
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

INTRODUZIONE	PAG. 5
CHE COSA E' IL TRAUMA CRANICO? CHE COSA E' IL COMA? IN RIANIMAZIONE	PAG. 7
LE ALTRE CAUSE DI COMA OLTRE AL TRAUMA CRANICO	PAG. 8
COS'E' IL RISVEGLIO	PAG. 19
COSA FARE E COSA NON FARE IN RIANIMAZIONE	PAG. 21
LA DIMISSIONE DALLA RIANIMAZIONE	PAG. 23
IL CENTRO DI RIABILITAZIONE	PAG. 25
LO SVEZZAMENTO DAL SONDINO NASO-GASTRICO	PAG. 29
RITORNO A CASA	PAG. 37
	PAG. 48

3

GLOSSARIO	PAG. 55
-----------	---------

ASSOCIAZIONE A.R.CO92 ONLUS	PAG. 79
-----------------------------	---------

INDIRIZZI

CENTRI RIABILITATIVI PER PAZIENTI COMATOSI E/O POST-COMATOSI	PAG. 81
ASSISTENZA DOMICILIARE E AMBULATORIALE	PAG. 118
LUNGODEGENZE E RSA REGIONE LAZIO	PAG. 124
STRUTTURE DI SUPPORTO PER POST-COMATOSI	PAG. 131
AUSILI PER LA RIABILITAZIONE	PAG. 133
AUSILI AUTO	PAG. 133
ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO	PAG. 134



INTRODUZIONE

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

1) Perché in Rianimazione 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 Rianimazione, 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, 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, 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.".

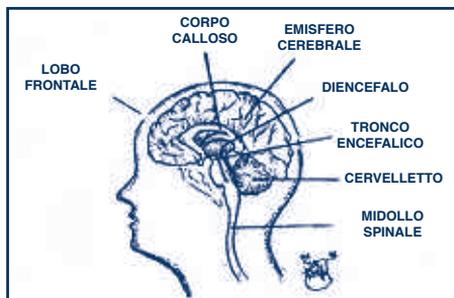
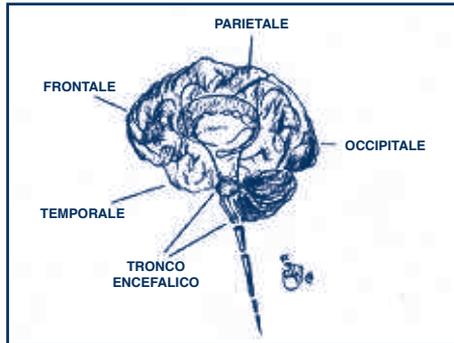
4) Perché i giornali danno spesso la notizia sensazionale che il paziente “si è risvegliato dopo mesi di coma...” e così via, come se il risveglio fosse sempre la fine del problema, non sapendo invece che il lungo cammino della riabilitazione comincia spesso allora e che la famiglia si sente sola nel 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.

9

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.

10

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.

12

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**) o a stimoli sensitivi, come piccoli impulsi elettrici applicati in diverse parti del corpo (**potenziali evocati sensitivi** o **somatosensoriali**), 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, del-

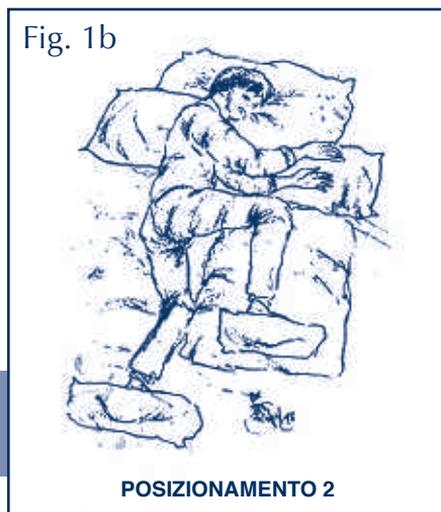
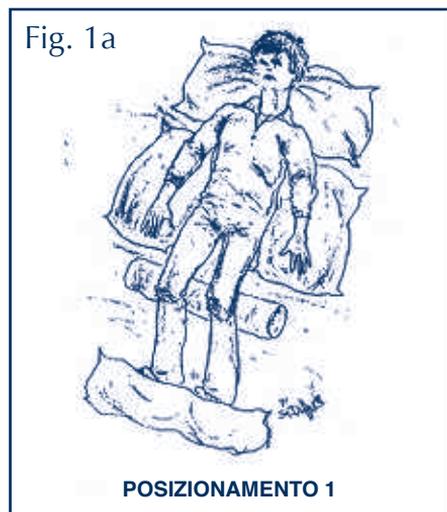
la pressione e della sudorazione), **crisi epilettiche** (movimenti ripetitivi o irrigidimento di una parte o di tutto il corpo) o infine **crisi ipertoniche** (aumento improvviso del tono muscolare, in genere ai quattro arti). Tutti questi eventi dipendono dal fatto che anche la regolazione della temperatura 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 **broncolavaggio** 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 riguarda 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**.

16

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. Quando l'agitazione è molto forte, il paziente può strapparsi i tubi a cui è collegato, gli elettrodi o il catetere; se questi comporta-

Fig. 2a



**DECEREBRAZIONE:
IPERTENSIONE INTRAROTAZIONE**

Fig. 2b



**DECORTICAZIONE:
FLESSIONE INTRAROTAZIONE**

menti 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 ri-

animazione sulla possibilità di contattare fisioterapisti anche esterni. Una mobilizzazione 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 paraosteoartropatie - 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.

18 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). 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), uso del defibrillatore per arterie cardiache gravi, possono essere fondamentali già sul luogo dell'incidente o comunque in fase acuta.

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), perchè 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, 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), di considerare un rientro a casa (che rappresenta uno stimolo emozionalmente significativo al recupero del paziente).

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 mag-



Fig. 4

gior 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: alimen-

tazione, igiene personale, vestizione, comunicazione verbale, ecc. 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 vengano 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.

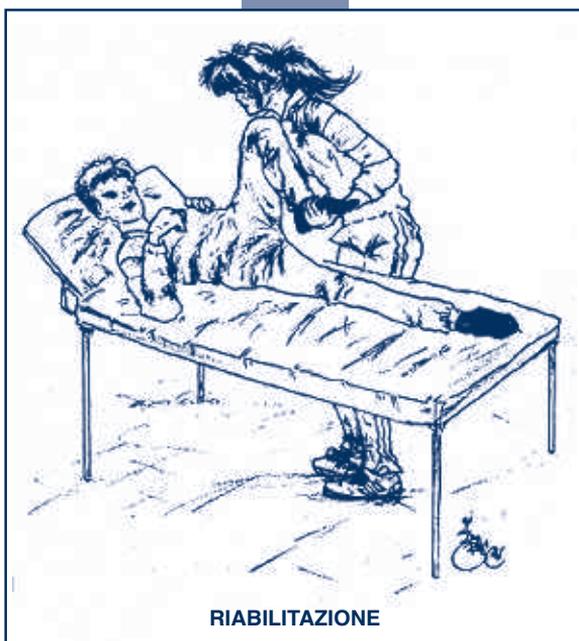
IL CENTRO DI RIABILITAZIONE

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 allegiamo 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 terapeuta foniatrico, 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 perchè 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,

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**), stimolate 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.).

34

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



Fig. 7

IL PAZIENTE VÀ STIMOLATO ALL'AUTONOMIA

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 foniatrico** 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**, 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 foniatrico**). 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 è inespressivo, 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 **emianattenzione**, 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 omominima**. 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 par-

lare 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**). Per questo disturbo, oltre alla **ginnastica respiratoria**, anche voi potete far

Fig. 9



BOLLE DI SAPONE COME GINNASTICA RESPIRATORIA

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 e dell'equilibrio. In caso di spasticità la piscina può invece essere controindicata.

Fig. 10



IL PAZIENTE PUÒ PRESENTARE
AGITAZIONE PSICOMOTORIA AL RISVEGLIO

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 continuasse 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 oggetti 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 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.

46

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.

47

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 in collaborazione con la ASL RMC e con i finanziamenti della Regione Lazio, gestisce "Casa Dago", una struttura composta da mini-appartamenti, che grazie a personale specializza-

to (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 in base alla finanziaria 2007, 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 2007 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.

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.

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.

55

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 nutrimenti 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.

56

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.

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

Bradicinesia - 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.

57

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

Candida - 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.

58

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.

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").

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

Crisi ipertoniche - Crisi di aumento del tono muscolare.

60

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.

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.

62

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.

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.

63

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).

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.

64

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.

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.

65

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.

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.

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.

66

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 - Carenza 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.

67

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

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.

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

Logorrea - Tendenza a parlare eccessivamente.

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).

68

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.

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.

Monoparesi - Paresi di un solo arto.

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

NAD - Nutrizione artificiale domiciliare.

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

69

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.

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.

PIC - Oltre alla sigla per indicare il sondino che misura la pressione intracranica, è anche un cateterino che si applica nelle vene periferiche, quando è difficile prendere una vena (si applica in genere in Terapia Intensiva).

70

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).

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.

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

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

71

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.

Risonanza Magnetica (RM) - Esame che consente di studiare più ap-

profonditamente 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.

72

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).

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.

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.

74

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.

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.

75

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.

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.

76

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).

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.

Trocanteri - 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.

77

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 forse 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.

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.



Associazione per la Riabilitazione del Comatoso

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.

79

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 sempre più efficaci ma, progressivamente, è andato aumentando il numero delle persone, soprattutto giovani, che necessitano di una lunga ed attenta riabilitazione. Nel dicembre del 1999 l'associazione insieme all' I.R.C.C.S. Fondazione 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 la-

vorativa 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 e mostre d'arte ecc.

Per verificare il recupero delle capacità di guida, sono previste prove pratiche, svolte in collaborazione con ALECA e con il centro per l'autonomia, su apposito circuito protetto con utilizzo di una vettura a doppi comandi e istruttore di guida. Inoltre uno psicologo e un neuropsicologo esperti si occupano del sostegno psicologico dei pazienti e dei familiari che quotidianamente frequentano la struttura.

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

ABRUZZO

BOLOGNANO (PE)

Fondazione Paolo VI - "Centro Madonna del Monte"

Via Santa Maria del Monte, 65020

Tel. 085/8880130 - Fax 085/8880130

Referente: Dott. Gennaro Mauro

Sito web: www.fondazionepaolosesto.org

(50 pl per GCA ma in realtà ne ospitano 35)

(SUAP in attivazione)

CHIETI

Villa Pini

Via dei Frentani, 228 - 66100

Tel. 0871/3430167 - Fax: 0871/331515

Referente: Dott.ssa Lardani

Sito web: www.villapini.it

CITTÀ S. ANGELO (PE)

Casa di Cura Privata "Villa Serena"

Viale L. Petruzzi, 42 - 65013

Tel. 085/95901 - Fax 085/9590206

Referenti: Dott. Buzzelli e Dott. D'Andrea

Sito web: www.villaserena.it

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

82

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 "G. Rummo"

Via dell'Angelo, 1 - 82100

Tel. 0824/57111 - Fax 0824/312439

Referente: Dott. Fileppa

Sito web: www.ao-rummo.it

CASTEL MORRONE (CE)

Casa di Cura "Villa delle Magnolie" - RE.RI.F.SRL

Via Ciummiento - 81020

Tel. 0823/391111 - Fax 0823/391390

Referente: Dott. Gianluigi Di Staso

Sito web: www.villadellemagnolie.it

Email: info@villadellemagnolie.it

(Codice 56: attività di riabilitazione intensiva)

MARINA DI EBOLI (SA)

Campolongo Hospital

Centro Ebolitano di Medicina Fisica e Riabilitazione

Via della Marina 8/12 loc. Campolongo - 84025

Tel. 0828/348111 - Fax 0828/691289

Direttore Sanitario: Dott. Pepe

Sito web: www.campolongohospital.it

Email: info@campolongohospital.it

NAPOLI

Casa di Cura Clinic Center S.p.A.

Unità Funzionale di Riabilitazione

Viale Maria Bakunin, 171 - Parco S. Paolo - 80126

Tel. 081/7283144 - Fax 081/7155271

Numero Verde 800194848

Referente: Dott. De Blasio

Sito web: www.cliniccenter.net

Email: info@cliniccenter.it

NAPOLI

Gli Amici di Eleonora ONLUS

Via Cervantes, 64

Tel. 800123973

Referente: Dott. Napolitano

Sito web: www.gliamicidieleonora.it

Email: info@gliamicidieleonora.it

SALERNO

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

Via Salvatore Calenda, 162 - 84100

Tel. 089/6711 (Centralino) - 089/674206

Referente: Dott. Roberto Mastro

84

SANT'ANGELO DEI LOMBARDI (AV)

Ospedale Civile "G. Criscuoli"

Polo Specialistico Riabilitativo

Via Quadrivio - 83054

Tel. 0827/455800 - Fax 0827/455815

Direttore: Dott.ssa Simonetta Mosca

Sito web: www.dongnocchi.it/i-centri/polo-specialistico-riabilitativo-sant-angelo-dei-lombardi

Email: info.santangelolombardi@dongnocchi.it

(15 pl per GCA)

SOMMA VESUVIANA (NA)

Casa di Cura S. Maria del Pozzo

Via Pomigliano, 40 - 80049

Tel. 081/5310111 - 5310001 - Fax 081/5317803

Referente: Prof. Orlando

Sito web: www.cemsmdp.it

Email: info@cemsmdp.it

(170 posti letto: 100 pl accolgono pazienti con patologie di Alta Specialità Neuroriabilitazione di cui 20 di tali posti letto monitorizzati sono destinati a Zona Risveglio per pazienti in stato vegetativo; 70 pl sono destinati a Riabilitazione Intensiva Polispécialistica)

TELESE TERME (BN)

Fondazione Salvatore Maugeri

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

Recupero e Rieducazione Funzionale

Loc. Bagni Vecchi, 1 - 82037

Tel. 0824/909111 - Fax 0824/909614

Referenti: Dott. Lanzillo - Dott.ssa Anna Estraneo

Sito web: www.fsm.it

(65 posti letto: 30 pl per GCA; 15 pl per SUAP; 20 pl per riabilitazione neuromotoria intensiva)

EMILIA ROMAGNA

BOLOGNA

Casa dei Risvegli Luca De Nigris

Via Gaist, 6 - 40139

Tel. 051/6225858

Referente: Dott. R. Piperno

Sito web: www.casadeirisvegli.it

(Codice 76: 10 unità abitative)

BOLOGNA

S.R.R.F. Policlinico S. Orsola - Malpighi

Divisione di Medicina Fisica e Riabilitazione

Via Albertoni, 15 - 40138

Tel. 051/6363111 - Fax 6363468

Direttore Sanitario: Dott.ssa Taricco

Sito web: www.aosp.bo.it

BOLOGNA

S.R.R.F. Ospedale Maggiore

Reparto Recupero e Rieducazione Funzionale

L.go Nigrisoli, 2 - 40133

Tel. 051/6478474 - Fax 051/6478727

Referente: Dott. R. Piperno

Sito web: www.ausl.bologna.it

(16 pl: 8 pl per GCA e 8 pl per SUAP)

86

BELLARIA IGEA MARINA (RN)

**Cooperativa ONLUS Luce sul Mare "Reparto Ridente"
ad alta Specializzazione Neuroriabilitativa**

Viale Pinzon, 312/314 - 47813

Tel. 0541/330138 - Fax 0541/338742

Direttore Sanitario: Dott. Buriani

Sito web: www.lucesulmare.it

Email: info@lucesulmare.it - amministrazione@lucesulmare.it

CARPI (MO)

Ospedale Civile di Carpi

Medicina Riabilitativa

Via Molinari, 1 - 41012

Tel. 059/659279 - Fax 059/659201

Referente: Dott. Luciano Mazzoleni

CORREGGIO (RE)

Ospedale di Correggio - Reparto di Riabilitazione Intensiva

Via Mandriolo Superiore, 11 - 42015

Tel. 0522/630394 - 0522/630111 - Fax 0522/630332

Referenti: Dott. Brianti - Dott. Lombardi

Sito web: www.ausl.re.it

FERRARA

U.O. Unità di Alta Specialità per la Riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni Ospedale San Giorgio - Dipartimento di Riabilitazione

Via della Fiera

Segreteria Tel. 0532/238701/2 - Fax 0532/238703

Referente: Dott.ssa Lavezzi

Direttore: Dott. Basaglia

Sito web: www.ospfe.it

Email: riabilitazione@ospfe.it

(40 pl per GCA e SUAP in regime di ricovero ordinario + 5 pl in regime di day hospital)

FONTANELLATO (PR)

Centro di Riabilitazione per Gravi Cerebrolesioni "Cardinal Ferrari"

Via IV Novembre, 21 - 43012

Tel. 0521/820211 - Fax 0521/820200

Direttore sanitario: Dott. De Tanti

Sito web: www.centrocardinalferrari.it

Email: info@centrocardinalferrari.it

(91 pl di cui 12 pl per GCA in regime ordinario o day hospital e 12 pl per pazienti con gravissima disabilità acquisita "GRADA")

FORLIMPOPOLI (FC)

Presidio Ospedaliero Forlimpopoli - 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.ausl.fo.it

Email: riabilitazioneforli@libero.it

FORMIGINE (MO)

Residenza Formigine

Via Giardini Sud, 23 - 41043

Tel. 059/552235 - Fax 059/5773294

Sito web: www.lacasadiriposo.it

Email: rsaformigine@seniorservice.it

LUGO (RA)

Ospedale di Lugo

Viale Dante Alighieri, 10 - 48022

Tel. 0545/214305 (informazioni) - 0545/214111 (centralino) - Fax 0545/214200

Referente: Dott.ssa Zoffoli

sito web: www.ausl.ra.it

email: lu.presidio@ausl.ra.it

(12 pl per GCA)

MODENA

Nuovo Ospedale Civile S.Agostino-Estense
U.O. di Medicina Riabilitativa
Via Giardini, 1355 - 41100
Tel. 059/3961933 - 059/3962452

Referente: Dott. Cavassa

MONTECATONE DI IMOLA (BO)

Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.

Via Montecatone, 37 - 40026
Tel. 0542/632811 - Fax 0542/632805

Referente: Dott. Bonavita

Sito web: www.montecatone.com
Email: info@montecatone.com
(8 pl in regime di day hospital per GCA)

PARMA

U.O. Di Medicina Riabilitativa Az. 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 - U.O. Medicina Riabilitativa

Via Randi, 5 - 48018
Tel. 0544/285484 - 0544/285485 Fax 0544/285642

Referente: Dott. Gatta (Tel. 0544/286022)

Sito web: www.ausl.ra.it

RIMINI

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

(11 pl per GCA)

SAN PIETRO IN CAMPIANO (RA)

Opera di S. Teresa del Bambino Gesù

Centro di accoglienza San Pietro

Via Petrosa, 176 - 48010

Tel. 0544/563742 - Fax 0544/571098

Referente: Dott.ssa Baldrati

Sito web: www.operasantateresa.it

Email: centrosanpietro@operasantateresa.it

(18 pl per GCA)

90

FRIULI

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: lanostrafamiglia@sv.nnf.it

TRIESTE

Ospedale Maggiore - Struttura Complessa Medicina Riabilitativa

P.zza dell'Ospitale, 1 - 34100

Tel. 040/3992844 - Fax 040/3992322

Referente: Dott.ssa Pesavento

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

Email: valentina.pesavento@aots.sanita.fvg.it

UDINE

Ospedale S. Maria della Misericordia

P.le S. Maria della Misericordia, 15 - 33100

Tel. 0432/552720 - 0432/552560 Fax 0432/552719

Referente: Dott. Eleopra

Sito web: www.ospedaleudine.it

UDINE

Istituto Medicina Fisica e Riabilitazione (IMFR) "Gervasutta"

Via Gervasutta, 48 - 33100

Tel. 0432/55312

Referenti: Dott. Giorgini - Dott. Zampa

Sito web: www.aas4.sanita.fvg.it

Email: dg@aas4.sanita.fvg.it

LAZIO

CASSINO (FR)

Casa di Cura "San Raffaele"

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

Largo Nicola Berloco, 1- 00010 Fonte Nuova (RM)

Tel. 06/900171

Referente: Dott. Fortini

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

92

ROMA

Ospedale San Giovanni Battista - Reparto U.di R.

Via Luigi Ercole Morselli, 13 - 00148

Tel. 06/655961 - 06/65596265 (CUP)

Referente Dott.ssa Sergio

Sito web: www.ordinedimalta.org

Email: info@acismom.it

(20 pl per GCA)

ROMA

Ospedale Bambino Gesù

Il Dipartimento di Riabilitazione dell'Età Evolutiva

Via Aurelia Km. 30,200 - 00050 Passoscuro

Tel. 06/68593406 - Fax 06/68593377

Referente: Dott. Castelli

Sito web: www.ospedalebambinogesu.it

Email: info@opbg.net

ROMA

Ospedale Specializzato Regionale “L. Spolverini”

Via delle Cerquette, 2 - 00040 Ariccia (RM)

Tel. 06/93273441

Referente: Prof. Martini

Sito web: www.aslromah.it

Email: ospedale.ariccia@aslromah.it

VITERBO

Casa di Cura “Villa Immacolata”

Strada Sammartinese, 65/A - 01100 San Martino al Cimino

Tel. 0761/29251 - Fax 0761/292544

Referente: Dott.ssa Ballarini

Sito web: www.villaimmacolata.eu

Email: ballavilla@libero.it

(10 pl per GCA)

93

LIGURIA

GENOVA

Azienda Ospedaliera S. Martino U.O. Di Rieducazione Funzionale

Largo R. Benzi, 10 - 16132

Tel. 010/3537039

Referente: Dott. Abbruzzese

Sito web: www.ospedalesanmartino.it

Email: giabbr@unige.it

(30 pl di cui 4 per GCA)

GENOVA

Associazione Rinascita Vita Onlus

Via della Libertà 4/9 - 16121

Tel 010/8992962 Fax 010/8992963

Referente: Dott.ssa Di Girolamo

Sito web: www.rinascitavita.org

Email: info@rinascitavita.org

GENOVA PEGLI

Villa Elena

Presidio Riabilitativo Pegliese

Via Pallavicini, 2A - 16155 Genova Pegli

Tel. 010/660923 - Fax 010/660923

Referente: Dott. Dente

Sito web: www.presidioriabilitativo.it

Email: r.dente61@gmail.com

SARZANA (SP)

Polo Riabilitativo del Levante Ligure - Ospedale San Bartolomeo

Via Cisa loc. Santa Caterina - 19038

Tel. 0187/604844 - Fax 0187/604846

Coordinatore Amministrativo: Ilaria Siboni

Sito web: www.dongnocchi.it

Email: direzione.sarzana@dongnocchi.it

LOMBARDIA

BERGAMO

Centro Don Orione

Via Don Luigi Orione, 6 - 24124

Tel. 035/348111 - Fax 035/348333

Referente: Dott. Guizzetti

Sito web: www.donorione.bg.it

Email: gbuguizzetti@tiscalinet.it

BOSISIO PARINI (LC)

I.R.C.C.S. "E. Medea" - U.O. Neuroriabilitazione dell'Età Evolutiva

Via Don Luigi Monza, 20 - 23842

Tel. 031/877111 - Fax 031/877499

Referente: Dott.ssa Strazzer

Sito web: www.emedeait

Email: medea@bp.inf.it

BREBBIA (VA)

Fondazione Gaetano e Piera Borghi

Riabilitazione Neurologica Specialistica

Via Petrarca, 33 - 21020

Tel. 0332/971448 - 0332/971333

Referente: Sig.ra Letizia Ragno (Caposala reparto riabilitazione)

Sito web: www.fondazionegaetanopieraborghi.it

Email: info@fondazionegaetanopieraborghi.it

BRESCIA

Az. Spedali Civili - Recupero e Rieducazione Funzionale

P.le Spedali Civili, 1 - 25123

Tel. 030/3995497- 030/3995495 Fax 030/3996099

Referente: Dott.ssa Sottini

Sito web: www.spedalicivili.brescia.it

Email: riabilitazione.specialistica@spedalicivili.brescia.it

BRESCIA

Istituto Clinico Città di Brescia Unità Operative:

Recupero e Rieducazione Funzionale

Via Gualla, 15 - 25100

Tel. 030/3710350 - Fax 030/390285

Responsabile: Dott. Malvicini

Sito web: www.cittadibrescia-gsd.it

Email: andrea.malvicini@grupposandonato.it

COSTA MASNAGA (LC)

Centro di Riabilitazione "Villa Beretta"

Div. Med. Riabilitativa Ospedale Valduce

U.O.C. Medicina Riabilitativa

Unità Operativa Semplice Gravi Cerebrolesioni e Disturbi Cognitivi

Via N. Sauro, 17 - 23845

Tel. 031/8544211 - Fax 031/8544347

Referente: Dott. Lanfranchi

Sito web: www.valduce.it

Email: costa.repa@valduce.it

(26 pl per GCA)

CUASSO AL MONTE (VA)

U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale

Ospedale Cuasso al Monte

Via Imborgnana, 7 - 21050

Tel. 0332/910111 - Fax 0332/310291

Referente: Dott. Bertoni

Sito web: www.ospedalivarese.net

Email: urp@ospedale.varese.it

(13 pl per GCA)

GARBAGNATE MILANESE (MI)

Az. Osp. "G. Salvini" - U.O. Riabilitazione Neurologica

Viale Forlanini, 95 - 20024

Tel. 02/994302511 - 02/994302584 Fax 02/994302419

Referente: Dott.ssa Chierici

Sito web: www.aogarbagnate.lombardia.it

Email: urp@aogarbagnate.lombardia.it

GAZZANICA (BG)

Ospedale "Briolini" - Az.Osp. "Bolognini" di Seriate

Riabilitazione Neuromotoria

Via A. Manzoni, 130 - 24025

Tel. 035/3065280

Referente: Dott. Bellini

Sito web: www.bolognini.bg.it

GRAVEDONA (BS)

Ospedale di zona "Moriggia Pelascini" - U.O. Neuroriabilitazione

Via Pelascini, 3 - 22015

Tel. 0344/92111 - 0344/92401 Fax 0344/85896

Referente: Prof. Frazzitta

Sito web: www.ospedaledigravedona.it

Email: ref.med.neuroriabilitazione@ospedaledigravedona.it

(17 pl per GCA)

LONATO DEL GARDA (BS)

Ospedale Villa dei Colli

Via Arriga Alta, 11 - 25017

Tel. 030/913941

Referente: Dott. Pezzali

Sito web: www.lonatodelgarda.it

LONGONE AL SEGRINO (CO)

Presidio Ospedaliero 2 - S. Anna di Como

Via Beldosso, 1 - 22030

Tel. 031/6330111/328 - Fax 031/639395

Referente: Dott. Tallarita

MILANO

Ospedale Niguarda Ca' Grande - Unità Spinale

P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162

02/64442562 - Fax 02/64442894

Referente: Dott. Cossu

Sito web: www.ospedaleniguarda.it

Email: urp@ospedaleniguarda.it

MILANO

Fondazione Maugeri-Pavia

Unità di Risveglio e di Neuroriabilitazione

Tel. 0382/5921-0382/592637

Referente: Dott.ssa Pistarini

Sito web: www.fsm.it

Email: caterina.pistarini@fsm.it

(21 pl U.O. Risveglio, 27 pl U.O. Neuroriabilitazione)

MONTESCANO (PV)

Fondazione Clinica del Lavoro S. Maugeri - U.O. Neurolesi II

Via per Montescano, 35 - 27040

Tel. 0385/247342 - Fax 0385/247281

Referente: Dott.ssa Guarnaschelli

Sito web: www.fsm.it

Email: caterina.guarnaschelli@fsm.it

(32 pl per GCA)

PASSIRANA DI RHO (MI)

Ospedale "Giuseppe Casati"

Az. Osp. "G. Salvini" Garbagnate Milanese

U.O. Di Recupero e Rieducazione Neuromotoria

Via Settembrini, 1 - 20017

Tel. 02/994301

Referente: Dott.ssa Simeoni

Sito web: www.aogarbagnate.lombardia.it

Email: riabil@tiscalinet.it

ROVATO (BS)

Centro "E. Spalenza- Fondazione Don Carlo Gnocchi"

L.go Paolo VI - 25038

Tel. 030/72451 - Fax 030/7245350

Referente: Dott. Carlo Sinori

Sito web: www.dongnocchi.it/i-centri/centro-spalenza-don-gnocchi

Email: info.rovato@dongnocchi.it

(15 pl per GCA)

SEREGNO (MI)

Az. Osp. Di Desio e Vimercate - U.O. Riabilitazione Neurologica

Via Santi Cosma e Damiano, 10 - 20871

Tel. 0362/385560

Referente: Dott.ssa Biella

Sito web: www.aodesiovimercate.it

(22 pl per GCA e 4 pl per SUAP)

SOMMA LOMBARDO (VA)

Ospedale Bellini

Az. Osp. S. Antonio Abate di Gallarate

Dipartimento di Riabilitazione - Reparto Riabilitazione Post-Acuti

Via Bellini, 29 - 21019

Tel. 0331/751111 - Fax 0331/751810

Referente: Dott. Cornaro

Sito web: www.ospedaledigallarate.it

SONDALO (SO)

**S.C.(Struttura Complessa) Neuroriabilitazione Specialistica
Unità Gravi Cerebrolesioni Acquisite**

Presidio Ospedaliero E. Morelli

Az. Osp. Della Valtellina e della Valchiavenna

Via Zubiani, 33 - 23039

Tel. 0342/808305 - Fax 0342/808739

Referente: Dott. Brambilla

Sito web: www.aovv.it

Email: massimo.brambilla@aovv.it

SONDRIO

Osp. Civile - U.O. Riabilitazione Degenza Riabilitativa

Az. Osp. Della Valtellina e della Valchiavenna

Via Stelvio, 25 - 23100

Tel. 0342/521111 - 0342/521250 Fax 0342/521012

Referente: Dott. Pasini

Sito web:www.aovv.it

S. PELLEGRINO TERME (BG)

Casa di Cura Quarenghi - Medicina fisica e Riabilitazione

Via S. Carlo, 70 - 24016

Tel. 0345/251111 - Fax 0345/23158

Referente: Dott. Salvi

Sito web: www.clinicaquarenghi.it

Email: info@clinicaquarenghi.it

TRESCORE BALNEARIO (BG)

Ospedale "S. Isidoro"

**Az. Osp. Bolognini Seriate - Reparto di Riabilitazione
Neuromotoria**

Via Ospedale, 34 - 24069

Tel. 035/3068111

Referente: Dott. Bellini

Sito web: www.bolognini.bg.it

VARESE

S.R.R.F. Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi

V.le Borri, 57 - 21100

102

Tel. 0332/278111 - Fax 0332/261440

Referente: Dott.ssa Spada

Sito web: www.ospedalivarese.net

MARCHE

ANCONA

**A.O. Ospedali Riuniti di Ancona - U.O. Clinica di
Neuroriabilitazione**

Via Conca, 71 - 60020

Tel. 071/5964526 - Fax 071/5965651

Referente: Prof.ssa Ceravolo

Sito web: www.ospedaliriuniti.marche.it

Email: MariaGabriella.Ceravolo@ospedaliriuniti.marche.it

PORTO POTENZA PICENA (MC)

Ist. S. Stefano - Unità di Risveglio

Via Aprutina, 194 - 62018

Tel. 0733/689240 - Fax 0733/689296

Referente: Dott. Serafini

Sito web: www.sstefano.it

Email: simona.lombardi@kosgroup.com

MOLISE

ISERNIA

Gea Medica Istituto Europeo di Riabilitazione

Via Acqua Sulfurea, 1

Tel. 0865/450273 - Fax 0865/457005

Referente: Dott. Rossi

Sito web: www.geamedica.net

POZZILLI (IS)

Neuroriabilitazione Neuromed

Via Atinense, 18 - 86077

Tel. 0865/929150 - Fax 0865/929165

Referente: Dott.ssa Maria Marinero

Sito web: www.neuromed.it

Email: segreteria.neuroriabilitazione@neuromed.it

PIEMONTE

ALESSANDRIA

A.S.O.SS Antonio, Biagio e C. Arrigo di Alessandria

Presidio Ospedaliero Borsalino

S.C. Per Gravi Cerebrolesioni Acquisite

Piazzale Ravazzoni, 4 - 15121

Tel. 0131/207120 - Fax 011/207122

Referente: Dott. Petrozzino

Sito web: www.ospedale.al.it

Email: repartoborsalinorrsterzolivello@ospedale.al.it

BOVES (CN)

104

Fondazione "Orizzonte Speranza" - ONLUS Stella del Mattino

Riabilitazione Funzionale II livello

Via Mellana, 7

Tel. 0171/381511

Referente: Dott. Cutellè

Sito web: www.orizzontesperanza.it

CAMBIASCA (VB)

Eremo di Miazzina - Casa di Cura Privata

**Nucleo Stoto Vegetativo e di Alta Complessità Neurologica Cronica
(N.A.C.)**

Via per Miazzina, 16 - 28814

Tel. 0323/553700 - Fax 0323/571557

Referente: Dott.ssa Falcioia

Sito web: www.eremodimiazina.com

Email: accettazione@eremodimiazina.com

(10 pl per stati vegetativi e altri 10 pl per GCA)

FOSSANO (CN)

Ospedale SS. Trinità di Fossano

Via Ospedali, 4

Tel. 0172/699296

Referente: Dott. Lamberti

Sito web: www.aslcn1.it

Email: neuro_riabilitazione.fossano@aslcn1.it

NOVI LIGURE (AL)

ASL 22 Novi Ligure

Via E. Reggio, 12 - 10567

Tel. 0144/77380 - Fax 0382/33301 - Numero Verde 800234960

Referente: Dott.ssa Mannoni

Sito web: www.asl.al.it

(4 pl per GCA)

105

TORINO

Osp. Maria Regina Adelaide - U.O.A. Recupero e Rieducazione Funzionale

U.O.S. "Gravi Cerebrolesioni"

Via Lungo Dora Firenze, 87 - 10153

Tel. 011/6937351

Referente: Dott. Bellomo

TORINO

Divisione RRF - Osp. Maurizio Umberto I

Unità di Riabilitazione per Gravi Cerebrolesioni

Via Magellano, 1 - 10128

Tel. 011/5080324 - 011/50821 Fax 011/5080293

Referente: Dott. Melossi

Sito web: www.mauriziano.it

TORINO

Presidio "Ausiliatrice Don Gnocchi" (3 liv)

Via Peyron, 42 - 10143

Tel. 011/6303311

Referente: Dott. Rossini

Sito web: www.dongnocchi.it

Email: presidio.ausiliatrice@dongnocchi.it

VERUNO (NO)

Fondazione Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione

Unità di Terapia Sub-intensiva Traumi Cranici (3 liv)

Via per Revislate, 13 - 28010

Tel. 0322/884711 - 0322/884723 - 0322/884778

Referente: Dott. Pisano

Sito web: www.fsm.it

PUGLIA

BARI

Università di Bari

Ospedale Consorziale Policlinico Medicina Fisica e Riabilitazione

Piazzale G. Cesare, 11 - 70124

Tel. 080/5591111 - 080/5592336 Fax 080/5478580

Referente: Prof. Megna

CASSANO MURGE (BA)

Fondazione "S. Maugeri" I.R.C.C.S. Clinica del Lavoro e della Riabilitazione

Divisione di Neurologia

Via per Mercadante, km 2 - 70020

Tel. 080/78141111 - Fax 080/7814310

Referente: Dott. Nardulli (Tel. 080/7814290)

Sito web: www.fsm.it

CEGLIE MESSAPICA (BR)

Presidio Ospedaliero di Riabilitazione

**Az. Ospedaliera di Summa Servizio Riabilitazione Neuromotoria
"Fondazione S. Paolini"**

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

Tel. 0831/37701 - Fax 0831/376662

Referente: Dott.ssa Lanzillotti

Sito web: www.fondazioneanraffaele.com

Email: fondazioneanraffaele_ceglie@sanraffaele.it

(60 pl per GCA)

LECCE

Casa di Cura Villa Verde

Reparto di Neuroriabilitazione e Terapia Intensiva

Via Monteroni, 222 - 73100

Tel. 0832/351920 - 0832/228043 Fax 0832/351920

Referente: Dott. Vinci

Sito web: www.villaverde.lecce.it

OSTUNI (BR)

“La Nostra Famiglia” - Presidio Riabilitativo dell’età evolutiva

I.R.C.C.S. Eugenio Medea

Via dei Colli, 5/7 - 72017

Tel. 0831/349111 - 0831/560850 Fax 0831/349613

Referente: Dott. Trabacca

Sito web: www.emedea.it

Email: irccs@os.lnf.it

SAN GIOVANNI ROTONDO (FG)

IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza

Viale Cappuccini – 71013

Tel. 0882/410942 – Fax 0882/835456

Referente: Dott. Domenico Intiso

SARDEGNA

CAGLIARI

Azienda Ospedaliera G. Brotzu Unità Operative:

SSD U.G.C.L.A. Cod. 77

P.le Ricchi, 1 - 09134

Tel. 070/539306 Fax 070/539815

Referente: Dott. Melis

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 - 0781/71181

Direttore Sanitario: Dott.ssa Laura Andrissi

Email: aiasdomu@tiscali.it

Pec: aiasca.domusnovas@pec.it

ORISTANO

Centro Riabilitazione S. Maria Bambina

Fondazione S. Maria del Rimedio

Via S. Maria Bambina, 11 - Località Rimedio

Tel. 0783/34421 - Fax 0783/3442247

Referente: Dott. Dore

Sito web: www.santamariabambina.it

Email: info@santamariabambina.it

SICILIA

CATANIA

Villa Carmide

Via Feudo Grande, 13 - 95126

Tel. 095/7529111 - Fax 095/494234

Referente: Dott.ssa Ippolito

Sito web: www.carmide.it

MESSINA

Azienda Ospedaliera Universitaria "Policlinico Universitario Gaetano Martino" - Divisione di Riabilitazione Neurologica

Via Consolare Valeria, 11 - 98125

Tel. 090/2212797 - Fax 090/2212789

Referente: Dott. Dattola

Sito web: www.polime.it

MESSINA

I.R.C.C.S. Centro Studi Neurolesi "Bonino Pulejo"

Via Provinciale Palermo - Contrada Casazza - 98124

Tel. 090/60128926 - Fax 090/60128850

Referente: Prof. Bramanti

Sito web: www.irccsneurolesiboninopulejo.it

Email: bramanti@irccsneurolesiboninopulejo.it

MISTRETTA (ME)

Ospedale SS. Salvatore - Reparto Neuroriabilitazione Intensiva

Via Anna Salomone, 99 - 98073

Tel. 0921/389562 - 0921/389593

Referente: Dott. De Cicco

TROINA (EN)

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

Via Conte Ruggiero, 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. 338/6256805 - Fax 0575/254520

Referente: Dott.ssa Lenzi

Sito web: www.associazionitraumi.it

Email: elenzi@usl8.toscana.it

AREZZO

Centro A-Ria Agazzi Riabilitazione

Istituto Privato di Riabilitazione Madre della Divina Provvidenza dei Passionisti

Strada Comunale di Agazzi, 47 - 52100

Tel 0575/9151390

Referente: Dott.ssa Testa

Sito web: www.istitutoagazzi.it

Email: atesta@istitutoagazzi.it

GROSSETO

Ospedale della Misericordia Asl 9 - U.O. Neurologia

Via Senese, 161 - 58100

Tel. 0564/485111 Fax 0564/486507

Referente: Dott. Mancuso

LIDO DI CAMAIORE (LU)

Ospedale della Versilia - Reparto di Riabilitazione Funzionale

Via Aurelia Nord, 335

Tel. 0584/6050 - 0584/6051

Referente: Dott. Posteraro

Sito web: www.usl12.toscana.it

MARINA DI MASSA (MS)

Centro Don Gnocchi "Santa Maria alla Pineta"

Via Don Carlo Gnocchi, 24 - 54037

Tel. 0585/863101 - Fax 0585/245036

Referente: Dott. Petrilli

Sito web: www.dongnocchi.it

Email: info.massa@dongnocchi.it

112

MONTEVARCHI (AR)

Presidio Ospedaliero S. Maria alla Gruccia Montevarchi

Centro Riabilitazione Terranova Bracciolini S.p.A.

P.zza del Volontariato, 2 - 52025

Tel. 055/9106230 - 055/9106219 Fax 055/9106219

Referente: Dott. Boncompagni

Email: segreteria@crtspa.it

PISA

Azienda Ospedaliera Pisana - Servizio di Neuroriabilitazione

Via Paradisa, 2 - 56124

Tel.050/992111 Fax 050/992962

Referente: Dott. Rossi

Sito web: www.med.unipi.it

VOLTERRA (PI)

Centro Clinico di Riabilitazione Multispecialistico Riabilitazione Auxilium Vitae Volterra S.p.A.

Borgo San Lazzaro, 5 - 56048

Tel. 0588/070269 - Fax 0588/070270

Referente: Dott.ssa Loredana Voci

Sito web: www.auxiliumvitae.it

Email: info@riabilitazione-volterra.it

TRENTINO ALTO - ADIGE

BOLZANO

Azienda Sanitaria Centro Sud

Via Lorenz Bohler, 5

Tel. 0471/908111

Referente: Dott. Zelgher

BRUNICO / VIPITENO (BZ)

Azienda Sanitaria di Brunico

Via Ospedale, 11 - 39031

Tel. 0474/581111 - Fax 0474/586000

Referente: Dott. Corradini

Email: info@asbrunico.it

UMBRIA

CASCIA (PG)

Ospedale S. Rita - Unità di Riabilitazione Estensiva

Via Giovanni XXIII - 06046

Tel. 0743/7506213 - Fax 0743/7506201

Referente: Dott. Reali

FOLIGNO (PG)

Istituto Santo Stefano (Stati vegetativi e RSA centro accreditato)

Via dell'Ospedale, 6 – 06034

Tel. 0742/4531 – Fax 0742/351842

114

Referente: Dott. Vallasciani

Sito web: www.sstefano.it

Email: info.foligno@sstefano.it

PASSIGNANO SUL TRASIMENO (PG)

Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva

Via Pieve, 5 - 06065

Tel. 075/829871 - Fax 075/8298771

Referente: Dott. Massucci

Sito web: www.umbriariabilitazione.it/cori/

Email: massucci@ausl1.umbria.it

TREVI (PG)

Dipartimento Riabilitazione Valle Umbra Sud Trevi

U.O. Di Riabilitazione Intensiva Neuromotoria

P.zza Garibaldi, 5 - 06039

Tel. 0742/339810/14 - Fax 0742/339816

**Referenti: Dott. Todeschini - Dott. Zampolini (direttore
dipartimento ASL)**

Email: riabilitazione@asl3.umbria.it

Email: m.zampolini@asl13.umbria.it

VENETO

115

CAMPOSAMPIERO (PD)

Azienda Ulss 15 Veneto - U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione

Via P. Cosma, 1 - 35012

Tel. 049/9324111/872/875 - Fax 0499/324870

Referenti: Dott.ssa Primon - Dott. Lucangeli

Sito web: www.ulss15.pd.it

Email: D.Primon@ulss15.pd.it

CITTADELLA (PD)

SRFF - USL 15 Cittadella S. Pietro

Tel. 049/9424111 - Fax 049/9424502

Referente: Dott.ssa Primon - Dott.ssa Ruzzante

CONEGLIANO VENETO (TV)

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

Via Costa Alta, 37 - 31015

Tel. 0438/4141 - Fax 0438/410101

Referente: Dott. Martinuzzi

Sito web: www.emedea.it

Email: irccs@cn.lnf.it

NEGRAR (VR)

Ospedale Sacro Cuore Don Calabria

Via Don A. Sempreboni, 5 - 37024

Tel. 045/6013111 (centralino) - 045/6013914 – 045/6013207

Referente: Dott. Renato Avesani

Sito web: www.sacrocuoredoncalabria.it

Email: renato.avesani@sacrocuore.it

116

PADOVA

Ospedale di Padova

Via Giustiniani, 2 - 35128

Tel. 049/8211111

URP 049/8213200 - 049/8212090

Email: urponlinc@sanita.padova.it

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 O.O. Di R.R.F. Osp. S. Leonardo

P.zza San Leonardo, 1 - 31100

Tel. 0432/2022

Referente: Dott. Boldrini

Email: pboldrini@ulss.tv.it

VICENZA

**U.L.S.S. 6 Vicenza - U.O. Medicina Riabilitativa - Unità Gravi
Cerebrolesioni**

Via Ridolfi, 37 - 36100

Tel. 0444/753111

Referente: Dott. Bertagnoni

Sito web: www.ulssvicenza.it

117

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 Matilde Leonardi

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 - 88046

Tel. 0968/462482 - Fax 0968/23297 - 0968/462520

REGGIO CALABRIA

"Piccola Opera Papa Giovanni"

Via Vallone Martannazzo - 89123

Tel. 0965/890135 - Fax 0965/890769

118

CAMPANIA

EBOLI (SA)

Coop. I.S.E.S.

P.zza Pendino - 84025

Tel. 0828/366144 - 0828/367904 Fax 0828/361524

EBOLI (SA)

Nuovo Elaion

C.da Tavoliello - 84025

Tel. 0828/651001 - Fax 0828/651366

NOCERA INFERIORE (NA)

Villa dei Fiori

Poggio San Pantaleone - 84014

Tel. 081/5157711 - Fax 081/5155418

ARIANO IRPINO (AV)

**Minerva - Centro Polivalente di Fisiokinesiterapia
Medicina Riabilitativa e dello sport**

Via Serra, 3 - Sede legale: Via R. Galvanico, 13 Napoli
Tel. 0825/891437 - Fax 0825/891989

FRIULI

TOLMEZZO (UD)

Comunità di Rinascita

Via Bonanni, 16 - 33028
Tel. 0433/40461 - Fax 0433/44861

LAZIO

CERVETERI (RM)

Pianeta Riabilitazione s.r.l.

L.go DanteTravagliati, 7 - 00052
Tel. 06/99552673 - Fax 06/99552673

FORMELLO (RM)

Airri

Via Marchicelli, 22 - 00060
Tel. 06/9089739 - 06/90400130 Fax 06/90159616

OSTIA LIDO (RM)

A.N.F.F.A.S. Di Ostia - ONLUS

Via del Sommergibile, snc - 00121
Tel. 06/5696796 - Fax 06/5693771

ROMA

Centro Adelphi – Fondazione Roboris (ASL RME)

P.zza S. Maria della Pietà, 5 – 00135

Tel. 06/95065500

Sito web: www.associazionerisveglio.it

Email: segreteria@centroadelphi.it

ROMA

IRCCS Fondazione Santa Lucia

Day Hospital U.O.B. Post-coma

Via Ardeatina, 306 – 00179

Tel. 06/515011 – Fax 06/5032097

120

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

Airri

Via Accinni, 20 - 00195

Tel. 06/39741144 - Fax 06/39741137

ROMA

A.L.M.

Viale A. Ballarin, 108 - 00142

Tel. 06/5036550 - 5037545 Fax 06/5037748

Sedi: Via Laurentina, 3 E; Via S. della Marcigliana, 59

ROMA

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

Via Aurelia Antica, 269 - 00165

Tel. 06/635263 - Fax 06/634785

Sedi: Via Vitellia, 74; Via Vitellia, 31/B

ROMA

Casa Giocosa

Via Picco dei tre Signori, 14 - 00141

Tel. 82001004 - Fax 86898612

ROMA

C.O.E.S.

Via della Nocetta, 162 - 00164

Tel./Fax 06/6637268

ROMA

Coop. Vojta

Via S. Pincherle, 186 - 00146

Tel. 06/5413733 - 5413734 - 5413225 - 5413226

Fax 06/92913259

ROMA

I.M.P.P.I.T.

Via delle Isole, 29 - 00198

Tel./Fax 06/8555526

ROMA

Ist. "La Nostra scuola"

Via Aceenza, 35 - 00178

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

ROMA

Ist. Ortofonologia

122

Via Salaria, 30 - 00198

Tel. 06/8542038 - Fax 06/8413258

ROMA

Scuola Viva

Via Crespina, 35 - 00146

Tel. 06/5500915 - Fax 06/5515909

ROMA

TANGRAM - Coop. Soc. "Ideaprismaottantadue" s.r.l.

Via Ida Baccini, 80 - 00137

Tel. 06/87201072 - 06/87201073 Fax 06/87201033

ROMA

TE.RI.

Via Renato Simoni, 29/31 - 00157

Tel. 06/4396369 - 06/4369710 - 06/4396461 Fax 06/43531699

ROMA

Villa Fulvia

Via Appia Nuova, 901 - 00178

Tel. 06/710501 - Fax 06/71050525

ROMA

Cooperativa Sociale Magliana Solidale

Via Pasquale Bassi, 28 - 00149

Tel. 06/55263904 - Fax 06/64693026

Sito web: www.maglianasolidale.it

Email: anziani@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 Fax 0882/450050

Referenti: Dott.ssa Russi e Dott.ssa Merla

Sito web: www.fondazionecentripadrepio.it

Email: segreteria@fondazionepadrepio-onlus.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.

124

ASL RM A

La domanda va presentata a: Ospedale Nuovo Regina Margherita –
Via Morosini, 30
Tel. 06/58446509

POLICLINICO ITALIA (M.A – M.B – R1)

P.zza del Campidano, 6
Tel. 06/440051

SANTA CHIARA (M.B)

Via dello Scalo di Settebagni, 77
Tel. 06/8856953

ASL RM B

La domanda va presentata a : Via Antistio, 15 (3 piano)
Tel. 06/41435061-49 (MAR-GIO 9.00/13.00)

CASA IRIDE (Casa famiglia per persone in stato vegetativo)

Via di Torre Spaccata, 157

Tel. 06/23267115

Sito web: www.associazionerisveglio.it

Email: casa_iride@associazionerisveglio.it

VILLA LUCIA (M.A)

Via dei Pioppi, 6 – Tel. 06/2310727

Email: villalucia.amco@tiscali.it

MADONNA DEL DIVINO AMORE (M.A)

Via Casilina, 1835/F

Tel. 06/20763041

125

SAN MICHELE ARCANGELO (M.A)

Via dei Sestili, 18

Tel. 06/76902595

Email: clinica.sanmichele@libero.it

VILLA TUSCOLANA (M.A)

C.ne Tuscolana, 16

Tel. 06/7480444

ASL RM C

La domanda va presentata a: Pia.le Tosti, 4

Tel. 06/51008752 (LUN-MER)

TOTI (M.B)

P.le A. Tosti, 4

Tel. 06/51008360

ASL RM D (I Distretto)

La domanda va presentata a: Via Casal Bernocchi, 61
Tel. 06/56487054

VILLA MERRY HOUSE (M.A – R1)

Via Beduschi, 28 - Acilia
Tel. 06/52355376
Email: pua.distretto13@aslromad.it

ASL RM D (III Distretto)

La domanda va presentata a: Via G. Volpato, 18
Tel. 06/56485216

126

VILLA GIULIA (M.A)

Via delle Vigne, 92
Tel. 06/6550311

CORVIALE (M.A-M.B)

Via del Candiano, 70
Tel. 06/65566275

ASL RM D (IV Distretto)

La domanda va presentata a: Via Ramazzini, 31
Tel. 06/56486266 (LUN-GIO 9.00/12.00)

VILLA MARIA IMMACOLATA (M.A-M.B)

Via del Casaletto, 39
Tel. 06/5373048

PARCO DELLE ROSE (M.A-M.B)

Via di Villa Troili, 9

Tel.06/66418146

Email: amministrazione@rsaparcodelleroose.it

ASL RM E

La domanda va presentata a: P.zza Santa Maria della piet , 5

Tel. 06/68352808

ANCELLE DEL BUON PASTORE (M.A)

Via Cornelia, 24

Tel. 06/61521965

Email: ancelle.bp@libero.it

N.S. DEL SACRO CUORE (M.B)

Via Cardinal Pacca, 16

Tel. 06/632297

Email: casadicura.nssc@tin.it

VILLA VERDE (M.A-R1)

Via di Torrevecchia, 250

Tel. 06/3012892

Email: villaverde@tiscali.it

VILLA CHIARA (M.A)

Via di Torrevecchia, 579

Tel.06/61464416

Email: villachiarasasl@tiscali.it

ASL RM F

La domanda va presentata a: Via Cadorna, 14 – Civitavecchia
Tel. 06/96669637-47 (LUN-GIO-VEN 9.00/12.00 MAR
14.30/16.00)

CASA DI CURA MADONNA DEL ROSARIO

Via Buonarroti, 81 – Civitavecchia
Tel. 0776/25222
Email: info.madonnadelrosario@giomirsa.com

QUINTA STELLA (M.A)

Via Gramsci, 1 – Tolfa
Tel. 0766/93911 – Fax 0766/92099
Sito web: www.quintastella.it
Email: info@quintastella.it

(A fronte di una valutazione UVTM che confermi il livello assistenziale, è disponibile a ricoverare pazienti con PEG o Cannula tracheale)

ISTITUTO S. VOLTO (M.A)

Via C. Battisti, 7 - S. Marinella
Tel.0766/534190

S. MARINELLA (M.A-M.B)

Via Aurelia, 173 – S. Marinella
Tel. 0766/510587 – Fax 0766/512272
Sito web: www.rsasantamarinella.it
Email: rsa.santamarinella@gmail.com

(A fronte di una valutazione UVTM che confermi il livello assistenziale, è disponibile a ricoverare pazienti con PEG o Cannula tracheale)

ASL RM G

La domanda va presentata a: Via dell'Acquaregna, 1/15 – Tivoli
Tel. 0774/701114 Fax 0774/701047

ITALIAN HOSPITAL GROUP (M.A)

Via Tiburtina, 188 – Guidonia
Tel.0774/3861
Sito web: www.italianhospitagroup.it

NOMENTANA HOSPITAL (M.A-M.B)

Via Nomentana, Km 16,900
Tel. 06/900171

129

ASL RM H

La domanda va presentata presso le cliniche.

VILLA DELLE QUERCE (M.A-M.B)

Via delle Vigne, 19 – Nemi
Tel.06/936581-85 Fax 06/9368285

ISTITUTO SAN GIOVANNI DI DIO (M.A)

Via Fatebenefratelli, 2 – Genzano
Tel.06/937381 Fax 06/93738295

VILLA GAIA (M.A)

Via A. Gramsci, 65 – Nettuno
Tel. 06/9880824

VILLA NINA (M.A)

Via Nettunese Vecchia, 110 – Frattocchie

Tel. 06/93546035 Fax 06/93548004

Email: villa.nina@tiscali.it

“LA TERESIANA” (M.A-M.B)

Piazzale S. Teresa, 6 – Anzio

Tel.06/9848069

VILLA DEI PINI (M.A)

Via Casal Brocco, 47 – Anzio

Tel. 06/986091

130

ASL FROSINONE

La domanda va presentata a: CAD Distretto B V.le Mazzini

Tel. 0775/207420

CASA DI CURA S. ANTONIO DA PADOVA (M.A-M.B)

Via Marittima, 1 – Frosinone

Tel.0775/251195

CASA DI CURA S. RAFFAELE (R1)

Via G. di Biasio, 1 – Cassino

Tel. 0776/3941

Email: saverio.celletti@s.raffaele.it

CITTÀ BIANCA /GRUPPO INI (R1)

Via Foiano, 4 – Veroli

Tel. 0775/3380/81 Fax 0775/338185

Sito web: www.gruppoini.it

ASL VITERBO

La domanda va presentata a: Via E. Fermi, 15 – Loc. Pietrare
Tel. 0761/237885 (LUN-MER-VEN 10.00/12.30 MAR-GIO 15.30/17.00)

VILLA IMMACOLATA (M.A-M.B-R1)

Strada Sammarinese S.M. al Camino
Tel. 0761/379566

Per le altre RSA consultare il sito dell'Associazione A.R.Co92 Onlus:
www.arco92.org

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: centroperl'autonomia@info.it

BERGAMO

Istituto clinico Quarenghi srl

Via San Carlo, 70 - 24016 - Tel. 0345/25111
Email: info@clникаquarengi.it

FERRARA

Città del Ragazzo

Centro Formazione Professionale

V.le Don Calabria, 13
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. 010/582413 - Fax 010/582413

Referente: Dott.ssa Butini

Sito web: www.rinascitaevita.it

Email: manuela.butini@libero.it

132

GENOVA

Villa Maddalena - Casa Famiglia Dopo di Noi

Via dell'Argine, 8 - 16012 Busalla

Tel. 010/9640399

ROMA

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

Sede operativa: Via della Fotografia, 90 - 00142 Tel. 06/45405221
Fax 06/45405250

Sede legale: Via A. Serpieri, 7 - 00197 Tel/Fax 06/3220135

Direttore Scientifico: Dott.ssa Rita Formisano

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

Sito web: www.arco92.org

Email: info@arco92.org

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

133

AUSILI AUTO

ROMA

GUIDO SIMPLEX - Centro modifiche auto per portatori di handicap

Via del Podere S. Giusto, 29

Tel. 06/6152801

ROMA

MOBILITY 1

Autoscuola per disabili

Via Silvio Pellico, 50

Tel. 06/3725253 - Cell. 339/2550206

ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO



134

A.R.Co. 92

Sede di Roma

www.arco92.org

sede di Messina

www.irccsneurolesi.it

Associazione Rinascita e Vita

www.rinascitavita.it

Associazione Genesis

info@cliniacquarengi.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

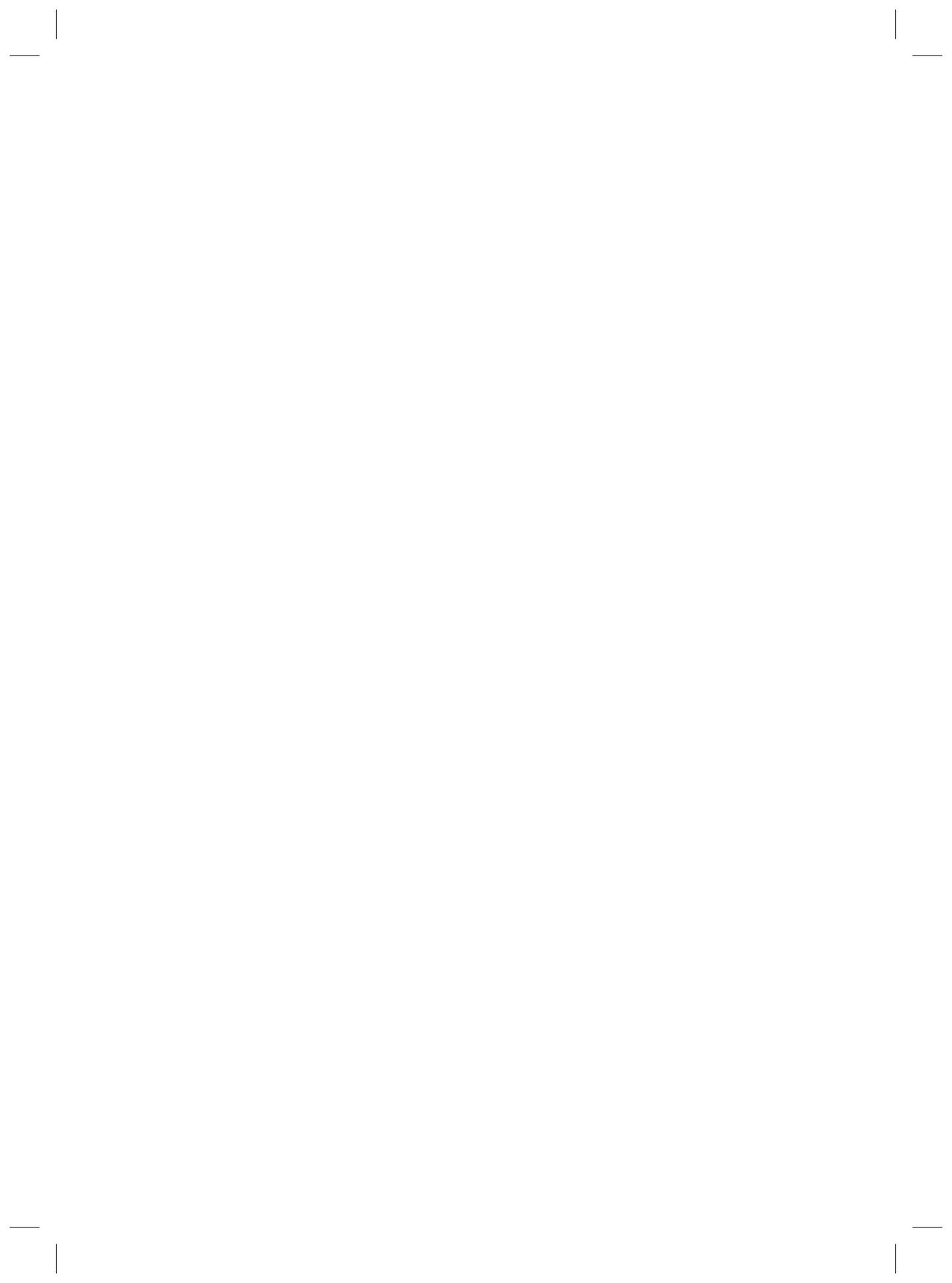
Via Cervantes, 64

Tel. 800123973

Referente: Dott. Napolitano

Sito web: www.gliamicidieleonora.it

Email: info@gliamicidieleonora.it



XI ristampa - Prima edizione 1993

A.R.Co92 Onlus
Via A. Serpieri, 7 - 00197 Roma
Tel. Fax 06/3220135
www.arco92.org
info@arco92.org