondazione IRCCS

Via Celoria, 11 – 20133 Milano

Tel. 02/23941– Fax 02/70638217

Direttore Scientifico: Prof.ssa Leonardi

Sito web: www.istituto-besta.it

MONTECANO (PV)

Fondazione Salvatore Maugeri

Clinica del Lavoro e della riabilitazione I.R.C.C.S.

Medicina riabilitativa neuromotoria

Via per Montescano, 35 - 27040

Tel. 0385/2471 (centralino)

Direttore: Dott. Murgia

Sito web: www.icsmaugeri.it

MOZZO (BG)

ASST Papa Giovanni XXIII

U.O.C. Di Riabilitazione Specialistica

Via del Coppo – 24030

Direttore: Dott.ssa Galeri

Tel. 035/267111 Fax 035/2674100

Sito web: www.asst-pg23.it

PAVIA

Fondazione Salvatore Maugeri

Clinica del lavoro e della riabilitazione I.R.C.C.S.

Medicina riabilitativa neuromotoria e UdiR

Via S. Maugeri, 10 - 27100

Tel. 0382/5921

Direttore: Dott.ssa Rosticci

Sito Web: www.icsmaugeri.it

PASSIRANA DI RHO (MI)

Ospedale "Giuseppe Casati"

U.O. Di Recupero e Riabilitazione funzionale

Via Settembrini, 1 - 20017

Tel. 02/994301 – 02/994304450 – Fax 02/994304582

Referente: Dott.ssa Simeoni

Sito web: www.asst-rhodense.it

Email: rrfp@asst-rhodense.it

ROVATO (BS)

Centro "E. Spalenza" - Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS

U.O. riabilitazione GCA

Via C. Golgi, 1 - 25038

Tel. 030/7245555

Direttore: Dott.ssa Masolo

Sito web: www.dongnocchi.it

Email: cup.rovato@dongnocchi.it

SAN FERMO DELLA BATTAGLIA (CO)

Presidio Ospedaliero S. Anna

U.O. Riabilitazione Specialistica Neuromotoria

Via Ravona, 20 – 22042

Tel. 031/5851 – 031/5858492

Referente: Dott.ssa Casarotti

Sito web: www.asst-lariana.it

SEREGNO (MI)

Az. Osp. Di Seregno – U.O.S. Riabilitazione Specialistica

Via Verdi, 2 - 20831

Tel. 0362/385400

Referente: Dott.ssa Premoselli

Sito web: www.asst-brianza.it

SOMMA LOMBARDO (VA)

Ospedale di Somma Lombardo

U.O. Di Recupero e Riabilitazione Funzionale

Via Bellini, 29 - 21019

Tel. 0331/751844 – Fax 0331/751893

Referente: Dott. Tonetti

Sito web: www.asst-valleolona.it

SONDALO (SO)

Presidio Ospedaliero E. Morelli

ASST Della Valtellina e dell'alto Lario

U.O.C. Riabilitazione Specialistica GCA – Neuroriabilitazione e

Unità spinale

Via Zubiani, 33 – 23035

Tel. 0342/808111 (centralino) 0342/808805– Fax 0342/808299

Referente: Dott. Binda

Sito web: www.asst-val.it

SONDRIO

Osp. Civile di Sondrio

ASST Valtellina e Alto Lario

**U.O.C. Riabilitazione specialistica – Recupero e riabilitazione
funzionale**

Via Stelvio, 25 – 23100

Tel. 0342/521111 (centralino) 0342/521957 – Fax 0342/521368

Referente: Dott. Caspani

Sito web:www.asst-val.it

S. PELLEGRINO TERME (BG)

Istituto Clinico Quarenghi srl – Medicina fisica e Riabilitazione

Via S. Carlo, 70 – 24016

Tel. 0345/25111 – Fax 0345/23158

Referente: Dott. Salvi

Sito web: www.clinicaquarenghi.it

Email: info@clinicaquarenghi.it

TRESCORE BALNEARIO (BG)

Ospedale “S. Isidoro” – F.E.R.B. Onlus

Reparto di Riabilitazione Neuromotoria

Via Ospedale, 34 – 24069

Tel. 035/9551 (centralino)

Referente: Dott. Bellini

Sito web: www.ferbonlus.com

Email: ferb-trescore@ferbonlus.com

(riabilitazione neuromotoria e morbo di Parkinson)

VARESE

Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

S.C. recupero e rieducazione funzionale

V.le Borri, 57 – 21100

Tel. 0332/278201

Referente: Dott. Bertoni

Sito web: www.asst-settelaghi.it

VIMERCATE (MI)

Az. Osp. Di Vimercate – U.O.S. riabilitazione specialistica

Via Santi Cosma e Damiano, 10 - 20871

Tel. 039/66541

Referente: Dott.ssa Grossi

Sito web: www.asst-brianza.it

ZINGONIA DI CISERANO (BG)

Habilita Zingonia

U.O. Neuroriabilitazione (GCA – morbo di Parkinson – lesioni midollari)

Via Bologna, 1 – 24040

Tel e Fax. 035/4815511

Referente: Dott. Bartolo

Sito web: www.habilita.it

Email: habilita@habilita.it

MARCHE

ANCONA

A.O. U. Ospedali Riuniti di Ancona

**SOD Clinica di Neuroriabilitazione - riabilitazione specialistica
GCA**

Via Conca, 71 – 60020 Torrette

Tel. 071/5961 – 071/888989 - Fax 071/5965651

Referente: Prof.ssa Ceravolo (071/5964526 - 071/5965302)

Sito web: www.ospedaliriuniti.marche.it

Email: cl.neuroria@univpm.it

ANCONA

Villa Adria - Istituto di riabilitazione S. Stefano

Via Flaminia, 326 - 60125

Tel. 071/218951 - 071/887150

Direttore sanitario: Dott. Morgantini

Sito web: www.sstefano.it

Email: amminadria@sstefano.it

(Riabilitazione GCA e SUAP)

PORTO POTENZA PICENA (MC)

Istituto di riabilitazione S. Stefano

Via Aprutina, 194 – 62018

Tel. 0733/6891 - 0733/689240 – Fax 0733/689296

Direttore sanitario: Dott. Frascarello

Sito web: www.sstefano.it

Email: urp@sstefano.it

(Riabilitazione GCA e SUAP)

MOLISE

ISERNIA

Gea Medica srl - Istituto Europeo di Riabilitazione

Via Acqua Sulfurea, 1 - 86170

Tel. 0865/450273 – 0865/457958 - 0865/457006 - Fax

0865/457005

Direttore sanitario: Dott. Graziano

Sito web: www.geamedica.net

Email: info@ierisernia.it

POZZILLI (IS)

Neuromed I.R.C.C.S.

U. O. C. Neuroriabilitazione

Via Atinense, 18 – 86077

Tel. 0865/9291 (centralino) - 0865/929150 - Fax 0865/925351

Referente: Dott. Iezzi

Sito web: www.neuromed.it

Email: segreteria.neuroriabilitazione@neuromed.it

PIEMONTE

ALESSANDRIA

A. O. SS Antonio e Biagio e C. Arrigo Alessandria

Presidio Ospedaliero Borsalino

S.C. Medicina fisica e riabilitazione - neuroriabilitazione

Unità spinale e Unità GCA

Piazzale Ravazzoni, 3 – 15121

Tel. 0131/207102 – Fax 011/207222

Direttore: Dott. Perrero (email: lperrero@ospedale.al.it)

Sito web: www.ospedale.al.it

Email: info@ospedale.al.it

BOVES (CN)

Fondazione “Orizzonte Speranza” - ONLUS Stella del Mattino

Medicina fisica e riabilitativa

Via Mellana, 7 - 12012

Tel. 0171/381511 - 0171/381500 - 0171/381543

Referente: Dott. Cutellè

Sito web: www.orizzontesperanza.org

Email: info@orizzontesperanza.it

CAMBIASCA (VB)

Eremo di Miazzina S.p.A. – Casa di Cura Privata

Nucleo Stato Vegetativo persistente (S.P.V.)

e di Alta Complessità Neurologica Cronica (N.A.C.)

Via per Miazzina, 16 – 28814

Tel. 0323/553700 (centralino) - 0323/553702 - Fax 0323/571557

Referente: Dott.ssa Falciola

Sito web: www.eremodimiazzina.com

Email: accettazione@eremodimiazzina.com

STAZZANO (AL)

RSA Castello di Stazzano

Gruppo La Villa S.p.A. (nucleo stato vegetativo)

Via Regina Elena, 21 - 15060

Tel. 0143/633068 - Fax 0143/65630

Referente: Dott.ssa Moffa

Sito web: www.lavilla.it

Email: rsa.castellodistazzano@lavillaspa.it

FOSSANO (CN)

Ospedale SS. Trinità di Fossano

Neuroriabilitazione e Unità Stati vegetativi

Via Ospedale, 4 - 12045

Tel. 0172/699111 - Fax 0172/699260

Referente: Dott. Lamberti

Sito web: www.aslcn1.it

Email: centralino.fossano@aslcn1.it

NOVI LIGURE (AL)

Ospedale S. Giacomo

Recupero e Rieducazione funzionale

Via E. Reggio, 12 – 15067

Tel. 0143/332111 - 0382/332491 - Fax 0382/332393

Referente: Dott. Rovere

Sito web: www.aslal.it

Email: urp@aslal.it

TORINO

A.O.U. Città della salute e della scienza

P.sso Osp. CTO

Recupero e riabilitazione funzionale III livello GCA

Unità spinale unipolare (USU)

Via Zuretti, 24 – 10126

Tel. 011/6937811

Referente: Dott. Petrozzino

Sito web: www.cittadellasalute.to.it

TORINO

Ospedale Mauriziano Umberto I

S. C. Recupero e riabilitazione

Via Magellano, 1 – 10128

Tel. 011/5081111 (centralino) - Fax 011/5082209

Referente: Dott. Cane

Sito web: www.mauriziano.it

TORINO

Centro S. Maria ai Colli

Presidio sanitario Ausiliatrice

Fondazione Don Gnocchi ONLUS

V.le S. Severo, 65 -10133

Tel. 011/630320 - 011/6303311 - Fax 011/6604425

Referente: Dott. Cremasco

Sito web: www.dongnocchi.it

Email: presidio.ausiliatrice@dongnocchi.it

VERUNO (NO)

Fondazione S. Maugeri

Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IR.C.C.S.

U. O. Medicina riabilitativa neuromotoria

Via per Revislate, 13 – 28010

Tel. 0322/884711 (centralino)

Direttore: Dott. Avanzi

Sito web: www.icsmaugeri.it

Email: veruno@icsmaugeri.it

PUGLIA

BARI

Università di Bari

A. U. O. Consorziiale Policlinico

U. O. Medicina Fisica e Riabilitazione

P.zza G. Cesare, 11 – 70120

Tel. 080/5592336 - Fax 080/5478580

Referente: Prof. Fiore

Sito web: www.sanita.puglia.it

Email: medicinafisicariabilitazioneuniv@policlinico.ba.it

BRINDISI

Polo scientifico di Brindisi

Associazione “La Nostra Famiglia” - I.R.C.C.S. Eugenio Medea

U. O. C. Neuroriabilitazione

**P.zza A. Di Summa - 72100 P.sso ex complesso ospedaliero
regionale “ A. Di Summa”**

Tel. 0831/349111 (centralino) - Fax 0831/349613

Referente: Dott. Trabacca

Sito web: www.emedeas.it

Email: polo.brindisi@lanostrafamiglia.it

CASSANO MURGE (BA)

Fondazione S. Maugeri

Clinica del Lavoro e della Riabilitazione I.R.C.C.S.

U. O. Medicina riabilitativa neuromotoria

Via per Mercadante, km 2 – 70020

Tel. 080/7814111 (centralino)

Direttore: Dott. Carone

Sito web: www.icsmaugeri.it

Email: cassano@icsmaugeri.it

CEGLIE MESSAPICA (BR)

Presidio Ospedaliero di Riabilitazione ad Alta specialità

Fondazione S. Raffaele

U. O. Neuroriabilitazione GCA - U. O. Terapia sub- intensiva

S.S. Ceglie S. Michele, km 1.200 -72013

Tel. 0831/3701 – Fax 0831/376662

Referente: Dott.ssa Lanzilotti

Sito web: www.fondazioneanraffaele.com

Email: fondazioneanraffaele_ceglie@sanraffaele.it

LECCE

Casa di Cura Villa Verde

U. O. Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva GCA

Via Monteroni, 222 – 73100

Tel. 0832/224111 (centralino) - Fax 0832/224141

Direttore: Prof. Verrienti

Sito web: www.villaverde.lecce.it

Email: info@villaverde.lecce.it

SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza

Medicina fisica e neuroriabilitazione

V.le Cappuccini, 1 - 71013

Tel. 0882/410743 – Fax 0882/410942

Referente: Dott. Intiso Domenico

Sito web: www.operapadrepio.it

SARDEGNA

CAGLIARI

Ospedale San Michele - A. O. Brotzu

S. C. Neuroriabilitazione

P.le Ricchi, 1 - 09121

Tel. 070/539815

Referente: Prof. Monticone

Sito web: www.aobrotzu.it

DOMUSNOVAS (CI)

A.I.A.S. – Associazione Italiana Assistenza Spastici

Centro di Domusnovas

Via Londra, 4 – 09015

Tel. 0781/71180 – 0781/70181

Direttore Sanitario: Dott.ssa Randazzo

Sito web: www.aiascagliari.com

Email: aiasdomu@tiscali.it

ORISTANO

Istituto di Riabilitazione S. Maria Bambina

Via S. Maria Bambina, 11 – 09070 Località Rimedio

Tel. 0783/34421 (centralino) - Fax 0783/3442247

Referente: Dott. Dore

Sito web: www.santamariabambina.it

Email: info@santamariabambina.it

SICILIA

CATANIA

Casa di Cura L' Ulivo - Carmide srl

Polo specialistico neuroriabilitazione

Via Feudo Grande, 13 – 95126

Tel. 095/7529111

Direttore : Prof. Majorana

Sito web: www.carmide.it oppure www.ihy-ihealthy.com

CEFALU' (PA)

Fondazione Istituto Giuseppe Giglio

Unità di Medicina Fisica e Riabilitazione

Unità di Risveglio – Riabilitazione – Lungodegenza)

V.le Giuseppe Giardina

Tel. 0921/920357 – Fax 0921/920253

Referente: Dott. Galardi

Sito web: www.ospedalegiglio.it

Email: riabilitazione@hsrgiglio.it

MESSINA

A. O. U. "Policlinico Gaetano Martino"

U. O. C. Medicina fisica e Riabilitazione

Via Consolare Valeria, 1 – 98124

Tel. 090/2211 (centralino) - 090/2217182

Referente: Prof. Dattola

Sito web: www.polime.it

MESSINA

I.R.C.C.S. Centro Neurolesi “Bonino Pulejo”

NeuroRiabilitazione intensiva GCA e SUAP

SS 113 Via Palermo - Contrada Casazza – 98124

Tel. 090/60128100 - Fax 090/60128854

Referente: Prof. Bramanti

Sito web: www.irccsme.it

Email: placido.bramanti@irccsme.it

MISTRETTA (ME)

P. O. “SS. Salvatore” - Fondazione S. Maugeri

Clinica del lavoro e della riabilitazione I.R.C.C.S.

U. O. Neuroriabilitazione Intensiva

Via A. Salomone, 95 – 98073

Tel. 0921/389111 (centralino)

Direttore: Dott. De Cicco

Sito web: www.icsmaugeri.it

SCIACCA (AG)

U.O. Neuroriabilitazione Intensiva/Risvegli

ICS Maugeri c/o P.O. Giovanni Paolo II

V.le Pompei sn 92019

Tel/Fax 0925/962359

Referente: Dott. De Cicco

Sito web: www.icsmaugeri.it

TROINA (EN)

I.R.C.C.S. Associazione "Oasi Maria S.S." Onlus Via Conte

Ruggero, 73 - 94018

Tel. 0935/936111 – Fax 0935/653327

Referente: Dott. Ferri

Sito web: www.oasi.en.it

Email: info@oasi.en.it

TOSCANA

AREZZO

Dipartimento della Riabilitazione - U.O. Neuroriabilitazione GCA

Via del Saracino, 64 – 52100

Tel. 334/3178202 - 338/6256805 – Fax 0575/254520

Referente: Dott.ssa Lenzi

Sito web: www.associazionitraumi.it

Email: elenzi@usl8.toscana.it

AREZZO

Centro A-Rìa Agazzi Riabilitazione

**Istituto Privato di Riabilitazione Madre della Divina Provvidenza
dei Passionisti**

Strada Comunale di Agazzi, 47 – 52100

Tel. 0575/591511 (centralino)

Referente: Dott.ssa Testa

Sito web: www.istitutoagazzi.it

Email: atesta@istitutoagazzi.it

FIRENZE

IRCCS Don Carlo Gnocchi– Riabilitazione Gravi Cerebrolesioni

Acquisite-GCA

Via di Scandicci, 269 -50143 Firenze

Tel. 055 7393729– Fax 055 7393025

Direttore: Dott. Carlotti

Sito web: www.dongnocchi.it

Email: direzione.polotoscana@dongnocchi.it

GROSSETO

Ospedale della Misericordia – U.O. Neurologia

Via Senese, 161 – 58100

Tel. 0564/485111 (centralino)

Referente: Dott. Marconi

Sito web: www.uslsudest.toscana.it

LIDO DI CAMAIORE (LU)

**Ospedale della Versilia – U. O. C. Recupero e rieducazione
Funzionale**

Unità GCA - cod 75 e Riabilitazione intensiva ospedaliera - cod 56

Via Aurelia Nord, 335 - 55049

Tel. 0584/6051 (centralino)

Referente: Dott. Posteraro

Sito web: www.uslnordovest.toscana.it

MARINA DI MASSA (MS)

Centro “S. Maria alla Pineta”

Fondazione Don Gnocchi ONLUS

Via Don Carlo Gnocchi, 24 - 54100

Tel. 0585/8631 (centralino) – Fax 0585/245036

Referente: Dott. Carlotti
Sito web: www.dongnocchi.it
Email: info.massa@dongnocchi.it

MONTEVARCHI (AR)

Centro Riabilitazione Terranuova Bracciolini S.p.A.
C/o Presidio Ospedaliero S. Maria alla Gruccia
P.zza del Volontariato, 2 - 52025
Tel. 055/9106214 – Fax 055/9106219
Direttore sanitario: Dott. Mancuso
Sito web: www.centroriabilitazioneterranuova.it
Email: info@crtspa.it

124

PISA

Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana
Dipartimento delle Specialità Mediche
SD Gravi Cerebrolesioni Acquisite
Ospedale Cisanello – Edificio 5B
Via Paradisa, 2
Tel.050/995581
Referente: Prof.ssa Carboncini
Sito web: www.ao-pisa.toscana.it

VOLTERRA (PI)

Riabilitazione Auxilium Vitae Volterra S.p.A.
Centro Clinico di Riabilitazione Multispecialistico
UGCA - unità gravi cerebrolesioni acquisite
Borgo San Lazzaro, 5 – 56048
Tel. 0588/070269 – 0588/0702221 - Fax 0588/070270

Referente: Dott.ssa Voci
Sito web: www.auxiliumvitae.it
Email: info@riabilitazione-volterra.it

TRENTINO – ALTO ADIGE

BOLZANO

Ospedale di Bolzano
Azienda Sanitaria Alto Adige
Reparto neuroriabilitazione e riabilitazione post-acuzie
Via Lorenz Bohler, 5 -
Tel. 0471/907428 Fax 0471/907241
Referente: Dott. Zelger
Sito web: www.asdaa.it
Email: riab-reparto.bz@sabes.it

BRUNICO / VIPITENO (BZ)

Ospedale di Brunico
Azienda Sanitaria Alto Adige
Reparto di riabilitazione
Via Ospedale, 11 – 39031
Tel. 0474/581111 (centralino) - 0474/581300 – Fax 0474/581301
Referente: Dott.ssa Wachtler
Sito web: www.asdaa.it
Email: riabilitazione-brunico@as-brunico.it

UMBRIA

CASCIA (PG)

Ospedale S. Rita – S.S.D. Riabilitazione Intensiva

Via Giovanni XXIII – 06043

Tel. 0743/75061 (centralino)

Referente: Dott. Capitò

Sito web: www.uslumbria2.it

FOLIGNO (PG)

**Centro residenziale Santo Stefano (Stati vegetativi e RSA centro
accreditato)**

¹²⁶ **Via Ospedale, 6 – 06034**

Tel. 0742/453200

Direttore sanitario: Dott. Vallasciani

Sito web: www.sstefano.it

Email: info.foligno@sstefano.it

PASSIGNANO SUL TRASIMENO (PG)

Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva – C.O.R.I.

Via della Pieve, 4 – 06065

Tel. 075/8298771 – 075/8298775 – Fax 075/8298739

Referente: Dott. Massucci

Sito web: www.uslumbria1.gov.it

Email: riabilitazione.cori@uslumbria1.it

TREVI (PG)

Presidio Ospedaliero Trevi

S.C. Riabilitazione Intensiva Neuromotoria – S.C.R.I.N.

P.zza Garibaldi, 5 – 06039

Tel. 0742/3391 (centralino) – 0742/339813 - Fax 0742/339816

Referenti: Dott. Baratta

Sito web: www.uslumbria2.it

VENETO

CAMPOSAMPIERO (PD)

**Azienda Ulss 6 Veneto – U.O. Recupero e Riabilitazione
Funzionale**

Via P. Cosma, 1 – 35012

Tel. 049/9324460 – Fax 0499/324468

Referenti: Dott. Mazzon

Sito web: www.ulss15.pd.it

CITTADELLA (PD)

**Azienda Ulss 6 Veneto – U.O Recupero e Riabilitazione Funzionale
Via Casa di Ricovero, 40 - 35013**

Tel. 049/9424604 – Fax 049/9424923

Referente: Dott. Mazzon

Sito web: www.ulss15.pd.it

CONEGLIANO VENETO (TV)

**“La Nostra Famiglia” Presidio Riabilitativo I.R.C.C.S. Eugenio
Medea**

Unità per le gravi disabilità in età evolutiva (UGDE)

Via Costa Alta, 37 – 31015

Tel. 0438/4141 – Fax 0438/410101

Referente: Dott. Martinuzzi
Sito web: www.emedeia.it
Email: polo.veneto@lanostrafamiglia.it

NEGRAR (VR)
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria – I.R.C.C.S.
Via Don A. Sempreboni, 5 – 37024
Tel. 045/6013111 (centralino) – 045/7500480
Referente: Dott. Avesani
Sito web: www.sacrocuore.it

PADOVA

128

**Ospedale S. Antonio – U.O. Recupero e Riabilitazione Funzionale -
Lungodegenza**
Via Facciolati, 71 - 35127
Tel. 049/8216511 (centralino)
Referente: Dott. Giovannini
Sito web: www.ulss16.padova.it
(10 pl per U.O. recupero e riabilitazione funzionale)

PIEVE DI SOLIGO (TV)
“La Nostra Famiglia” Presidio Riabilitativo dell’età evolutiva
I.R.C.C.S. Eugenio Medea
Via Monte Grappa, 96 – 31053
Tel. 0438/9062 – Fax 0438/980444
Referente: Dott. Verticillo
Sito web: www.lanostrafamiglia.it
Email: pieve@ps.lnf.it

TREVISO

Osp. Civile Ca' Foncello – S.C. Medicina fisica e Riabilitativa

P.zza Ospedale, 1 – 31100

Tel. 0432/322111 – Fax 0432/322807

Referente: Dott. Bargellesi

Sito web: www.aulss2.veneto.it

VERONA

AULSS9 – Presidio Ospedaliero di Marzana – UOC di

Lungodegenza

Piazzale Lambranzi, 1 – 37142 Marzana (VE)

Tel. 045/8075111 (centralino)

Referenti: Dott.ssa Azzini (Primario) – Dott. Crimi (Primario della Riabilitazione)

Sito web: www.aulss9.veneto.it

VENEZIA

IRCCS San Camillo di Venezia

Via Alberoni, 70 – 30126 Venezia-Lido

Tel. 041/2207111 – Fax 041/2207147

Referente: Dott.ssa Cosentino

Sito web: www.ospedalesancamillo.net

VICENZA

U.L.S.S. 8 Vicenza – U.O.C. Recupero e Riabilitazione funzionale (RRF)

V.le Rodolfi, 37 – 36100

Tel. 0444/753603 – Fax 0444/753604

Referente: Dott. Bertagnoni

Sito web: www.aulss8.veneto.it

CENTRO RICERCA SUL COMA

CRC Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Carlo Besta

Via Celoria, 11 – 10133 Milano

Tel. 02/2394 – 02/2521 – 02/2709 Fax 02/70638217

Direttore Scientifico: Prof.ssa Leonardi

Coordinatore Ricerche scientifiche: Dott. Sattin

Sito web: www.istituto-besta.it

Email: davide.sattin@istituto-besta.it

Coordinatore Ricerche scientifiche: Dott. Davide Sattin

Sito web: www.istituto-besta.it

Email: davide.sattin@istituto-besta.it

Per ulteriori informazioni consultare, all'interno del sito del Ministero della Salute, il progetto INCARICO "presa in carico delle persone con disordini della coscienza", dove è possibile trovare una rappresentazione dettagliata dei luoghi di cura nella fase acuta, post-acuta e cronica del percorso di presa in carico, il numero di posti letto disponibili, le prassi e i servizi offerti in 11 Regioni italiane.

ASSISTENZA DOMICILIARE E AMBULATORIALE

CALABRIA

LAMEZIA TERME (CZ)

Comunità Progetto Sud

Via Conforti, 61 – 88046

Tel. 0968/462482 – 0968/23297 – 0968/461997

Fax 0968/26910 – 0968/462520

REGGIO CALABRIA

Associazione “Piccola Opera Papa Giovanni”

Via Vallone Mariannazzo snc – 89124

Tel. 0965/890768 – 0965/890135 - Fax 0965/890769

131

CAMPANIA

EBOLI (SA)

Coop. I.S.E.S.

P.zza del Pendino, 1 – 84025

Tel. 0828/366144

EBOLI (SA)

Centro Medico Nuovo Elaion

C.da Tavoliello – 84025

Tel. 0828/651073 – 0828/651001 – Fax 0828/651366

NOCERA INFERIORE (NA)

Villa dei Fiori

Poggio San Pantaleone – 84014

Tel. 081/5157711 – Fax 081/5155418

ARIANO IRPINO (AV)

Centro Minerva

Medicina Riabilitativa

C.da Serra – 83031

Tel. 0825/891437 – Fax 0825/891989

132

FRIULI–VENEZIA GIULIA

TOLMEZZO (UD)

Comunità di Rinascita

Via Bonanni, 15 – 33028

Tel. 0433/40461 – Fax 0433/44861

LAZIO

CERVETERI (RM)

Pianeta Riabilitazione s.r.l.

Via Settevene Palo, 70 - 00052

Tel. 06/99552672 – Fax 06/99552673

FROSINONE

Arca Società Coop. Sociale

Assistenza domiciliare e trasporto

Via C. D'Aguanno, 11/13 – 03030 Piedimonte S. G.

Tel. 0776/403679

Referente: Nardoiani

Sito web: www.arcassistenza.it

FORMELLO (RM)

A.I.R.R.I. – Centro di Riabilitazione e Fisioterapia

Via Marchicelli, 22 – 00060

Tel. 06/90146076 – 06/90400130

OSTIA LIDO (RM)

A.N.F.F.A.S. Di Ostia – ONLUS

Via del Sommergebile, snc – 00121

Tel. 06/5696796 - Fax 06/5693771

ROMA

Centro Adelphi – Fondazione Roboris (ASL RME)

P.zza S. Maria della Pietà, 5 – 00135

Tel. 06/68357324 – 06/68357325

Sito web: www.associazionerisveglio.it

ROMA

IRCCS Fondazione Santa Lucia

Day Hospital U.O.B. Post-coma

Via Ardeatina, 306 – 00179

Tel. 06/515011 – Fax 06/5032097

Referenti: Dott. Vinicola e Dott.ssa Formisano

Sito web: www.hsantalucia.it

Email: r.formisano@hsantalucia.it

ROMA

IRCCS Fondazione Santa Lucia

Assistenza Ambulatoriale Ex art. 26

Via Ardeatina, 306 – 00179

Tel. 06/51501422 – 06/51501424

Referente: Dott.ssa Morelli

ROMA

A.I.R.R.I.

Via Accinni, 20 – 00195

Tel. 06/39741144 – Fax 06/39741137

Sito web: www.airri.it

ROMA

Associazione A.L.M.

Viale A. Ballarin, 108 – 00142

Sedi: Centro di riabilitazione “Papa Giovanni XXIII” – V.le A.

Ballarin, 108 (zona Eur Laurentina) Tel. 06/5037419

**Centro di riabilitazione “Carlo Lodi” - Via S. della Marcigliana, 59
(località Settebagni)**

Tel. 06/8889961

Sito web: www.associazionealm.it

ROMA

A.N.F.F.A.S. ONLUS

Via Vitellia, 31B – 00152

Tel. 06/635263 – Fax 06/634785

Sito web: www.anffasroma.it

ROMA

Centro Casa Giocosa

Via Picco dei tre Signori, 14 – 00141

Tel. 82001004 – Fax 86898612

Sito web: www.casagiocosa.it

ROMA

C.O.E.S. ONLUS

Via della Nocetta, 162 – 00164

Tel. 06/6631051 - Fax 06/6637268

Sito web: www.coesonlus.it

ROMA

Coop. Vojta

Via S. Pincherle, 186 – 00146

Tel. 06/5413733 – Fax 06/92913259

Sito web: www.centrovojta.com

ROMA

Centro di riabilitazione I.M.P.P.I.T.

Via delle Isole, 29 – 00198

Tel. 06/85305438 – Fax 06/8555526

Sito web: www.scuolariabilitazioneroma.com

136

ROMA

Centro di riabilitazione I.M.P.P. “La Nostra scuola” srl

Via Acerenza, 35 – 00178

Tel. 06/7188822 – 06/7188115 – 06/7185000 Fax 06/7184450

Sito web: www.impp.it

ROMA

Ist. Ortofonologia

Via Salaria, 30 – 00198

Tel. 06/8542038 – Fax 06/8413258

Sito web: www.ortofonologia.it

ROMA

Associazione Scuola Viva ONLUS

Via Crespina, 35 – 00146

Tel. 06/55269696 - Fax 06/5500915

Sito web: www.scuolaviva.it

ROMA

TANGRAM – Coop. Soc. “Idea Prisma 82” s.r.l.

Via Ida Baccini, 80 – 00137

Tel. 06/87201072 – 06/87235371 - Fax 06/87201033

Sito web: www.ideaprisma.it

ROMA

TE.RI. srl

Via Renato Simoni, 29/31 – 00157

Tel. 06/4396461 Fax 06/43531699

Sito web: www.centroteri.com

ROMA

Villa Fulvia

Via Appia Nuova, 901 – 00178

Tel. 06/710501

Sito web: www.villafulvia.it

ROMA

Cooperativa Sociale Magliana Solidale

Via D. Lupatelli, 68 – 00149

Tel. 06/55263904 – Fax 06/64693026

Sito web: www.maglianasolidale.it

PUGLIA

SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

Fondazione Centri di Riabilitazione Padre Pio Onlus/Frati Minori

Cappuccini

Riabilitazione extra-ospedaliera – Riabilitazione Robotica

Viale Cappuccini, 77 – 71013

Tel. 0882/451195 (centralino)

Referenti: Dott.ssa Russo

Sito web: www.fondazionecentripadrepio.it

Email: info@centripadrepio.it

RSA REGIONE LAZIO

Le RSA sono cliniche convenzionate con la Regione che offrono ai non autosufficienti un'assistenza medica, infermieristica e/o riabilitativa per le loro patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste. L'interessato deve presentare la richiesta di ricovero in RSA al servizio CAD della Asl del proprio distretto. A seguito della domanda, la Commissione del CAD effettuerà una visita per stabilire se esistono i requisiti per dare l'idoneità al ricovero in RSA. Ottenuta l'idoneità ed indicato il livello di mantenimento (mantenimento basso, intermedio, elevato o estensivo), l'interessato dovrà mettersi in contatto con l'ufficio ricovero della RSA.

ASL RM 1 (accorpora le EX ASL RM/A e ASL RM/E)

POLICLINICO ITALIA Srl (R1)

P.zza del Campidano, 6 - 00162

Tel. 06/440051

SANTA CHIARA

Via dello Scalo di Settebagni, 77 - 00138

Tel. 06/8856953

CASA DI CURA ANCELLE FRANCESCAE DEL BUON PASTORE

Via di Vallelunga, 8 - 00166

Tel. 06/61521965

N.S. DEL SACRO CUORE

Via Cardinal Pacca, 16 - 00165

Tel. 06/355291

CASA DI CURA VILLA VERDE (R1)

Via di Torrevecchia, 250 - 00168

Tel. 06/3012892

VILLA CHIARA

Via di Torrevecchia, 578 - 00168

Tel.06/6146441

140

ASL RM 2 (accorpora le EX ASL RM/B e ASL RM/C)

CASA IRIDE (Casa famiglia per persone in stato vegetativo)

Via di Torre Spaccata, 157

Tel. 06/23267115

VILLA LUCIA

Via dei Pioppi, 6 – 00172

Tel. 06/2310728

MADONNA DEL DIVINO AMORE

Via Casilina, 1835/F - 00132

Tel. 06/2072038

SAN MICHELE ARCANGELO SpA

Via dei Sestili, 18 - 00174

Tel. 06/76902864

VILLA TUSCOLANA Srl

C.ne Tuscolana, 16 - 00174

Tel. 06/7152031

ISTITUTO ROMANO DI SAN MICHELE

P.le A. Tosti, 4 - 00147

Tel. 06/51858253

ASL RM 3 (EX ASL RM/D)

VILLA MERRY HOUSE (R1)

Via Beduschi, 28 - 00126 Acilia

Tel. 06/52355376 - 06/52360378

VILLA GIULIA

Via delle Vigne, 92 - 00148

Tel. 06/6536893

CASA DI CURA CORVIALE

Via del Candiano, 70 - 00148

Tel. 06/6556275

VILLA MARIA IMMACOLATA

Via del Casaletto, 39 - 00151

Tel. 06/5373403

PARCO DELLE ROSE

Via di Villa Troili, 9

Tel.06/66418146

ASL RM 4 (EX ASL RM/F)

CASA DI CURA MADONNA DEL ROSARIO Srl

Via Buonarroti, 81 – 00053 Civitavecchia

Tel. 0776/25221

QUINTA STELLA

Via Gramsci, 1 – 00059 Tolfa

Tel. 0766/93911

ISTITUTO S. VOLTO

142

Via C. Battisti, 7 - 00058 S. Marinella

Tel.0766/537192

S. MARINELLA

Via Aurelia, 183 – S. Marinella

Tel. 0766/510587

ASL RM 5 (EX ASL RM/G)

ITALIAN HOSPITAL GROUP (R1)

Via Tiburtina, 188 – 00012 Guidonia

Tel.0774/3

ASL RM 6 (EX ASL RM/H)

VILLA DELLE QUERCE

**Via delle Vigne, 19 – 00040 Nemi
Tel.06/936581**

ISTITUTO SAN GIOVANNI DI DIO

**Via Fatebenefratelli, 3 – 00045 Genzano
Tel.06/937381**

VILLA GAIA

**Via A. Gramsci, 65 – 00048 Nettuno
Tel. 06/9880740**

VILLA NINA

**Via Nettunese Vecchia, 110 – 00047 Frattocchie di Marino
Tel. 06/93546035 - 06/93548206**

“LA TERESIANA”

**P.le S. Teresa, 6 – 00042 Anzio
Tel.06/9848069**

VILLA DEI PINI

**Via Casal Brocco, 47 – 00042 Anzio
Tel. 06/867714**

ASL FROSINONE

CASA DI CURA S. ANTONIO

Via Marittima, 1 – 03100 Frosinone

Tel.0775/250154

CASA DI CURA S. RAFFAELE (R1)

Via G. di Biasio, 1 – 03043 Cassino

Tel. 0776/3941

CITTA' BIANCA /GRUPPO INI (R1)

Via Foiano, 4 – 03029 Veroli

Tel. 0775/338000

ASL VITERBO

VILLA IMMACOLATA (R1)

Strada Sammarinese 65 A - S.M. al Cimino

Tel. 0761/29251

ASL RIETI

SANTA RUFINA

Via Salaria, km 91.800 - 02015 Cittaducale

Tel. 0746/696174

ASL LATINA

VILLA CARLA

V.le Italia, 1 - 04011 Aprilia

Tel. 06/9286351

RSA Sestu

Via Costa, 66

Tel: 070/261282

STRUTTURE DI SUPPORTO PER POST-COMATOSI

ROMA

Centro per l'Autonomia

Via G. Cerbara, 20 – 00147

Tel. 06/5122666 – Fax 06/5130517

Sito web: www.centroperlautonomia.it

Email: srp@centroperlautonomia.it

ROMA

SARA-t: Ausilioteca per Riabilitazione Assistita con Tecnologia

Fondazione Santa Lucia IRCCS

Via Ardeatina 306, 00179 Roma

T +39 06 5150 11 F +39 06 5032 097

BERGAMO

Istituto clinico Quarenghi srl - San Pellegrino Terme

Via San Carlo, 70 – 24016

Tel. 0345/25111 - Fax 0345/23158

Sito web: www.clinicaquarengi.it

Email: ino@clinicaquarengi.it

FERRARA

Città del Ragazzo

Centro Formazione Professionale

V.le Don Giovanni Calabria, 13 - 44124

Tel. 0532/741515 – Fax 0532/747921

Sito web: www.cittadelragazzo.it

GENOVA

Associazione Rinascita Vita Onlus

**Centro di Riabilitazione Ambulatoriale – Centro Semiresidenziale
Diurno**

P.zza della Vittoria – 16121

Tel. e Fax 010/582413

Referente: Dott.ssa Butini

Sito web: www.rinascitavita.org

GENOVA

Villa Maddalena – Casa Famiglia Dopo di Noi

Associazione Rinascita e Vita ONLUS

Via dell'Argine, 8 – 16012 Busalla

Tel. 010/9640399

Sito web: www.rinascitavita.org

ROMA

Casa Dago “Struttura per il Reinserimento Sociale e la Reintegrazione Familiare Assisita del paziente post-comatoso”

Sede legale/sede operativa: Via della Fotografia, 90 – 00142
Roma

Tel. 06/45405221 Fax 06/45405250

Direttore Scientifico: Dott.ssa Rita Formisano

Responsabile: Sig.ra Villa M. Elena Anna (Tel. 06/45405226)

Sito web: www.arco92.org

Email: info@arco92.org

Pec: arco92@pec.it

AUSILI PER LA RIABILITAZIONE

ITOP OFFICINE ORTOPEDICHE

Via Prenestina Nuova, 163 – 00036 Palestrina (Roma)

Tel. 06/9531191 – Fax 06/9535721

Sito web: www.itop.it

Email: info@itop.it

CENTRO AUSILI

Servizio di consulenza ed informazioni

Sito web: www.centriausili.it

Email: ausilioteca.org

AUSILI AUTO

ROMA

GUIDO SIMPLEX – Centro modi fiche auto per portatori di handicap

Via del Podere S. Giusto, 29

Tel. 06/6152801

ROMA

AUTONOMY 2000 Srl

Autoscuola per disabili

Via Silvio Pellico, 50 - 00195

Tel. 06/3725253

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO



Associazioni Riunite per Il Trauma Cranico
e le Gravi Cerebrolesioni Acquisite



150

A.R.Co. 92

Sede di Roma

www.arco92.org

sede di Messina

www.irccsneurolisi.it

Associazione Rinascita e Vita

www.rinascitavita.it

Associazione Genesis

info@clinicaquarenghi.it

Amici di Luca

www.amicidiluca.it

Associazione socio-culturale

“LA BARCA”

Il sostegno-onlus

Federazione nazionale associazioni
traumi cranici

www.associazionitraumi.it

Associazione Insieme per Cristina
Via Marco Emilio Lepido, 196

40132 Bologna

Tel. 051/6418800

Fax 051/6418806

Presidente: Dott. Poggi Gianluigi

Sito web: www.insiemepercristina.it

Email: insiemepercristina@gmail.com

Gli Amici di Eleonora ONLUS

Via Cervantes, 64

Tel. 800123973

Referente: Dott. Napolitano

Sito web: www.gliamicidieleonora.it

Email: info@gliamicidieleonora.it

CONSULENZA RISARCIMENTO DANNI

GIESSE Risarcimento Danni

Via Volusia n. 56, Roma

Per una consulenza gratuita: Paolo Ciceroni

Tel. 06/69309652 - 335/6581183

Sito web: www.giesse.info

Questa ristampa è stata gentilmente offerta da

GIESSE *Risarcimento Danni*

XIII ristampa – Prima edizione 1993

Sede legale/sede operativa

CASA DAGO Via della Fotografia, 90 - 00142 Roma Tel. 06/45405221 Fax 06/45405250



A.R.Co.92 Onlus

Registro Regionale delle Org. di Volontariato - Sezione Servizi Sociali e Sanità
iscr. n.142 dell'11 maggio 1996 - C.F. 97084650585

sede legale / sede operativa

CASA DAGO: Via della Fotografia, 90 - 00142 Roma Tel. 06/45405221 Fax 06/45405250

MESSINA: c/o Centro Studi Neurolesi
Via Principale Palermo, Contrada Casazza - 98124
Tel. 090/3656727 Fax 090/3656750