



**82**

# **PASSI PER CAPIRE LA DISABILITA' GRAVE**

**LINEE GUIDA**

**PROGETTAZIONE Coop Soc. ONLUS**

## **COSA FARE DAVANTI AD UNA CEREBROLESIONE ACQUISITA?**



**PROGETTAZIONE COOP. SOCIALE ONLUS**

Via G. Moroni n.6  
24066 Pedrengo (BG)  
Tel. 035/657351 – Fax 035/5684608

**C.F. - P. Iva 02689050165**  
Albo Cooperative Sociali N.A121686  
info@cooperativaprogettazione.it  
www.cooperativaprogettazione.it

## **IL PAZIENTE IN ACUTO**

### **1. Cosa è una GCA (Grave cerebrolesione Acquisita)?**

Si intende per grave cerebro lesione acquisita un danno cerebrale, dovuto a trauma cranioencefalico o ad altre cause (anossia cerebrale, emorragia, etc.), tale da determinare una condizione di coma (GCS= $\leq$ 8 per più di 24 ore), e menomazioni sensomotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave.

### **2. Cosa è il trauma cranico?**

Il trauma cranico è un grave 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.

### **3. Cosa è il coma?**

La World Federation of Neurosurgical Societies l'ha così definito: "Uno stato di perdita di coscienza e vigilanza, indipendentemente dalla durata (anche minuti od ore), in cui il paziente giace immobile con gli occhi continuamente chiusi." Il coma, anche detto stato vegetativo persistente, è uno stato di incoscienza profondo. Lo stato vegetativo persistente è una cosa diversa dalla morte cerebrale, chi è in coma è vivo, ma non è in grado di muoversi né di reagire agli stimoli dell'ambiente circostante.

### **4. Soltanto il trauma cranico può condurre ad uno stato di coma?**

No, il I coma può instaurarsi anche a seguito di altre cause, quali una improvvisa riduzione di apporto di ossigeno al cervello (ipossia) a sua volta causata da diversi eventi (arresto cardiaco, arresto respiratorio, intossicazione acuta, ictus cerebrale grave).

### **5. Tutti si risvegliano dal coma?**

Il coma può persistere nel tempo, ma in genere dopo alcune settimane (circa 2-3 settimane) il paziente tende a riaprire gli occhi: alcuni pazienti ritornano a uno stato di consapevolezza normale dopo essere usciti dallo stato vegetativo persistente, altri possono rimanere in stato vegetativo per anni o per decenni.

### **6. Cosa è la Glasgow Coma Scale (GCS)?**

La Glasgow Coma Scale è una scala di valutazione neurologica utilizzata per tenere traccia dell'evoluzione clinica dello stato del paziente in coma.

Essa si basa su tre tipi di risposta agli stimoli (oculare, verbale e motoria) e si esprime sinteticamente con un numero che è la somma delle valutazioni di ogni singola funzione. Il massimo punteggio è 15 e il minimo 3 che indica un profondo stato di incoscienza.

La GCS è stata inizialmente utilizzata per valutare il livello di coscienza dopo un trauma cranico; in seguito il suo uso è stato esteso a tutti i pazienti acuti, sia con

patologie di natura medica che traumatica. Negli ospedali viene usata anche nel monitoraggio dei pazienti in terapia intensiva.

## **7. Cosa può succedere quando il paziente si risveglia? Cosa succede dopo il risveglio?**

La prognosi del coma e dello stato vegetativo dipende dalla causa, dalla gravità e dalla posizione della lesione neurologica; chi esce dal coma può avere problemi fisici, intellettivi e psicologici da non sottovalutare. La guarigione di solito avviene per gradi e il paziente può riconquistare a poco a poco la capacità di reagire agli stimoli. Il progresso di alcuni pazienti non va oltre le reazioni semplici, mentre altri si riprendono quasi completamente e ritornano ad una esistenza che si può riallacciare almeno in parte ad alcuni aspetti legati alla quotidianità pregressa alla vita normale. In generale, quando il paziente fissa e segue con lo sguardo le persone che gli si avvicinano o persino gira il capo verso le voci che sono rivolte a lui o risponde a qualche comando semplice, allora si può dire che il paziente non è più in coma e soprattutto non è più incosciente.

## **8. Cosa succede in rianimazione?**

Il paziente in coma deve essere assistito nella respirazione con un tubo - che può essere inserito nel naso o nella bocca e talvolta deve essere collegato ad un respiratore automatico - che dall'esterno lo aiuta a respirare, quando la sua respirazione spontanea non è sufficiente. Il paziente comatoso è controllato, mediante monitor vicino al letto nelle sue funzioni respiratoria e cardio-circolatoria, viene alimentato prima per flebo ed in seguito attraverso un sondino, che dal naso porta tutti gli alimenti necessari al paziente fino allo stomaco (sondino naso-gastrico) ed infine viene aiutato ad espletare i 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 sarà nuovamente in grado di controllare queste funzioni.

## **9. Come funziona la rianimazione? Cosa fare e non fare in rianimazione? In quale modo si può essere utili al paziente durante la Rianimazione?**

Durante la fase acuta il paziente ha bisogno soprattutto delle cure del rianimatore e dell'assistenza continua di tutte le funzioni vitali. È importante affidarsi alle cure della Rianimazione, della Terapia Intensiva o della Neurochirurgia dove il paziente è ricoverato. Nelle prime settimane non ha senso chiedere consulenze esterne per avere più pareri, è invece importante lasciare lavorare con tranquillità i medici che hanno in cura il vostro caro. È opportuno che, a tratti, avverta la vostra presenza (se è in grado di percepirla), nei momenti di visita o durante i colloqui attraverso il microfono; mantenendo sempre un comportamento e calmo e tranquillo. È bene precisare che non serve tempestare di stimoli il paziente, perché questo potrebbe impedirgli di riposare anche quando egli lo desidera. Tali stimoli possono essere utili, con parsimonia, quando il paziente mostra già qualche interazione con l'ambiente esterno.

## **10. Cos'è la presa in carico e come funziona?**

Presa in carico significa: razionalizzare l'uso delle "risorse", alto livello qualitativo del servizio di assistenza fornito dal SSN, miglioramento della qualità di vita delle famiglie, "seguire la persona" nel suo percorso di vita. La presa in carico deve al contempo contemplare, attuare e far rispettare tutte le normative nazionali e regionali di supporto sociale e sanitario alla persona e alla rispettiva famiglia e prevedere, tra l'altro, anche un supporto psicologico per i familiari. Nel momento del trasferimento dall'unità di rianimazione ad altro reparto è indispensabile stabilire immediatamente un contatto con l'Assistente Sociale all'interno dell'ospedale in modo da pianificare sin da questa fase anche il possibile ed eventuale rientro al domicilio.

### 11. Quali sono le fasi che attraversa il paziente? Cosa succede dopo le dimissioni dalla rianimazione? Quale è la strada migliore da seguire?



Fino ad ora abbiamo visto il percorso di un paziente in una fase definita acuta; in seguito, quando le condizioni del paziente sono stabilizzate, è bene che lasci la Rianimazione o la Neurochirurgia al più presto. Se i tempi di attesa dei vari centri di riabilitazione preventivamente contattati sono lunghi, si può considerare un breve periodo di rientro a casa, se le condizioni del paziente lo consentono e se i medici e gli infermieri sono disponibili ad assistervi al domicilio; questo permetterebbe al paziente un contatto prezioso con un ambiente per lui familiare e rassicurante, aiutandolo nella ripresa. Nel frattempo, prima del ricovero nel Centro di Riabilitazione, il paziente potrebbe iniziare la fisioterapia. Informatevi presso la vostra ASL sulla possibilità di ricevere infermieri, ottenere un letto ortopedico, un materasso anti-decubito etc.

### **IL PAZIENTE IN POST-ACUTO PRECOCE**

#### 12. Come trovo un centro di riabilitazione?

Il momento cruciale nel percorso del paziente affetto da esiti di GCA è quello della scelta della struttura riabilitativa che lo accoglierà con la famiglia per un periodo di tempo prolungato. È un momento delicato, in cui i pazienti lasciano il reparto per acuti e si inseriscono in un contesto in cui l'attività riabilitativa rappresenta l'obiettivo principale di tutte le attività svolte con e per il paziente. In questa fase giocano un ruolo fondamentale le aspettative, in particolare dei familiari, verso il grado di recupero possibile e la gestione del futuro.

Dal momento che l'assistenza a questi pazienti va concepita in termini di percorso e non di strutture a ciclo completo, ancora in fase di ricovero la struttura proponente contatta il centro di riabilitazione identificato come eligibile per il trasferimento; in seguito, la struttura accettante si impegna, entro 48/72 ore dalla ricezione della proposta, a dare risposta sulla disponibilità del posto letto e sui tempi previsti di attesa per il trasferimento, per permettere alla struttura proponente la verifica di eventuali opzioni alternative.

### **13. Cosa si fa in un centro di riabilitazione in post-acuto?**

I servizi di un centro prevedono un progetto riabilitativo individualizzato, che comprende azioni educative, sociali, sanitarie ed assistenziali, con l'obiettivo di individuare e potenziare le abilità residue, favorire la socializzazione, accompagnare alla costruzione di una nuova immagine di sé e mantenere e favorire i rapporti con la famiglia di origine, la rete territoriale e sociale.

La riabilitazione può comprendere (per ogni singola voce vedi figure professionali inserite successivamente):

- terapia occupazionale;
- terapia logopedia;
- terapia fisioterapica;
- terapia neuropsicologica;
- terapia psicologica.

### **14. Tutti i suoi amici e parenti vorrebbero venire a trovarlo. Come ci si deve comportare?**

La presenza di molte persone contemporaneamente nella stanza potrebbe creare delle difficoltà al paziente stesso, facendolo estraniare, aumentandone la confusione ed il disorientamento spaziale e temporale. Quando possibile, è importante chiedere al paziente stesso se desidera vedere qualcuno e chi, sono, in qualsiasi caso sconsigliate visite con troppe persone contemporaneamente.

### **15. Il paziente si comporta in modo aggressivo e/o volgare, anche in presenza di altre persone: cosa si deve fare?**

Non bisogna spaventarsi da comportamenti agitati, con tendenza al turpiloquio o in alcuni casi mostrare aggressività fisica, l'assunzione di atteggiamenti di ipersessualità o di disinibizione (masturbazione, proposte oscene, tendenza a dare baci a tutti o a toccare le persone dell'altro sesso): non bisogna spaventarsi perché questi sono atteggiamenti in genere transitori e dovuti a lesioni in particolari aree del cervello (lobo frontale e temporale). Bisogna ricordare che questi atteggiamenti e modalità comportamentali sono una conseguenza del trauma subito e che non descrivono in nessuno modo gli aspetti di personalità del paziente e la sua persona in genere, e soprattutto tali manifestazioni non dipendono da lui.

## **IL PAZIENTE IN POST-ACUTO TARDIVO**

### **16. Come gestire il rientro a casa?**

La struttura riabilitativa pianifica la dimissione per raggiungimento degli obiettivi riabilitativi o verso il domicilio, con relazione di dimissioni, indicando eventuali follow-up, o, in caso di dimissioni protette per pazienti complessi con altre tipologie di bisogni di intervento, va fatta segnalazione precoce alle Strutture diurne e residenziali prima della dimissione per pianificare gli interventi necessari sia domiciliari.

La scelta fra Servizi della rete per anziani (CDI, RSA) o per disabili (CDD, RSD) deve avvenire anche in base all'età del paziente.

Se la vostra abitazione presenta degli ostacoli ai deficit motori del paziente, bisogna pensare alla possibilità di cambiare casa o di fare delle modifiche, mentre ancora il paziente è ricoverato al Centro di Riabilitazione. Non bisogna porsi queste domande soltanto al momento della dimissione. Se il paziente è in grado di mantenere una vita sociale soddisfacente, bisogna evitare l'isolamento sociale e sensibilizzare il datore di lavoro e i colleghi, i compagni di scuola, gli amici, a sostenere il paziente in questo difficile momento.

Evitate comunque di sostituirvi al paziente in tutte le sue cose, 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; non vietategli cose che può ancora fare senza problemi, come andare al cinema, o a cene fuori.

### **17. Cosa sono i presidi?**

Il rientro a casa di una persona in SV implica la fornitura di alcuni presidi di base che costituiscono il punto di partenza per garantire una corretta assistenza e agevolare la famiglia nell'attività di cura. In un processo di domiciliatura è importante prevedere la fornitura dei seguenti presidi di base, dando particolare attenzione alle caratteristiche del letto e del materasso antidecubito poiché parliamo di una persona ad altissimo rischio di lesioni da decubito:

- Letto con "posizione di seduta comfort" ad S, con rivestimento protettivo e sponde, con abbassamento rapido dello schienale, con movimento di sollevamento e abbassamento rapido, con possibilità di spostamento su ruote;
- Materasso antidecubito a cessione d'aria controllata;
- Carrozzina;
- Sollevatore con imbracatura;
- Aspiratore portatile;
- Aerosol (con funzione nebulizzatore);
- Pompa per alimentazione (se persona con PEG);
- Barella doccia o sedia doccia;
- Ortesi.

La fornitura dei presidi spetta alla ASL di competenza, mentre la loro prescrizione riguarda la struttura sanitaria dimettente o di provenienza.

### **18. Cos'è il trattamento in day hospital? E quello ambulatoriale?**

Il Day-Hospital è un tipo di assistenza che prevede, per il malato, una degenza breve, limitata alle sole ore della giornata; offre al paziente tutti i vantaggi delle cure in ospedale ed in più gli garantisce la possibilità di rimanere nell'ambiente familiare e di continuare, per quanto possibile, le attività quotidiane.

I trattamenti ambulatoriali prevedono invece sedute settimanali cicliche e periodiche rivalutazioni da parte del medico referente. Sono previste attività individuali e di gruppo.

I trattamenti in Day-Hospital si differenziano da quelli ambulatoriali per una maggiore intensità e frequenza; contemplan attività svolte da più figure specialistiche.

### **19. Come si può aiutare il paziente a recuperare negli intervalli tra le terapie?**

I familiari possono essere di grande aiuto nella Riabilitazione già durante le prime fasi. Molto utile può essere, stimolarle il paziente quotidianamente con l'uso di un calendario, di un orologio o di un'agenda, al fine di fargli riacquisire, progressivamente, il senso del tempo. Per i disturbi della memoria spaziale è utile richiedere al paziente di cercare di ricordare i percorsi abituali in clinica, chiedendogli di ritrovare da solo la sua stanza o la palestra o altri luoghi di terapia. Il paziente tenderà a dimenticare quello che è successo qualche giorno od ora prima, oppure tenderà a non memorizzare quanto gli succede giorno per giorno, si può facilmente aiutarlo ricordandogli le visite ricevute o suggerendogli alcuni particolari o caratteristiche della persona incontrata. Può succedere che il paziente reagisca a questi disturbi inventando alcune vicende mai accadute nella realtà, con lo scopo di colmare le lacune della sua memoria (confabulazioni). Smentitele serenamente, senza preoccuparvene: questo è un atteggiamento di compenso molto frequente, ma non assecondatele.

### **20. A chi affidarsi per l'assistenza domiciliare?**

Per continuare la fisioterapia e la terapia cognitiva, se non è possibile il day hospital o il trattamento ambulatoriale, la ASL o il CSM (Centro di Salute Mentale) di zona potrebbe aiutarvi. Sentite le poche associazioni di volontariato che possono aiutarvi, in alternativa esistono associazioni per la terapia domiciliare (vedi voce: ADI successiva).

### **21. L'alimentazione col sondino a domicilio: cosa fare?**

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, facilità a strozzarsi e tosse 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 logopedista e il dietista 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 di applicazione di un tubicino direttamente a livello dello stomaco, che permette di eliminare anche il fastidio del sondino e quindi facilitare la riabilitazione della deglutizione. Questo



intervento è indispensabile quando il sondino naso-gastrico deve essere mantenuto per oltre 1 mese

## **22. Riuscirà a fare tutte le cose di prima? Potrà lavorare di nuovo?**

Niente è 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, non è più la stessa persona di 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, 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 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 il paziente non ha molta confidenza. Questi cambiamenti di carattere o di personalità possono dipendere da lesioni in particolari sedi del cervello. 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.

## **IL PAZIENTE IN FASE DEGLI ESITI**

### **23. Cosa succede quando vengono terminano tutti i servizi sanitari in post-acuto?**

Ad un certo punto, bisognerà decidere se lasciare un paziente in una situazione residenziale definitiva (ad esempio RSD, RSA) o se rientrare a domicilio. Nel secondo caso è possibile continuare ad avere servizi riabilitativi (come logopedia, neuropsicologia, fisioterapia, psicoterapia, servizi socio-sanitari...) attraverso centri UO, unità di offerte socio-sanitarie come i (CDD, SFA e CSE, comunità alloggio) o di attivare un Housing sociale protetto. La decisione sul futuro di un paziente è anche in parte legata da parte dello stesso al raggiungimento delle autonomie primarie e secondarie.

### **24. Cosa sono le autonomie primarie e secondarie (o strumentali)?**

Le prime sono legate a delle autonomie di base per la sopravvivenza e per la propria quotidianità come quelle connesse alla capacità di provvedere alla cura del sè, al nutrirsi, al controllo sfinterico, agli spostamenti posturali. Le seconde si riferiscono ad autonomie di livello più complesso ed elevato come usare il telefono, assumere farmaci, gestire le proprie finanze.

### **25. Cosa è un RSD?**



Sono servizi residenziali e accolgono persone con disabilità grave, non assistibili a domicilio, classificati nelle 5 classi Sidi, di età compresa tra 18 e, di norma, i 64 anni. La prestazione sono ad elevato grado di integrazione sanitaria, prevedendo interventi riabilitativi per una residenzialità che può diventare anche permanente, ma sempre sulla base di programmi individualizzati predisposti dalla struttura stessa.

## **26. Cosa è un CDD?**

I Centri Diurni per persone con Disabilità rappresentano attualmente la parte maggiore in termini quantitativi del sistema di offerta di servizi diurni: sono servizi semiresidenziali che assicurano prestazioni socio-sanitarie e accolgono persone con disabilità classificati nelle 5 classi Sidi (12) (strumento di valutazione per l'accesso in struttura), di età superiore ai 18 anni e, di norma, fino ai 64.

## **27. Cosa è uno SFA?**

Lo Sfa (Servizio per la formazione all'autonomia in regime diurno) è un servizio sociale territoriale rivolto a persone con disabilità che non necessitano di servizi ad alta protezione, ma di interventi a supporto e sviluppo di abilità utili a creare maggiori autonomie spendibili per il proprio futuro, nell'ambito del contesto familiare, sociale, professionale. Questo servizio si rivolge a persone con disabilità di età compresa tra i 16 e i 35 anni, e a persone di età superiore ai 35 anni con esiti da trauma o da patologie invalidanti che, dimessi dal sistema sanitario o socio-sanitario, necessitano, per una loro inclusione sociale, di un percorso di acquisizione di ulteriori abilità sociali. Non possono accedere allo Sfa persone con prevalenza di patologie psichiatriche o in situazione di dipendenza da sostanze.

## **28. Cosa è un CSE (Centro sociale educativo)?**

Sono servizi diurni, con una lunga storia regionale, che accolgono persone con diversi gradi di fragilità, non compresi tra quelli riconducibili al sistema socio-sanitario. Sono assicurati interventi educativi e sociali in forma continuativa, finalizzati all'autonomia personale, alla socializzazione, al mantenimento del livello culturale, propedeutici all'inserimento nel mercato del lavoro. I requisiti di autorizzazione al funzionamento e i criteri per l'accreditamento spettano ai Comuni, come accade anche per lo Sfa.

## **29. Cosa è una comunità alloggio?**

Sono UO sociali nell'ambito della residenzialità e accolgono persone con disabilità la cui fragilità non sia compresa tra quelle riconducibili al sistema socio-sanitario; i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e i criteri per l'accreditamento spettano ai Comuni. Le tipologie di intervento riguardano: interventi educativi, abilitativi di mantenimento, finalizzati all'autonomia e socializzazione con un massimo di capacità di 30 utenti e un finanziamento attuato mediante i Fondi conferiti ai PdZ e gli altri costi a carico dei Comuni, che si rivalgono in tutto o in parte sulle famiglie. Questa unità d'offerta, di per sé caratterizzata da un elevato grado di flessibilità, rappresenta ancora una minima parte del complessivo sistema d'offerta sociale. Le Comunità possono accogliere persone con disabilità con diversi gradi di fragilità e sono considerate come luogo di abituale dimora per persone con disabilità privi di sostegno

familiare. Sono comunità per adulti caratterizzate da flessibilità organizzativa per il miglioramento della qualità della vita, attraverso sostegno e sviluppo delle abilità individuali per lo svolgimento autonomo delle basilari attività della vita quotidiana.

### **30. Cos'è un Housing sociale?**

Consiste nell'offerta di alloggi e servizi abitativi a prezzi contenuti destinati ai cittadini con reddito medio basso che non riescono a pagare un affitto o un mutuo sul mercato privato ma non possono accedere ad un alloggio popolare. L'housing sociale garantisce integrazione sociale e benessere abitativo. Ad esso, in base al grado di gravità clinica del paziente, possono essere associati interventi socio-sanitari, ed educativi, sia esterni che a domicilio, parte di un progetto di riabilitazione domiciliare più ampio, rispetto al solo accompagnamento all'autonomia abitativa.

### **31. Cosa è un Cooperativa sociale di tipo A?**

Gestisce servizi sociosanitari e educativi, cioè servizi sociali (centri di aggregazione per ragazzi, centri sociali per anziani, centri rieducativi per malati psichici, case alloggio, case famiglia, ecc.), sanitari (strutture sanitarie, assistenza domiciliare ad anziani ecc.) e educativi (centri educativi per ragazzi, ludoteche, animazione di strada, formazione per operatori sociali, ecc.); questo avviene sia direttamente, sia in convenzione con enti pubblici. Le cooperative sociali di tipo A rappresentano il 60% della cooperazione sociale.

### **32. Cosa è un Cooperativa sociale di tipo B?**

Svolgono attività produttive finalizzate all'inserimento nel mondo del lavoro dei cosiddetti soggetti svantaggiati fisici e psichici, ragazze madri, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc. Le cooperative sociali di tipo B possono svolgere qualsiasi attività di impresa - agricola, industriale, artigianale, commerciale e di servizi - con la specificità di destinare una parte dei posti di lavoro così creati (almeno il 30%) a persone svantaggiate, altrimenti escluse dal mercato del lavoro. Le aliquote complessive della contribuzione per l'assicurazione obbligatoria previdenziale e assistenziale dovute dalle cooperative sociali, relativamente alla retribuzione corrisposta alle persone svantaggiate, sono ridotte a zero.

### **33. Quanto dura la riabilitazione nella fase degli esiti?**

La durata della riabilitazione varia in relazione a numerosi fattori, tra cui: la gravità dell'evento, l'età del soggetto, la condizione di salute precedente, le conseguenze dell'evento, la presenza di altre malattie, la responsabilità del paziente, la consapevolezza o meno della nuova condizione, l'atteggiamento del paziente etc. esiste una fase chiamata florida che è legata ai primi mesi dopo il risveglio del paziente; tuttavia, la riabilitazione può conseguire un'evoluzione positiva anche in seguito, in base (oltre alle variabili descritte precedentemente) anche sulla continuità e all'adeguatezza degli interventi e l'affiancamento di una addestramento più vicino alla quotidianità del soggetto.

Nei centri diurni descritti, ad esempio, è possibile svolgere attività per il riapprendimento della capacità di vita comune, igiene personale, orientamento negli

spazi interni ed esterni al centro, utilizzo dei media e del PC, attività pratiche strutturate in modo individuale o di gruppo che favoriscano l'acquisizione e/o il potenziamento di semplici processi operativi e l'utilizzo di strumenti per comunicare, attività espressive realizzate in piccoli gruppi e che favoriscano la condivisione e l'elaborazione dei vissuti personali, la ridefinizione della propria identità e la presa di coscienza del proprio corpo e riabilitazione cognitiva, in cui si favorisce lo sviluppo dell'attenzione, della concentrazione, dell'orientamento spazio-temporale, dell'utilizzo dell'orologio e del denaro.

#### **34. Cosa è un inserimento lavorativo occupazionale?**

Si tratta di uno strumento con finalità di tipo socio assistenziale finalizzato ad offrire l'inserimento lavorativo della persona disabile in un normale contesto lavorativo anche in assenza di requisiti per una assunzione. Gli obiettivi del Progetto di Inserimento Lavorativo Socio Occupazionale (I.L.S.O.) sono:

- offrire un'opportunità di inserimento lavorativo a persone non in grado di garantire una produttività sufficiente all'assunzione e altrimenti destinati al circuito assistenziale;
- realizzazione di una esperienza di vita che consenta alla persona con handicap di confrontarsi in un ruolo lavorativo;
- il mantenimento delle risorse proprie dell'individuo.

Il Progetto di Inserimento Lavorativo Socio Occupazionale (I.L.S.O.) è rivolto a persone:

- ultradiciottenni con disabilità;
- segnalate dal Servizio Sociale di base che, a causa delle proprie disabilità, non possono trovare uno sbocco occupazionale/lavorativo;
- osservate in progetti precedenti;
- per le quali l'esperienza lavorativa determini un ritorno in termini di identità centrata non più sulla disabilità, ma sul lavoro.

### **LE FIGURE PROFESSIONALI**

#### **35. Qual è il ruolo del neurologo?**

Il neurologo si occupa della diagnosi e del trattamento dei problemi che colpiscono il cervello, il midollo spinale e i nervi, senza però ricorrere alla chirurgia, ambito di azione del neurochirurgo. Dopo un'accurata anamnesi il neurologo conduce un esame fisico e neurologico del paziente, valutando la forza muscolare, i riflessi e le capacità di coordinazione.

#### **36. Qual è il ruolo del terapeuta occupazionale?**

Obiettivo della terapeuta occupazionale è potenziare la capacità di azione della persona negli ambiti per lei importanti inerenti l'autonomia e l'indipendenza, la produttività, il tempo libero e la ricreazione nel contesto in cui vive. In maniera mirata e orientata alle risorse, la terapia occupazionale fa leva su attività specifiche, adattamento all'ambiente e consulenza consentendo ai fruitori di migliorare la propria capacità di

azione nella quotidianità, la partecipazione sociale, la qualità e la soddisfazione di vita individuali.

### **37. Qual è il ruolo del fisioterapista?**

Il fisioterapista elabora ed attua gli interventi diretti alla prevenzione, alla valutazione funzionale, alla cura e alla riabilitazione delle patologie o disfunzioni nelle aree della motricità, delle funzioni corticali superiori e di quelle viscerali; si occupa dei disturbi conseguenti a eventi patologici di varia natura, congeniti od acquisiti, e l'attività può essere svolta autonomamente o in collaborazione con altre figure sanitarie.

### **38. Qual è il ruolo del logopedista?**

Il logopedista si occupa della prevenzione e del trattamento riabilitativo delle patologie del linguaggio e della comunicazione in età evolutiva, adulta e geriatrica, nonché della rieducazione delle disabilità comunicative e cognitive, utilizzando terapie logopediche di abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio, verbale e non verbale.

### **39. Qual è il ruolo dello psicologo o dello psicoterapeuta?**

Lo psicologo ha competenze peculiari per lavorare efficacemente in moltissimi ambiti di vita degli individui, ad esempio: crescita personale (aumentare l'autostima...), benessere psicofisico (gestione dello stress, controllo dell'abitudine del fumo...), clinico (sostegno psicologico, valutazione cognitiva...), sociale (migliorare le relazioni con gli altri...). Lo psicologo si occupa anche di interventi clinici: valutazione e riabilitazione cognitiva (memoria, attenzione, percezione, linguaggio...), e dei disturbi del comportamento, riabilitazione psicosociale, valutazioni cliniche, perizie, diagnosi, etc...

### **40. Qual è il ruolo del neuropsicologo?**

Il neuropsicologo è quello specialista che si occupa delle funzioni cognitive e dei loro relativi disturbi. Il neuropsicologo clinico è il professionista che si occupa della valutazione delle funzioni cognitive in seguito ad una lesione cerebrale e della loro conseguente riabilitazione; serve, in pratica, a stabilire cosa è stato danneggiato dopo una lesione cerebrale e in che misura, per poi cercare di riabilitare il paziente

### **41. Qual è il ruolo del l'operatore socio-sanitario?**

L'operatore socio-sanitario, (in acronimo OSS), è una figura professionale italiana che opera nel campo dell'assistenza socio sanitaria. Rientra tra le figure tecniche del comparto sanità pubblica e svolge la propria attività nell'ambito delle professioni sanitarie, avendo caratteristiche specifiche di ausiliarità assistenziale, ma non ha potere decisionale su funzioni che non gli competono e si attiene alle indicazioni e prescrizioni dell'infermiere, assumendo mansioni di supporto infermieristico. Tra il sui compiti si va da interventi di assistenza di base al paziente ad interventi maggiormente di stampo relazione ed educativo con l'utente (area sociale).

quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà. L'educatore professionale svolge la sua attività professionale, nell'ambito

delle proprie competenze, in strutture e servizi socio-sanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

#### **42. Qual è il ruolo dell'ASL e del medico di base?**

Il medico di base deve attivare la richiesta di assistenza domiciliare, mentre la ASL deve fornire, in breve tempo, i presidi e il materiale richiesto (così come indicato nella relazione medica redatta dalla struttura dimettente) e organizzare un piano di assistenza.

#### **43. Qual è il ruolo dell'educatore professionale**

È un professionista che attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita

#### **44. Qual è il ruolo dell'assistente sociale?**

L'attività dell'assistente sociale riveste un ruolo insostituibile per l'accoglienza, la presa in carico e la relativa impostazione di un processo di supporto fattivo e adeguato alle famiglie, considerato il ruolo centrale che esse svolgono nel processo riabilitativo e nella futura vita della persona che seguono.

### **LA LEGGE**

Per tutte le informazioni rivolgersi all'Assistente Sociale e consultare il sito internet della regione Lombardia.

#### **45. Cosa dice la legge in merito all'invalidità?**

I cittadini con un'invalidità civile superiore al 33% possono richiedere ausili specialistici.

Hanno, inoltre, diritto alle prestazioni di assistenza protesica i pazienti ricoverati in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, non ancora in possesso di una certificazione di invalidità per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità ed urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.

#### **46. A cosa ha diritto?**

Possono essere richiesti: gli ausili che rientrano nella protesica maggiore: carrozzina, il girello, le stampelle, il tripode, il cuscino antidecubito, il letto ortopedico, il

montascale mobile, scarpe, busti, protesi acustiche (non quelle dentali), ausili per ipovedenti (per es. stampante braille, videoingranditore) ecc. Gli ausili che rientrano nella protesica minore: pannoloni, forniture per il diabete, forniture per le stomie ecc. La prescrizione dei dispositivi protesici viene effettuata da un medico specialista prescrittore di un Poliambulatorio Territoriale o di una Azienda Ospedaliera, competente per la tipologia di menomazione o disabilità, previa richiesta di visita specialistica da parte del proprio Medico di Famiglia.

Per le persone con gravissima disabilità in condizione di dipendenza vitale, la Regione ha definito un Buono mensile di € 1000 e due diverse tipologie di voucher (delibera n. 2655 del 14 novembre 2014). Il Buono, erogato senza limite di reddito, è da considerarsi un supporto significativo per la famiglia, eventualmente aiutata da assistente personale (badante) impiegato con regolare contratto, che decide di assistere al domicilio la persona in condizione di dipendenza vitale.

Per le persone in condizione di non autosufficienza o di disabilità grave la Regione Lombardia ha definito i seguenti interventi (delibera n. 2883 del 12 dicembre 2014) erogati dagli Ambiti territoriali/Comuni con valutazione ISEE:

- Buono sociale mensile, erogabile fino ad un importo massimo di € 800, da considerarsi come supporto per la famiglia, eventualmente aiutata da assistente personale (badante) impiegato con regolare contratto, che decide di assistere al domicilio la persona fragile.
- Buono sociale mensile, erogabile fino ad un importo massimo di € 800, per sostenere progetti di vita indipendente
- Contributi sociali per periodi di sollievo della famiglia.
- Voucher socio-sanitari contributo economico, assegnato dall' ASL sottoforma di "titolo di acquisto", articolato su diversi Profili di cura, stabiliti in base all'intensità dell'assistenza necessaria. Può essere utilizzato esclusivamente per ottenere prestazioni di assistenza domiciliare socio-sanitaria/cure palliative/prelievi a domicilio. Per accedere al Voucher non vi sono limitazioni di età o di reddito e le prestazioni erogate sono completamente gratuite. Il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia rilascia all'utente/familiare la richiesta di attivazione ADI, formulata sul Ricettario Regionale specificando il bisogno di ADI. Insieme alla richiesta, il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia fornisce l'elenco degli Enti Gestori accreditati all'effettuazione dell'ADI. L'utente/famiglia potrà contattare l'Ente Gestore telefonicamente, al fine di concordare tempi e modalità di presa in carico. In occasione dell'attivazione del Voucher Socio Sanitario gli operatori sanitari dei Punti Fragilità dei Distretti della ASL potranno effettuare una visita domiciliare al fine di una valutazione complessiva dei bisogni assistenziali.
- Potenziamento degli interventi tutelari domiciliari per persone che già usufruiscono del Servizio di Assistenza Domiciliare da parte del Comune di residenza.

È prevista l'erogazione di contributi alla persona disabile o alla sua famiglia per l'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati (legge regionale 23 del 1999).

#### **47. Cosa vuol dire assistenza ADI?**

Da luglio 2012, la Regione Lombardia ha dato avvio al processo di riforma complessiva degli interventi a sostegno della domiciliarità, che ricomprende la sperimentazione di un nuovo modello di valutazione dell'utente fragile. (DGR n. 1746/2011 e Decreto Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032/2012) per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si intende l'intervento, a domicilio del paziente, di Infermieri Professionali, Terapisti della Riabilitazione, personale addetto all'igiene del paziente (ASA/OSS) ed altri operatori sanitari secondo un piano di cura personalizzato (Piano di Assistenza Individuale - PAI). **Chi ne ha diritto?** L'ADI è rivolta a persone in situazioni di fragilità, senza limitazioni di età o di reddito, caratterizzate dalla presenza di:

- una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo;
- una condizione di non deambulabilità e di non trasportabilità presso i presidi sanitari ambulatoriali.

Laddove il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Famiglia del paziente ritenga necessaria l'attivazione dell'ADI, questa verrà erogata mediante l'assegnazione del Voucher Socio Sanitario Regionale.

#### **48. Esistono altre opportunità nel complessivo sistema d'offerta?**

La progressiva riforma del sistema d'offerta di servizi per le persone con disabilità e la recente normativa ha aperto la strada ad opportunità ancora in via di sviluppo che possono

rappresentare un'ulteriore occasione per la tutela dei diritti di accesso al sistema dei servizi rivolti alle persone con disabilità.

– Lo Sportello Disabili assolve le funzioni divulgative fornendo informazioni e consulenza personalizzata, attraverso la diffusione di notizie e appuntamenti su siti internet e newsletter ed è presente sul territorio lombardo grazie al Camper Mobile dello Sportello Disabili.

– L'ufficio di Protezione Giuridica si rivolge alle persone prive di autonomia o incapaci di provvedere ai propri interessi, e prevede lo sviluppo di servizi e iniziative per garantire il diritto ad avere al proprio fianco un Amministratore di sostegno (legge n. 6/2004).

– L'Ufficio di Pubblica Tutela, istituito presso le Asl e le Aziende Ospedaliere, è uno spazio per la promozione dei diritti del cittadino con disabilità, che fornisce agli utenti (persone con disabilità e loro famiglie) un supporto nella tutela dei loro diritti. L'Upt interviene mediante l'esame, lo studio e l'indagine di casi concreti, al fine di consentire agli utenti di tutelare i propri diritti inerenti alle prestazioni in materia sanitaria e socio-sanitaria.

#### **49. E se il paziente da adolescente fa ingresso nella vita adulta?**

Nell'età compresa tra i 15 ed i 25 anni i ragazzi con disabilità ed i loro familiari prendono contatto con l'insieme di diritti e servizi che contraddistinguono la vita adulta. Il sistema di tutela offerto dalla scuola viene meno, le attività riabilitative vedono via via esaurire la loro funzione e anche le relazioni sociali si complicano con il progressivo accentuarsi dell'importanza della performance nelle attività extra scolastiche dei ragazzi e per tendenze protettive ancora presenti in molte famiglie nei confronti dei figli con disabilità. Nel vissuto di molti ragazzi e dei genitori si tratta di



una seconda fase di incontro con la disabilità: nel momento in cui i ragazzi sentono il desiderio di uscire di casa, di prendere le distanze dai genitori, di sperimentarsi in diverse situazioni, le porte iniziano a chiudersi. L'entrata nella maggiore età per le persone con disabilità significa il passaggio da un sistema di servizi e opportunità protettivo e inclusivo, ad un sistema rigido in cui, a seconda del "grado" di disabilità si prevede un percorso di vita prestabilito. Il sistema di welfare in Lombardia, analogamente a quello nazionale, muove dall'assunto che sia bene favorire "la permanenza a domicilio della persona con disabilità", e in questa ottica si prevedono servizi di assistenza domiciliare, che sostengono il prolungamento nel tempo del compito assistenziale della famiglia, offrendo diversi benefici a supporto di questa funzione.

## 50. Ho diritto ad una pensione?

Per invalidità si intende la difficoltà a svolgere alcune funzioni tipiche della vita quotidiana o di relazione, a causa di una menomazione o di un deficit psichico o intellettivo, della vista o dell'udito. Essa viene definita in percentuale, nel caso in cui l'interessato sia maggiorenne. Tra le minorazioni civili, rientrano anche la cecità e il sordomutismo. L'invalidità civile si differenzia dall'handicap, poiché quest'ultima è una situazione di svantaggio sociale, che dipende non solo dalla disabilità o menomazione, ma anche dal contesto sociale di riferimento in cui una persona vive. Una persona può ottenere sia la certificazione di invalidità civile, cecità o sordomutismo, sia quella di handicap. L'invalidità civile si differenzia dagli altri tipi di invalidità per il fatto di non richiedere alcun versamento contributivo. Essa è perciò oggetto di prestazioni solo assistenziali. Il riconoscimento del diritto a tali prestazioni è collegato alla combinazione di tre diversi requisiti:

- sanitari (tipo e percentuale di invalidità);
- di età;
- di reddito.

I requisiti sanitari vengono accertati dall'Inps, grazie a convenzioni stipulate con le Regioni. Tale funzione, precedentemente svolta da una Commissione Medica, istituita presso la Asl competente, è stata attribuita all'Inps dalla Legge n. 111 del 2011. La domanda per ottenere il riconoscimento dell'invalidità civile, dal 1 gennaio 2010, va presentata all'Inps stesso, tramite una procedura on line disponibile sul sito dell'Istituto. L'eventuale riconoscimento, che viene espresso in percentuale, comporta la possibilità di godere di vari benefici, quali il percepimento di pensioni, indennità, agevolazioni fiscali, congedi e permessi lavorativi, esenzione dal ticket ecc. Il riconoscimento delle diverse soglie di invalidità civile può dar diritto a differenti **benefici** (come prestazioni sanitarie gratuite, assunzione obbligatoria al lavoro, esenzione dal ticket), oltre che a diversi tipi di "**provvidenze economiche**". Eccole in sintesi.

- **Assegno mensile di assistenza:**  
invalidi civili almeno al 74%, età tra i 18 e i 65 anni, nessuna attività lavorativa, reddito inferiore a 4.408,95 euro.
- **Pensione di inabilità:**  
invalidi civili al 100%, età tra i 18 e i 65 anni, impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, reddito inferiore a 15.154,24 euro.
- **Indennità di accompagnamento:**  
invalidi civili al 100% con incapacità di deambulare o che necessitino di assistenza continua e che non siano ricoverati gratuitamente in istituto.

- **Indennità mensile di frequenza:**  
minori di 18 anni con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età, reddito annuo personale inferiore a 4.408,95 euro.
- **Assegno sociale:**  
invalidi civili, titolari di pensione di inabilità o di assegno mensile, dopo il compimento del 65esimo anno di età.

## **ACCENNI DI NEUROPSICOLOGIA**

### **51. Cosa sono i deficit cognitivi?**

I DISTURBI COGNITIVI sono tutte le alterazioni o disfunzioni nelle **funzioni cognitive** di cui si occupa il neuropsicologo.

Le funzioni cognitive sono: attenzione, memoria, percezione, ragionamento.

Da queste funzioni basiche derivano le funzioni cognitive complesse:

- orientamento nello spazio, nel tempo, nelle relazioni con sè e con gli altri;
- linguaggio come competenza di gestire sistemi logici e simbolici;
- abilità prassiche sia come pianificazione, sia come esecuzione di prodotti finiti;
- funzioni esecutive che supervisionano tutte le funzioni cognitive dei livelli inferiori, e che, qualora danneggiate, causano gravi disturbi della intenzionalità;
- intelligenza è in realtà molte intelligenze ovvero molte funzioni che risolvono problemi complessi. Il Q.I. è una misura dell'intelligenza scolastica, e non una misura delle intelligenze artistiche e tecniche

### **52. Cos'è la memoria?**

La **memoria** è la capacità del cervello di conservare informazioni, ovvero quella funzione psichica o mentale volta all'assimilazione, alla ritenzione e al richiamo, sotto forma di ricordo, di informazioni apprese durante l'esperienza o per via sensoriale. Si possono classificare i tipi di memoria in base ad almeno due criteri:

- La persistenza del ricordo.
- Il tipo di informazioni memorizzate.

La memoria, detta anche funzione mnestica, non risulta necessariamente stabile a parità di contenuti o classi di stimoli ed è influenzata da elementi affettivi (come emozione e motivazione), oltre che da elementi riguardanti il tipo di informazione da ricordare. Questa funzione psichica si delinea dunque come un processo legato a molti fattori, sia cognitivi che emotivi, e come un processo eminentemente attivo (e quindi non, o almeno non solo, un processo automatico o incidentale). Il più diffuso criterio di classificazione della memoria si basa sulla durata della ritenzione del ricordo, identificando tre tipi distinti di memoria: la *memoria sensoriale*, la *memoria a breve termine*, e la *memoria a lungo termine*. Alcune delle informazioni contenute nella *memoria sensoriale*, possono passare, opportunamente codificate, nella *memoria a breve termine*, che può conservarle fino a pochi minuti. Alcune delle informazioni contenute nella *memoria a breve termine*, possono passare nella *memoria a lungo termine*, che può conservarle per giorni oppure tutta la vita. Per esempio, se ascoltiamo un numero a caso di sette cifre in una lingua a noi completamente incomprensibile, siamo in grado di ripeterlo solo immediatamente dopo averlo

ascoltato (*memoria sensoriale*). Nella memoria a lungo termine distinguiamo vari tipi di memoria:

- Memoria autobiografica: risponde alla domanda chi sono?
- Memoria semantica: risponde alla domanda che cosa conosco? Come ci si comporta al ristorante? Come si viaggia in autobus?
- Memoria procedurale: risponde alla domanda che cosa so fare?

### **53. Che cosa è l'attenzione?**

L'attenzione è un processo cognitivo che permette di selezionare *stimoli ambientali*, ignorandone altri, ossia è una funzione che permette di isolare le informazioni pertinenti e rilevanti rispetto a un problema da risolvere o a un contesto, considerando le infinite informazioni in arrivo sia da dentro sia da fuori di noi. Una metafora spesso usata è quella del *filtro*, che lascia passare soltanto gli *stimoli rilevanti*. L'attenzione è un processo cognitivo che permette di selezionare *stimoli ambientali*, ignorandone altri. La teoria dell'arousal presuppone che il livello di attivazione vari lungo un continuum che va dal sonno all'eccitazione diffusa. Il livello di attivazione psicofisiologica è considerato un fattore importante nella determinazione dell'efficienza di un soggetto in prestazioni o compiti.

### **54. Che cos'è la percezione?**

Processo cognitivo con cui si acquisisce la consapevolezza e la conoscenza di una realtà esterna mediante i sensi. La percezione è definibile come quel processo psichico che opera la sintesi dei dati sensoriali in forme dotate di significato. Tale processo ha poi ripercussione sul comportamento e sull'adattamento all'ambiente. È importante distinguere tra *sensazioni* e *percezioni*: per **sensazioni** si intendono gli effetti immediati del contatto dei nostri recettori sensoriali con i segnali provenienti dall'esterno mentre le percezioni corrispondono all'organizzazione dei dati sensoriali in un'esperienza.

### **55. Che cos'è l'aprassia?**

L'aprassia è un disturbo neuropsicologico del movimento volontario, definito come l'incapacità di compiere gesti coordinati e diretti a un determinato fine, sebbene siano mantenute inalterate la volontà del soggetto e la sua capacità motoria. Esistono vari tipi di aprassia:

- Aprassia ideativa: il paziente non sa cosa fare, ha perso la conoscenza dell'uso di un oggetto.
- Aprassia ideomotora: il paziente non sa come fare, presenta deficit nell'imitare dei gesti.
- Aprassia dell'abbigliamento: il paziente non sa far corrispondere spazialmente parti del corpo con parti degli indumenti e non sa disporre sequenzialmente gli indumenti.

### **56. Che cos'è la disartria?**

La disartria (dal greco  $\delta\upsilon\sigma$  "duro", "difficile", "difficoltoso" e  $\alpha\rho\theta\rho\omega\sigma\iota\varsigma$  "articolazione") è un disturbo motorio del linguaggio che deriva da una lesione di tipo neurologico che

coinvolge la componente motoria del linguaggio ed è caratterizzata da una scarsa capacità di articolazione dei fonemi; i problemi coinvolgono la muscolatura deputata a produrre il linguaggio, spesso al punto da rendere estremamente difficoltose le parole. Quando la disartria progredisce o si presenta come una totale perdita della capacità di linguaggio spesso ci si riferisce ad essa con il termine di **anartria**.

### 57. Che cos'è l'anartria?

L'aprassia dell'articolazione o anartria è un deficit della programmazione articolatoria, che consegue ad una lesione del solo emisfero sinistro e che non dipende da paresi dei muscoli coinvolti nella realizzazione dei suoni del linguaggio. I pazienti articolano con fatica, dando l'impressione di una lotta per la realizzazione delle posizioni articolatorie desiderate. Il meccanismo principale del disturbo è una perdita della capacità di integrare spazialmente e temporalmente l'attività dei singoli muscoli e quindi dei singoli articolatori che intervengono nella produzione dei suoni del linguaggio.

A differenza della **disartria**, l'aprassia dell'articolazione è un disturbo motorio della sola articolazione, ciò significa che i movimenti non articolatori del distretto bucco-linguo-facciale non sono coinvolti, cioè il paziente non ha problemi, per esempio, nei movimenti di apertura e chiusura della bocca o di protrusione e retrazione linguale.

Gli individui affetti da disartria possono sperimentare problemi nella:

- sincronizzazione
- qualità vocale
- intonazione
- volume
- controllo del respiro
- velocità
- forza
- costanza
- gamma
- tono

### 58. Che cos'è l'afasia?

L'afasia (dal greco ἀφασία "mutismo") è la perdita della capacità di produrre o comprendere il linguaggio, dovuta a lesioni alle aree del cervello deputate alla sua elaborazione, generalmente sono nell'emisfero sinistro.

Le alterazioni comprese nel termine di afasia possono riguardare vari aspetti del linguaggio:

- Comprensione;
- Produzione;
- Ripetizione;
- Strutturazione.

Il fenomeno si può manifestare in vari modi: può venire meno la capacità di riconoscere una parola o di scegliere la parola adatta, una parola può essere sostituita con un'altra di significato diverso ma della stessa famiglia (ora invece di orologio) o può essere usata una parola sbagliata ma dal suono simile a quella giusta (zuccotto invece di cappotto) o una parola completamente diversa e senza alcun legame apparente con quella corretta; il disturbo inoltre può coinvolgere solo il parlato, la

capacità di ripetere una frase, la strutturazione di un discorso di senso compiuto, o anche solo la capacità di scrivere.

Una prima importante differenza fra afasici è basata sulla fluency dell'eloquio:

- Afasie fluenti: gli afasici fluenti hanno un eloquio relativamente produttivo, riescono a generare una ventina di parole al minuto con frasi composte da 5-6 elementi; dispongono di una prosodia e di un'intonazione della frase relativamente normali. Generalmente non sembrano rendersi conto dei propri deficit. Il loro linguaggio è caratterizzato dalla presenza di parole appropriate e di parole prive di nesso; le frasi, spesso lunghe, non seguono le regole della sintassi e sono rese imprecise dall'utilizzo frequente di perifrasi. Nei casi più gravi, l'afasico fluente riesce a produrre soltanto parole senza senso, generando un linguaggio completamente vuoto.
- Afasie non-fluenti: gli afasici non-fluenti sono caratterizzati da una scarsa produzione verbale spontanea, riescono a produrre soltanto parole isolate o frasi molto brevi composte da 2-3 elementi, riducendo l'espressione in alcuni casi ad una stereotipia o ad una formula verbale; hanno una prosodia ed un'intonazione della frase fortemente rallentate e anormali. Utilizzano strutture sintattiche molto semplici: impiegano pochi verbi, a volte neanche coniugati, ed usano uno stile telegrafico, cioè non utilizzano particelle come articoli, preposizioni e pronomi.

## 59. Che cos'è la parafasia?

La parafasia è un disturbo del linguaggio che consiste nella sostituzione di termini esatti con altri sbagliati o nel cambiamento d'ordine di sillabe o parole per cui il discorso, nelle forme più gravi del disturbo, risulta di difficile o impossibile comprensione.

La parafasia può essere ulteriormente suddivisa in 3 categorie:

- Parafasie semantiche/fonologiche: la sostituzione di un termine con un altro che a livello semantico appartiene alla stessa categoria di significato, ad esempio pecora invece di capra.
- Parafasia fonologiche: la sostituzione di un termine con un altro che gli somiglia a livello fonologico, ad esempio il paziente dice coltello invece che martello.
- Parafasie verbali fonemiche: il soggetto involontariamente omette, sostituisce, traspone o ripete dei fonemi all'interno di una parola. A titolo di esempio: tigre diviene trighe, corda diviene coda oppure ancora bambino diviene pampino.
- Parafasie neologistiche. In questo caso avviene la sostituzione di una o più lettere all'interno di una parola al punto da rendere il termine non più identificabile. Ad esempio la parola bambino diviene bentino.

## 60. Che cos'è l'agnosia?

L'agnosia (dal greco a-gnosis, "non conoscere") è un disturbo della percezione caratterizzato dal mancato riconoscimento di oggetti, persone, suoni, forme, odori già noti, in assenza di disturbi della memoria e in assenza di lesioni dei sistemi sensoriali elementari.

L'agnosia è classificata in:

- Appercettiva: il soggetto, in assenza di deficit sensoriale, non è capace di comporre i dati dello stimolo e integrarli in una unità percettiva strutturata; un paziente con agnosia appercettiva nella modalità visiva non è in grado di

eseguire un disegno su copia, di descriverlo accuratamente nei suoi particolari e di distinguerlo da oggetti visivamente simili.

- **Associativa:** un paziente, la cui analisi percettiva è integra, non è in grado di confrontare la rappresentazione percettiva strutturata di uno stimolo con le conoscenze presenti nel magazzino semantico (relative agli stimoli conosciuti) e quindi di attivare le conoscenze relative all'oggetto (il suo nome, il corretto uso, ecc); dunque il deficit è soltanto per quanto riguarda la categorizzazione semantica di un oggetto. Per esempio il paziente può essere in grado di riconoscere visivamente una forchetta come un oggetto conosciuto (analisi percettiva intatta), ma non sa dire a cosa serve.

Esistono delle forme particolari di agnosia, che riguardano nello specifico uno dei 5 sensi:

- Tra le agnosie visive: prosopagnosia, agnosia (o amnesia) per i volti familiari.
- Agnosia delle dita, incapacità a riconoscere le proprie mani, detta anche agnosia digitale.
- Anosagnosia: incapacità di riconoscere la propria patologia o deficit.
- Autopagnosia: incapacità di individuare e indirizzare le diverse parti del corpo nello spazio e dalla mancanza di riconoscimento del proprio corpo e di parti di esso.
- Negligenza spaziale unilaterale, neglect vedi Voce 59.

### **61. Che cos'è la negligenza spaziale unilaterale (Neglect)?**

La negligenza spaziale unilaterale (NSU), nota anche come eminegligenza spaziale o sindrome neglect o eminegligenza spaziale unilaterale, è un disturbo della cognizione spaziale nel quale, a seguito di una lesione cerebrale, il paziente ha difficoltà ad esplorare lo spazio controlaterale alla lesione e non è consapevole degli stimoli presenti in quella porzione di spazio esterno o corporeo e dei relativi disordini funzionali.

Più frequentemente la lesione è situata nell'emisfero destro ed il deficit si manifesta in un'incapacità di orientare l'attenzione in direzione opposta alla lesione quindi verso sinistra.

Oltre alla mancanza di consapevolezza dello spazio controlesionale, sono presenti altri deficit come riduzione delle capacità attentive, tendenza patologica a focalizzarsi sui dettagli, basse capacità di memoria visuospatiale e deficit nella pianificazione ed esecuzione di attività nell'emispazio controlesionale. Possono essere presenti anche deficit motori, rappresentativi, attenzionali ed esplorativi sempre per l'emispazio sinistro.

### **62. Che cos'è l'alessia?**

Alessia è il termine che, in neuropsicologia, indica un disordine patologico della sfera sensoriale, consistente nella perdita delle competenze cognitive che permettono la lettura.

### **63. Che cos'è l'emianopsia?**

L'emianopsia consiste nella perdita di metà del campo visivo. Può colpire la metà destra/sinistra o la metà alta/bassa del campo visivo.

#### **64. Che cos'è la sindrome dell'arto fantasma?**

La sindrome dell'arto fantasma è la sensazione anomala di persistenza di un arto dopo la sua amputazione o dopo che questo sia diventato insensibile: il soggetto affetto da questa patologia ne avverte la posizione, accusa sensazioni moleste e spesso dolorose, talora addirittura di movimenti come se questo fosse ancora presente.

Questa sensazione, assolutamente normale e che non rientra in nessun tipo di problema psichico, è la dimostrazione più evidente dell'esistenza dello schema corporeo, che persiste nonostante dall'arto amputato non giungano più impulsi nervosi ai centri corticali.

La sindrome dell'arto fantasma è un fenomeno abbastanza comune e può manifestarsi in svariati modi diversi. Le sensazioni riferite possono essere di natura tattile, dolorifica e motoria, inoltre l'arto può apparire al soggetto mobile o immobilizzato in una posizione fissa, solitamente quella precedente all'amputazione. I casi di dolore all'arto fantasma sono particolarmente difficili da combattere e sono particolarmente opprimenti dal punto di vista psicologico.

#### **65. Che cos'è la visione cieca?**

Il fenomeno della visione cieca (o blindsight) consiste nel mantenimento della capacità di localizzare uno stimolo visivo situato nella parte del campo visivo colpita da scotoma e quindi cieca.

#### **66. Che cos'è lo scotoma?**

Lo scotoma (similmente alla emianopsia) sta ad indicare, nel linguaggio medico, un'area di cecità, parziale o completa, all'interno del campo visivo, generalmente dovuta a lesioni del tessuto nervoso. È caratterizzata da una zona cieca, attorno alla quale la percezione visiva è generalmente buona.

#### **67. Che cos'è l'amnesia?**

Nel linguaggio medico, l'amnesia è un disturbo della memoria a lungo termine episodica. La persona affetta da amnesia può essere incapace di ricordare eventi della sua vita recente, o in casi gravi anche eventi remoti, e può non riuscire ad acquisire stabilmente nuovi ricordi, mentre in genere è preservata la capacità di imparare nuove azioni. Esistono vari tipi di amnesie:

- amnesia retrograda, cioè perdita di memoria per eventi accaduti prima della causa, ma completa lucidità per tutto ciò che è successo in seguito.
- amnesia anterograda, cioè perdita di memoria che non compromette i ricordi passati, ma limita enormemente la capacità dell'individuo di memorizzare informazioni nuove.
- amnesia globale, cioè riguardante entrambi gli aspetti sopra citati.
- amnesia lacunare, cioè perdita di memoria che interessa uno specifico periodo di tempo, che non viene ricordato dal paziente. Tale perdita di memoria è però



limitata ad alcune ore o al massimo a giorni, ossia un breve periodo, dopo il paziente non ricorda quanto accaduto durante le ore precedenti. Essa si contrappone dunque all'amnesia retrograda, che causa invece la perdita di memoria di tutto il passato del degente.

- amnesia senso-specifica, se riguarda un unico senso.

## **68. Che cos'è il disorientamento?**

Il disorientamento in psichiatria si definisce come la perdita di conscio mentale relativo alla percezione spazio-temporale. Chi ne soffre non è in grado di capire e identificare in modo chiaro il tempo e il luogo reali in cui si trova.

## **69. Che cosa sono le funzioni esecutive?**

Le funzioni esecutive sono un complesso sistema di moduli funzionali della mente, che regolano i processi di pianificazione, controllo e coordinazione del sistema cognitivo, e che governano l'attivazione e la modulazione di schemi e processi cognitivi. Fra queste, troviamo:

- l'organizzazione delle azioni in sequenze gerarchiche di mete ed obiettivi;
- lo spostamento flessibile dell'attenzione sulle informazioni rilevate;
- l'attivazione di strategie appropriate e l'inibizione di risposte non adeguate.

L'impiego delle funzioni esecutive è indispensabile in tutti i tipi di problem solving, non solo in quelli più complicati ed astratti.

Le lesioni al lobo frontale determinano sintomi comportamentali che possono mimare le sindromi psichiatriche; i principali disturbi del comportamento sono raggruppabili in funzione dei sintomi salienti.

## **70. Che cos'è il disturbo della motivazione?**

La motivazione è la spinta ad agire e influenza tutte le fasi del comportamento. I disturbi della motivazione sono:

- Apatia: riduzione dei comportamenti diretti ad uno scopo;
- Abulia: assenza di tendenza a muoversi e comunicare;
- Anedonia: incapacità di provare piacere in alcuna attività.

## **71. Che cos'è il disturbo da disinibizione?**

La disinibizione è una sindrome complessa che si esprime in modo variabile con aggressività, impulsività, irascibilità e disturbi dell'attività motoria, della condotta personale e sociale; i pazienti conoscono le norme, ma non riescono a rispettarle.

## **72. Che cos'è il problem solving?**

Il problem solving è un'attività del pensiero che un organismo o un dispositivo di intelligenza artificiale mettono in atto per raggiungere una condizione desiderata a partire da una condizione data. Il problem solving indica più propriamente l'insieme

dei processi atti ad analizzare, affrontare e risolvere positivamente situazioni problematiche.

## **LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA**

### **73. Che cos'è la valutazione neuropsicologica?**

La valutazione neuropsicologica consiste nell'esame dei deficit a carico dei processi cognitivi (memoria, linguaggio, attenzione, ragionamento, percezione, abilità visuo-spaziali, abilità coinvolte nell'esecuzione di sequenze motorie) e delle annesse implicazioni di tipo psicologico, affettivo e di personalità conseguenti a danni cerebrali; si propone di analizzare il tipo di deficit evidenziato dal test di screening o, semplicemente, lamentato dal paziente o riscontrato dai familiari. L'assunto che sottende questa tipologia di intervento è che i processi cognitivi sono correlati con il funzionamento di specifiche strutture cerebrali, il cui danno può generare disturbi delle funzioni cognitive; tali disturbi producono un effetto a livello comportamentale ed è necessario effettuare una stima del deficit a livello cognitivo, attraverso l'impiego di appositi strumenti di valutazione definiti, appunto, "test neuropsicologici" o "test cognitivi".

A tale scopo vengono utilizzati svariati test, spesso aggregati in batterie neuropsicologiche somministrabili in un periodo di tempo non troppo lungo (45-60 minuti), che esplorano in modo specifico deficit cognitivi, quali: amnesia (disturbo della memoria), afasia (disturbo del linguaggio), aprassia (incapacità di compiere gesti, ovvero una successione ordinata di movimenti volontari), agnosia (incapacità di riconoscere oggetti o simboli), neglect (incapacità di orientare l'attenzione in direzione opposta alla lesione).

La valutazione neuropsicologica, specialmente quando è premessa alla definizione di un programma riabilitativo delle funzioni cognitive e comportamentali, richiede una attenta analisi delle capacità residue e delle modalità attraverso le quali la persona le mette in atto.

Infatti, successivamente alla valutazione neuropsicologica, possono essere proposte le seguenti misure d'intervento:

- la riabilitazione neuropsicologica
- la stimolazione neuropsicologica

### **74. Perché fare la valutazione neuropsicologica?**

L'esame neuropsicologico viene eseguito allo scopo di contribuire alla diagnosi medica; pianificare un intervento riabilitativo tenendo conto delle abilità cognitive compromesse e delle abilità preservate; monitorare, attraverso controlli ripetuti (follow up), il decorso di alcune patologie come accade per le forme di decadimento cognitivo nelle Demenze oppure nella Malattia di Parkinson; modulare la terapia farmacologica; valutare l'efficacia di un trattamento neurocognitivo.

### **75. Le fasi della valutazione neuropsicologica.**

La valutazione si articola in diverse fasi:

1. un colloquio con il paziente e i familiari volto alla valutazione dello stato psicologico generale e alla raccolta di informazioni mediche e relative alla vita recente e remota del paziente;
2. la somministrazione dei test neuropsicologici. Si tratta prevalentemente di prove standardizzate, le quali prevedono che gli stimoli e le procedure di somministrazione siano definiti rigorosamente e la prestazione del paziente sia comparata con quella di un campione di controllo;
3. la formulazione della diagnosi neuropsicologica;
4. la restituzione conclusiva sulla valutazione, tramite la stesura di una relazione che evidenzia le aree deficitarie e traccia un profilo cognitivo-comportamentale utile agli scopi sopraelencati.

## **LA RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA**

### **76. Che cos'è la riabilitazione neuropsicologica?**

La riabilitazione neuropsicologica è quel settore delle neuroscienze che si occupa della riabilitazione delle persone affette da patologie cerebrali focali o diffuse che determinano la compromissione di una o più funzioni cognitive e/o comportamentali. Essa ha lo scopo di favorire il recupero delle abilità cognitive danneggiate per compensare i deficit e migliorare la capacità di adattamento del paziente. Si occupa, inoltre, dei disturbi del comportamento ed emozionali e ha come obiettivo il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile tenendo conto delle limitazioni e delle risorse disponibili.

In genere il protocollo riabilitativo prevede una fase di approfondimento anamnestico relativo alla storia clinica, alle manifestazioni patologiche cognitive e comportamentali intervenute dopo la lesione cerebrale e alla loro evoluzione nel tempo; di seguito la valutazione neuropsicologica si avvale dell'utilizzo di test validati e scientificamente comprovati che esplorano le singole funzioni cognitive, il comportamento relazionale ed emotivo e le funzioni intellettive generali; quando è possibile, la valutazione deve essere completata con una osservazione delle capacità cognitive e del comportamento della persona in ambito ecologico.

### **77. Che cosa si fa nella riabilitazione neuropsicologica?**

La riabilitazione neuropsicologica prevede una serie di interventi che variano in relazione al tipo di disturbo e alla abilità preservate.

- Linguaggio: gli interventi mirano alla riduzione o scomparsa dei deficit e sono esercizi ripetitivi
  - Deficit semantico: esercizi mirati al significato delle parole;
  - Deficit lessicale: esercizi fonologici;
  - Deficit grammaticali: esercizi per il passaggio dal livello semantico alla costruzione della frase.
- Aprassia

- Eliminare gli oggetti presenti nell'ambiente che potrebbero essere pericolosi o distrattori;
- Addestramento diretto o esplorativo all'uso degli oggetti;
- Imitazione dei gesti del terapeuta.
- Memoria a breve termine verbale:
  - Ripetizione di parole.
- Memoria a lungo termine (amnesia):
  - Fornire un numero sempre minore di suggerimenti per rievocare un'informazione;
  - Mnemotecniche: metodi cognitivi attivi. Volti ad ottimizzare la codifica e il richiamo dell'informazione;
  - Rievocazione ad intervalli di tempo sempre maggiori;
  - Ripetizione;
  - Ausili esterni (agende, sveglie).
- Neglect:
  - Addestramento all'esplorazione visuo-spaziale mediante l'uso di un segnale luminoso che faciliti l'esplorazione del campo visivo di sinistra;
- Attenzione:
  - Trattamenti non specifici: compiti di discriminazione uditiva o visiva;
  - Trattamenti specifici: esercizi per trattare i singoli processi dell'attenzione (divisa, selettiva, sostenuta, allerta): risposte selettive in condizioni diverse (con distrattori, senza distrattori, con audio, senza audio, risposta ad un solo stimolo, a più stimoli etc).
- Valutazione cognitiva globale:
  - Mini Mental State Examination;
  - Frontal Assessment battery;
  - Test dell'orologio;
  - WAIS-IV.

## **IL TABLET E LO SMARTPHONE**

### **78. Perché il tablet o lo smartphone nella riabilitazione neuropsicologica?**

L'utilizzo di smartphone e tablet a supporto delle attività quotidiane di persone con disabilità cognitiva e relazionale, consente livelli di autonomia personale e di indipendenza indispensabili per l'inclusione sociale e l'accesso al lavoro.

Cooperativa Progettazione prevede l'utilizzo di Tablet e Smartphone e di APP dedicate che intervengono su operazioni più o meno semplici e competenze sociali elementari e complesse; l'utilizzo delle APP permette di lavorare sulle seguenti aree cognitive, comportamentali e sensoriali:

- Apprendimento
- Attenzione
- Elaborazione informazioni
- Intelligenza e astrazione
- Linguaggio
- Memoria
- Movimento volontario e velocità motoria

- Percezione visuo-spaziale, tattile e acustica
- Orientamento spazio-temporale
- Stato cognitivo globale
- Aspetti comportamentali
- Socializzazione

## **79. Perché le APP?**

I bisogni di persone con difficoltà cognitive sono soprattutto legati alla gestione della vita di tutti i giorni. Il limite, totale o parziale, di elaborare informazioni e sfruttare le proprie abilità, riduce le autonomie, crea dipendenza dalla famiglia e non consente libertà di scelta. Progettazione propone specifiche sessioni riabilitative con un programma di ausili formato da un tablet e da una serie di Applicazioni (APP). L'obiettivo primario è quello di mantenere e accrescere le abilità legate alla vita quotidiana per acquisire un maggior livello di autonomia e sviluppare le abilità personali.

## **80. A cosa servono le APP?**

Le APP servono a:

- Sfruttare al massimo le capacità residue;
- Attivare canali di pianificazione comportamentale;
- Eseguire correttamente le attività quotidiane;
- Aumentare la consapevolezza in base agli scopi da raggiungere;
- Migliorare la capacità di organizzazione di concetti, spazi, tempi ed impegni;
- Utilizzare il TABLET per aiuto e supporto nelle situazioni di emergenza (disorientamento, mancanza memoria...);
- Potenziare la socializzazione e la partecipazione alla vita sociale reale;
- Utilizzare il TABLET per "allenarsi" in qualsiasi momento della giornata.

## **81. Quali sono le aree di intervento con le APP?**

Le APP possono essere divise principalmente in due macro-aree:

- Le APP dedicate alla riabilitazione (sfera cognitivo-intellettiva) comprendono esercizi mirati al mantenimento e allo sviluppo delle funzioni mnestiche, attentive, visuo-percettive e di problem-solving.
- Le APP definite "ecologiche" sono invece quelle deputate al sostegno nella quotidianità. Sono quindi ausili che possono essere utilizzati ad es. per le faccende domestiche, il lavoro, la burocrazia o spostamenti sul territorio.

## **82. GeoAPP cosa è?**

GeoApp è una tecnologia per il controllo degli spostamenti di persone con disabilità. Il Progetto è studiato per l'utilizzo specifico nei casi di monitoraggio di persone con disabilità, difficoltà di orientamento e sviluppo delle autonomie personali. GeoApp, è stato infatti progettato, programmato e realizzato, per consentire di conoscere il luogo nel quale si trova e/o la strada sta percorrendo un proprio congiunto.



Per fare ciò è sufficiente scaricare un'App che si avvale della moderna tecnologia di localizzazione GPS e che permette di:

- geolocalizzare su una mappa la posizione della persona che si intende seguire;
- chattare con la persona in tempo reale;
- mappare luoghi noti sulla mappa (scuola, lavoro, centro di riabilitazione);
- attivare il tasto "emergenza" che invia richiesta di aiuto in chat.

## **Indice alfabetico Voci**

### **A**

[Afasia Voce n. 58](#)  
[Agnosia Voce n. 60](#)  
[Aiuto Voce n. 19](#)  
[Alessia Voce n. 62](#)  
[Amici Voce n. 14](#)  
[Amnesia Voce n. 67](#)  
[Anartria Voce n. 57](#)  
[APP Voce n. da 81 a 83](#)  
[Asl Voce n. 42](#)  
[Assistente sociale Voce n. 44](#)  
[Assistenza domiciliare Voce n. 20](#)  
[Assistenza domiciliare Integrata Voce n. 47](#)  
[Aprassia Voce n. 55](#)  
[Attenzione Voce n. 53](#)  
[Autonomie primarie e secondarie Voce n. 24](#)

### **B**

[Buono sociale Voce n. 46](#)

### **C**

[Centro di riabilitazione Voce n. da 12 a 13](#)  
[Centro diurno Voce n. 26](#)  
[Coma Voce n. da 3 a 5](#)  
[Comunità alloggio Voce n. 29](#)  
[Comportamento aggressivo Voce n. 15](#)  
[Cooperativa A Voce n. 31](#)  
[Cooperativa B Voce n. 32](#)  
[CSE Voce n. 28](#)

### **D**

[Day Hospital Voce n. 18](#)  
[Deficit cognitivi Voce n. 61](#)  
[Disartia Voce n. 65](#)  
[Disinibizione Voce n. 71](#)  
[Disorientamento Voce n. 68](#)  
[Dopo il post-acuto Voce n. 23](#)  
[Durata riabilitazione Voce n. 33](#)

### **F**

[Fasi Voce n. 11](#)  
[Fisioterapista Voce n. 37](#)  
[Funzioni esecutive Voce n. 69](#)





**E**

[Educatore professionale Voce n. 43](#)

[Emianopsia Voce n. 63](#)

**G**

[Glasgow Coma Scale Voce n. 6](#)

[GeoApp Voce n. 84](#)

[Grave cerebro lesione acquista Voce n.1](#)

**H**

[Housing sociale Voce n. 30](#)

**I**

[Indennità Voce n. 50](#)

[Inserimento lavorativo occupazionale Voce n. 34](#)

[Invalidità Voce n. 45 e 50](#)

**L**

[Logopedista Voce n. 38](#)

**M**

[Medico di base Voce n. 42](#)

[Memoria Voce n. 52](#)

[Motivazione Voce n. 70](#)

**N**

[Negligenza spaziale unilaterale Voce n. 61](#)

[Neurologo Voce n. 35](#)

[Neuropsicologo Voce n. 40](#)

**O**

[Operatore socio-sanitario Voce n. 41](#)

**P**

[Parafasia Voce n. 59](#)

[Pensione Voce n. 50](#)

[Percezione Voce n. 54](#)

[Preso in carico Voce n. 10](#)

[Presidi Voce n. 17](#)

[Problem solving Voce n. 70](#)

[Psicologo/ psicoterapeuta Voce n. 39](#)

**R**

[Riabilitazione neuropsicologica Voce n. da 78 a 79](#)

[Rianimazione Voce n. da 8 a 9](#)

[Risveglio Voce n. 7](#)



[RSD Voce n. 25](#)

## **S**

[Scotoma Voce n. 66](#)

[SFA Voce n. 27](#)

[Sindrome dell'arto fantasma Voce n. 64](#)

[Smartphone Voce n. 80](#)

[Sondino Voce n. 21](#)

[Sportello disabili Voce n. 48](#)

## **T**

[Tablet Voce n. 80](#)

[Terapista occupazione Voce n. 36](#)

[Test Voce n. 77](#)

[Tornerà come prima Voce n. 22](#)

[Trauma cranico Voce n. 2](#)

[Trattamento ambulatoriale Voce n. 18](#)

## **U**

[Ufficio di Protezione giuridica Voce n. 48](#)

[Ufficio di Pubblica Tutela Voce n. 48](#)

## **V**

[Valutazione neuropsicologica Voce n. da 73 a 77](#)

[Visione cieca Voce n. 65](#)

[Vita adulta Voce n. 49](#)

[Voucher Socio sanitario Voce n. 48](#)