ISTITUTO S. ANNA
CROTONE

Guida per le famiglie

La persona con grave cerebrolesione acquisita nella fase della riabilitazione intensiva

Guida per le famiglie

La persona con grave cerebrolesione acquisita nella fase della riabilitazione intensiva

a cura dell'Istituto S. Anna di Crotone

Al Prof. Giuliano Dolce,
che con passione e determinazione
ha piantato il primo seme.

"Quando la tempesta sarà finita,
probabilmente non saprai neanche tu come
hai fatto ad attraversarla e a uscirne vivo.
Anzi, non sarai neanche sicuro se sia finita per
davvero. Ma su un punto non c'è dubbio...
Ed è che tu, uscito da quel vento, non sarai lo
stesso che vi è entrato."

Haruki Murakami, *Kafka on the Shore*

Unità di Risveglio (UdR)

Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC)

Unità di Recupero e Rieducazione Funzionale (URRF)

Day Hospital

Lungodegenza Specializzata (LDS)

Servizio Oberon

Indice

- **Prefazione** 9
- **Presentazione** 11
  - Scopo della guida 12
- **Il Paziente con grave cerebrolesione acquisita e il progetto riabilitativo individuale come modello d'intervento** 13
- **Il continuum terapeutico e il percorso riabilitativo** 17
- **Conoscere i disturbi di coscienza** 21
  - Il coma 21
  - Lo stato vegetativo/sindrome di veglia non-responsiva 22
  - Lo stato di minima coscienza 23
  - L'emersione 23
  - Valutare il Paziente con disturbo di coscienza 25
  - La stimolazione del Paziente con disturbo di coscienza 27
- **Possibili manifestazioni dopo la fase di emersione** 29
  - Deficit motori 29
  - Deficit della deglutizione 31
  - Deficit della comunicazione 33
  - Deficit delle funzioni cognitive superiori 34
    - Attenzione 35
    - Negligenza spaziale unilaterale 36
    - Memoria 36
    - Funzioni esecutive e comportamento 37
    - Prassie 38
    - Percezione 38
- **La continuità assistenziale nella fase della cronicità** 41
  - La lungodegenza specializzata 42
  - Il servizio Oberon 44
- **Orientarsi in corsia** 47
  - I dispositivi medici: cannula tracheostomica, SNG/PEG, catetere vescicale 47

Complicanze: lesioni da decubito, infezioni,crisi disautonomiche 49

Risorse e benessere dei familiari **52**

Come possiamo esserti d'aiuto 54

Suggerimenti per il benessere psicologico 55

Incontrerai sempre l'assistente sociale 56

Dopo la dimissione: domicilio o altra struttura? 57

Ringraziamenti **59**

Indice abbreviazioni **60**

Diario di bordo **61**

Prefazione

"Tutto all'improvviso è cambiato, il tempo si è fermato e un dolore immenso, misto ad un senso di ingiustizia, ci ha sopraffatto".

Questo è ciò che spesso raccontano i familiari di Pazienti che accedono all'Istituto S. Anna.

Un grave incidente stradale, un ictus o un arresto cardiaco sono eventi che arrivano come fulmini, senza preavviso, e le famiglie si trovano drammaticamente catapultate in una nuova realtà.

Dopo la fase critica trascorsa nel reparto di Rianimazione, un momento molto delicato in cui la famiglia vive momenti spesso drammatici, il Paziente viene trasferito nel reparto di Riabilitazione. Da questo momento inizia una nuova fase del percorso di cura, quella dedicata al recupero, in cui il Paziente sarà seguito e assistito per far fronte a nuovi bisogni.

Si può immaginare il percorso riabilitativo come un cammino costituito da tappe, per la costruzione di un nuovo progetto di vita. Un cammino spesso lungo e difficile, fatto di timori, dubbi, ma anche di speranze e soprattutto di grande forza di fronte alla sofferenza, come testimoniano i vissuti di molti Pazienti e delle loro famiglie.

Sede Via Siris

Sede Poggio Pudano

Presentazione

L'**Istituto S. Anna** è una casa di cura privata, accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), specializzata nella riabilitazione dei Pazienti affetti da alcune delle più complesse patologie in ambito neurologico. E' suddiviso in due sedi: una situata sul mare, nota come sede di Via Siris, ed un'altra presso il quartiere di Poggio Pudano.
Il punto di forza dell'Istituto S. Anna è un modello organizzativo, basato sul **continuum terapeutico**, per la presa in carico dei Pazienti nelle varie fasi del percorso riabilitativo.
L'approccio è di tipo interprofessionale e ha l'obiettivo di tendere al recupero della massima autonomia possibile, come definito dalle linee guida nazionali:

La Riabilitazione è un processo di soluzione di problemi e di educazione nel corso della quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il ***miglior livello di autonomia*** *possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettivo e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte di vita,* ***pur nei limiti degli esiti****.*

Il team che si prende cura del Paziente è costituito da medici, infermieri, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, terapisti occupazionali, operatori socio-sanitari e assistenti sociali, che collaborano fra loro per garantire una presa in carico globale del Paziente e della sua famiglia. È di fondamentale importanza che tra il Paziente, quando possibile, la famiglia e il team riabilitativo si

costruisca un'**alleanza terapeutica** che permetta una relazione di fiducia e di collaborazione, indispensabile al raggiungimento degli obiettivi riabilitativi individuati.

Scopo della guida

La "Guida per le Famiglie" è uno strumento utile sia da consultare in ogni momento del percorso riabilitativo, sia per annotare osservazioni, domande, progressi e difficoltà.

La guida permetterà ai familiari di:

Conoscere la condizione clinica, la conseguente disabilità e il significato del Progetto Riabilitativo Individuale del Paziente con il fine di orientarsi all'interno del percorso riabilitativo per avere una partecipazione attiva e funzionale al raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Sentirsi consapevolmente partecipi al percorso riabilitativo.

Il Paziente con grave cerebrolesione acquisita e il progetto riabilitativo individuale come modello d'intervento

Si definisce **Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA)** un danno cerebrale dovuto ad un trauma, ad emorragia o ischemia cerebrale, ad un danno ipossico/anossico da arresto cardiaco o ad altra patologia che ha comportato un periodo di coma. Il Paziente con una grave cerebrolesione acquisita quasi sempre proviene dai reparti di **Rianimazione o Neurochirurgia**. Il trasferimento all'Unità per Gravi Cerebrolesioni Acquisite avviene in base ad accordi tra i medici del reparto inviante e della struttura di Riabilitazione che lo accoglie secondo ben definiti criteri di trasferibilità.

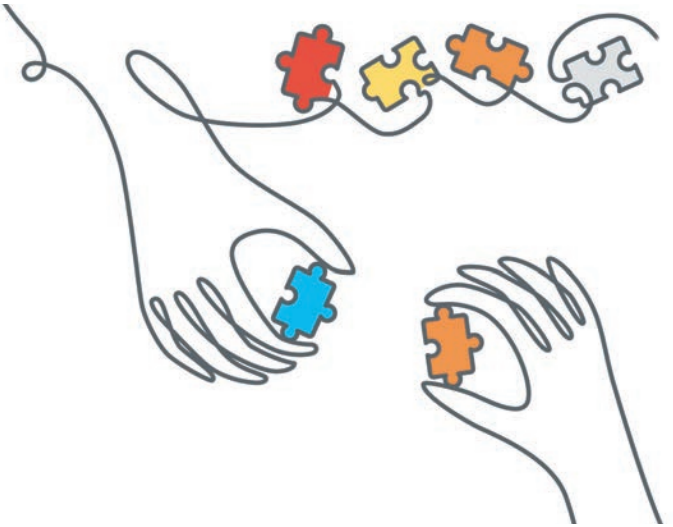
ll percorso riabilitativo di un Paziente con grave cerebrolesione acquisita, dalla fase subacuta alla fase della cronicità, viene definito nei tempi e nelle modalità di presa in carico sulla base di un **Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)** che viene elaborato dai professionisti di un team multiprofessionale e condiviso, negli obiettivi e nei programmi, con i famigliari e, quando possibile, con il Paziente stesso.

Il Progetto Riabilitativo Individuale tiene conto delle caratteristiche cliniche uniche del singolo Paziente che accede in Riabilitazione.

La necessità di un progetto riabilitativo che sia individuale nasce dalla impossibilità di utilizzare un modello di riabilitazione

standard che valga per tipologie di Pazienti molto diverse tra loro. Le possibilità di recupero sono, infatti, diverse in base alla gravità iniziale (ad esempio i Pazienti in stato vegetativo rispetto a coloro che dimostrano già di essere emersi dal disturbo di coscienza), all'età, alle patologie coesistenti e alle possibili complicanze a cui può incorrere il Paziente.

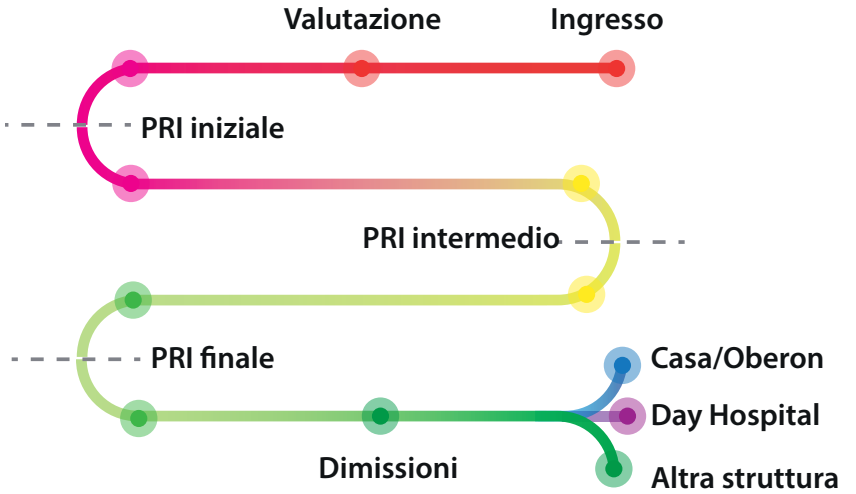
Le valutazioni cliniche e funzionali dei diversi professionisti che prendono in carico il Paziente (medico, infermiere, fisioterapista, terapista occupazionale, psicologo, logopedista, assistente sociale, operatore sociosanitario) definiscono, attraverso il Progetto Riabilitativo Individuale, gli obiettivi che sono realisticamente raggiungibili e finalizzati al recupero neuromotorio e del massimo livello di autonomia nelle attività di vita quotidiana.



Durante il ricovero presso il nostro Istituto viene eseguita, per i Pazienti affetti da disturbo di coscienza, una **valutazione sistematica e periodica del funzionamento cognitivo** e si lavora con l'obiettivo di raggiungere la **stabilizzazione clinica** e lo **svezzamento dai presidi medici**, laddove possibile (cannula tracheostomica, sondino nasogastrico, catetere vescicale, ecc).

Il primo colloquio informativo con i medici circa le condizioni cliniche e neurologiche del Paziente e gli obiettivi a breve termine, avviene solitamente durante la prima settimana di ricovero, tempo necessario per una valutazione che tenga in considerazione tutti i possibili aspetti della complessità clinica.
I successivi colloqui medico-clinici avvengono periodicamente su programmazione, in base all'evoluzione clinica e ad eventuali necessità di fornire informazioni con maggiore frequenza. Quando il Paziente presenta problemi di instabilità clinica, sarà premura del medico di reparto informare tempestivamente i familiari.

TAPPE DEL PERCORSO RIABILITATIVO



Durante il percorso riabilitativo, ogni qualvolta un componente del team o un familiare osservi una modifica rispetto agli obiettivi prefissati, viene organizzato un **PRI di revisione**. In questa fase si propone al familiare di partecipare attivamente al programma riabilitativo.

Nel momento in cui il Paziente raggiunge una stazionarietà funzionale e comportamentale e vi è la prevalenza dei bisogni assistenziali rispetto a quelli riabilitativi, si propone alla famiglia un **PRI finale** per condividere il tipo di percorso assistenziale a lungo termine, in base ai nuovi bisogni e ad un nuovo il progetto di vita del Paziente.

Per i Pazienti con grave disabilità residua, alla famiglia viene proposto un training informativo/formativo nell'ipotesi di un rientro a domicilio, in modo che vi sia maggior consapevolezza del carico assistenziale, oppure il trasferimento in altra struttura residenziale, idonea alle condizioni cliniche del Paziente.

Qualora la famiglia richieda una *seconda opinion*, cioè la valutazione presso altro centro con esperienza, verrà fornita tutta la documentazione necessaria affinché la richiesta venga espletata.

Il continuum terapeutico e il percorso riabilitativo

L'attività dell'Istituto S. Anna si basa su un modello organizzativo unico nel suo genere, chiamato **continuum terapeutico**, che prevede la presa in carico dalla fase subacuta alla fase della cronicità, garantendo la continuità in livelli successivi di cura.

Nella *sede di Via Siris* si trovano i reparti dedicati alla fase subacuta, ovvero la fase di riabilitazione intensiva.

Nell'**Unità di Risveglio (UdR)** vengono accolti i Pazienti provenienti dai reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva che hanno necessità di un monitoraggio continuo dei parametri vitali e di una stabilizzazione clinica, sia che siano ancora in stato vegetativo sia che siano già emersi dal disturbo di coscienza.

Nell'**Unità Gravi Cerebrolesioni (UGC)** vengono ricoverati Pazienti o che provengono dall'Unità di Risveglio, dopo la loro stabilizzazione, o direttamente da reparti quali la Neurochirurgia o la Neurologia/Stroke Unit.

Nell'**Unità di Recupero e Rieducazione Funzionale (URRF)** vengono ricoverati Pazienti con patologie del sistema nervoso centrale o periferico (ictus, malattie degenerative come la malattia di Parkinson, etc.), provenienti da reparti ospedalieri o per continuum terapeutico dal reparto di UGC, o patologie di natura ortopedica.

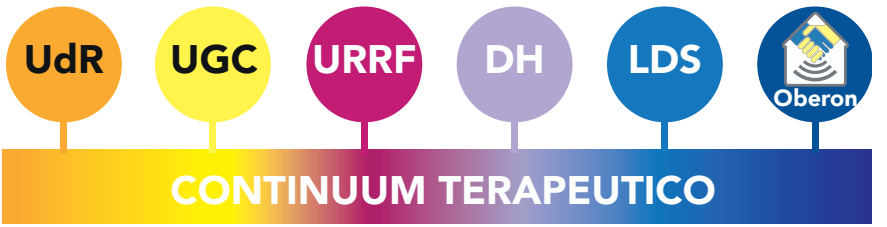
Presso la *sede di Poggio Pudano* è presente:

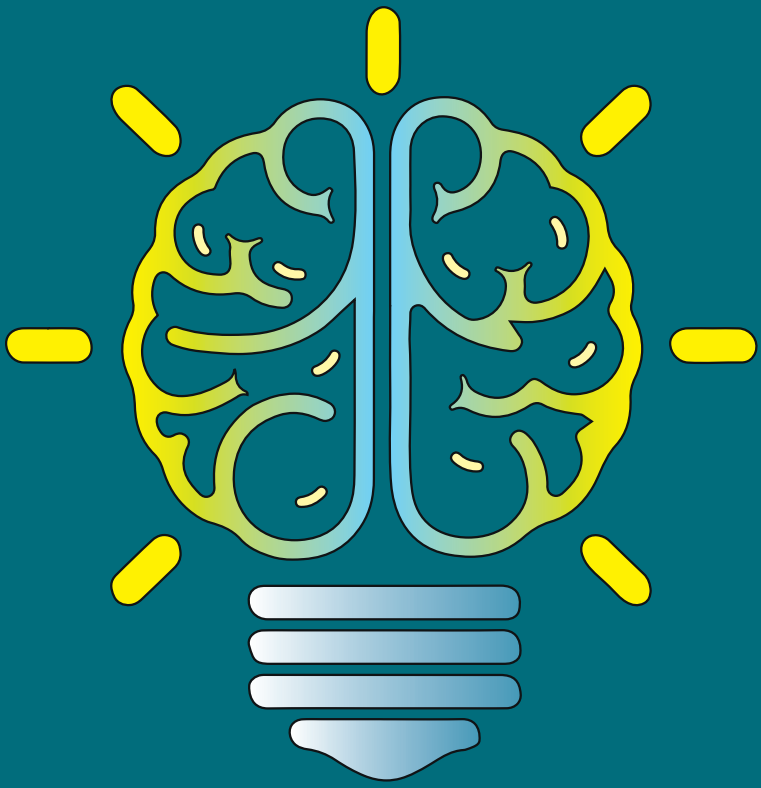
L'**Unità di Recupero e Rieducazione Funzionale (URRF) Ortopedica,** per la riabilitazione dopo interventi ortopedici, **e Neurologica.**

La **Lungodegenza Specializzata (LDS)** per Pazienti con disturbi di coscienza cronici. La Lungodegenza Specializzata è dedicata ai Pazienti che, dopo la presa in carico riabilitativa intensiva, non presentano comportamenti indicativi di recupero delle attività di coscienza, ovvero in stato vegetativo o in stato di minima coscienza persistenti. In questo reparto viene garantita un'accoglienza prolungata, basata sull'assistenza interprofessionale, con l'obiettivo di prevenire e trattare complicanze quali: lesioni da decubito, infezioni, deformità

osteoarticolari, etc. Per i Pazienti con disturbi di coscienza cronici per i quali la famiglia desideri realizzare un progetto di rientro a domicilio è attivo il servizio di **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di III livello** denominato "**Oberon**". La Lungodegenza e il servizio Oberon, sono funzionalmente integrati fra loro e garantiscono un supporto alle famiglie di persone che vivono una disabilità di estrema gravità.

Il trattamento riabilitativo dei Pazienti può avvenire anche in regime di **Day Hospital (DH)**, sia presso la sede di Via Siris che quella di Poggio Pudano, che può essere attivato per completare l'iter riabilitativo dopo dimissione dai reparti di degenza dell'Istituto S. Anna oppure dall'esterno (unità operative per acuti o domicilio).





Conoscere i disturbi di coscienza

Dal punto di vista neurologico la **coscienza** è caratterizzata da due componenti: la vigilanza e la consapevolezza.

- La *vigilanza*: è caratterizzata da uno stato di veglia che non necessariamente è associata alla consapevolezza di ciò che accade nel mondo che ci circonda.
- La *consapevolezza:* è la percezione di ciò che sta accadendo, sia dentro che fuori di sè.

Lo stato di coscienza è stabilito dal buon funzionamento di queste due componenti.
I Disturbi di Coscienza (DdC) comprendono il coma, lo stato vegetativo/sindrome di veglia non-responsiva e lo stato di minima coscienza.

Il coma

Quando *mancano sia la vigilanza che la consapevolezza*, si è davanti ad uno stato di coma: la persona appare con gli occhi chiusi, è incapace di reagire e rispondere a stimoli esterni, se non in modo riflesso.

Un Paziente in stato di coma può non sopravvivere per la grave condizione sottostante oppure può evolvere in uno stato vegetativo, uno stato di minima coscienza o, infine, andare incontro ad emersione.
Con l'apertura degli occhi termina il periodo di coma e la persona

può recuperare la coscienza o rimanere in una condizione con disturbo di coscienza prolungato, con un'evoluzione che differisce per:

- entità e sede di lesione;
- fattori interferenti positivi o negativi;
- plasticità neuronale.

Lo stato vegetativo/sindrome di veglia non responsiva

Quando si ha *vigilanza senza consapevolezza* la persona appare con gli occhi aperti, presenta un normale ciclo sonno-veglia in assenza di contatto con l'ambiente, se non di tipo riflesso e non intenzionale. Questa condizione è normalmente conosciuta come Stato Vegetativo o Sindrome di Veglia Non-Responsiva (SV o SVNR).

Questo stato può essere transitorio ed evolvere verso un successivo miglioramento, come può divenire una condizione stabile e duratura.

Lo stato di minima coscienza

Lo Stato di Minima Coscienza (SMC) è una condizione in cui è presente una minima ma non costante consapevolezza di sè e dell'ambiente.

Il Paziente può seguire con lo sguardo un oggetto o una persona che si muove nella stanza; può volgere lo sguardo verso una sorgente sonora; può mostrare comportamenti appropriati alla situazione (ad esempio, sorridere ad una frase affettuosa); può produrre delle risposte gestuali (come accennare ad un "no" o ad un "sì" con il capo).
Tali comportamenti possono essere prodotti in modo discontinuo e/o con ritardo rispetto allo stimolo che li ha sollecitati. Tutto

questo impone attenzione e cautela nell'attribuire loro un sicuro significato di intenzionalità.
Anche lo stato di minima coscienza, come lo stato vegetativo, può rappresentare una fase transitoria oppure stabilizzarsi e diventare cronica. In generale, però, la presenza di cenni di "intenzionalità", soprattutto precoce, ha una valenza prognostica positiva suggerendo la possibilità di un maggior grado di recupero di coscienza e, con essa, delle funzioni cognitive e neuromotorie.

L'emersione

L'emersione dallo **stato di minima coscienza** avviene quando è possibile rilevare *segni di comunicazione funzionale ed efficiente*, quindi appropriata, e l'*uso funzionale di oggetti*, comportamenti che rappresentano una dimostrazione consistente di comportamento volontario.

La comunicazione può manifestarsi mediante verbalizzazioni, scrittura o con gesti che indichino il si/no. L'uso funzionale degli oggetti richiede un utilizzo corretto di due differenti oggetti per due valutazioni consecutive (ad esempio, il pettine è portato alla testa o vicino ad essa).

Molto frequentemente il Paziente che emerge dal disturbo di coscienza presenta deficit cognitivi, spesso fluttuanti, dell'attenzione, dell'orientamento e della memoria.

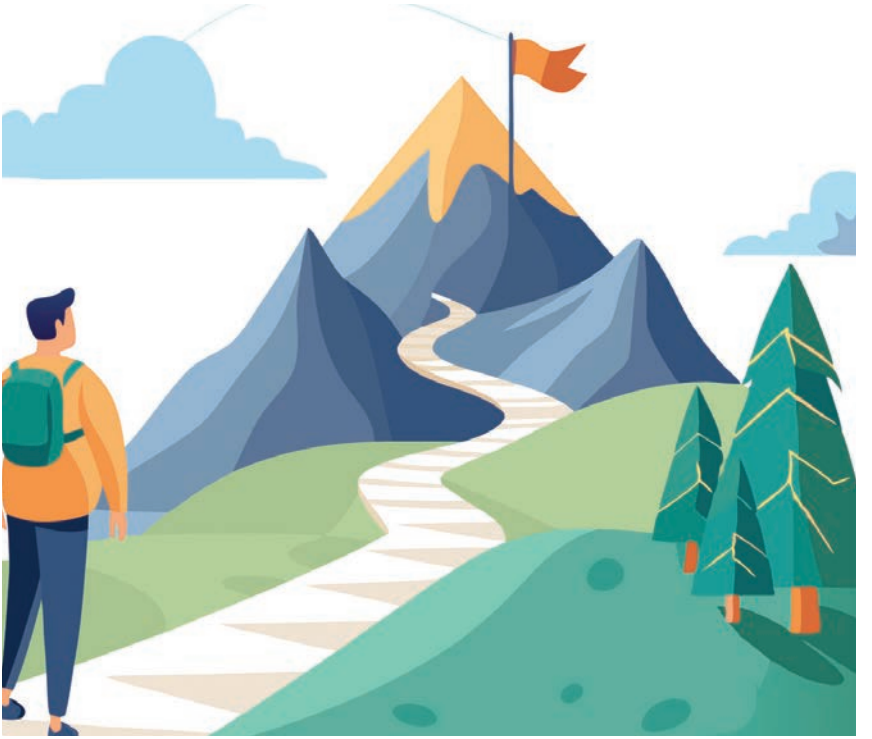
Ai deficit cognitivi possono associarsi comportamenti caratterizzati da agitazione, aggressività, labilità emotiva, alterazioni del ciclo sonno-veglia e della percezione.Tutto ciò può condizionare negativamente l'autonomia della persona.

Valutare il Paziente con disturbo di coscienza

Il Paziente viene sistematicamente monitorato in un laboratorio dedicato presente in reparto (UdR/UGC piano terra) al fine di individuare specifici comportamenti che identificano uno stato di coscienza e la sua eventuale variazione nel tempo.

A tale scopo vengono utilizzate scale standardizzate per l'osservazione delle risposte comportamentali in seguito a stimoli specifici (uditivo, visivo, tattile, doloroso). Associati alle scale si registrano alcuni parametri psicofisiologici (battito cardiaco, temperatura corporea, movimenti oculari, sudorazione) che aiutano l'operatore a comprendere se uno stimolo specifico possa essere stato percepito o meno pur

in assenza di risposte comportamentali visibili. Lo scopo è, inoltre, quello di riuscire a verificare se esistano dei deficit percettivi ed individuare il canale sensoriale più utile a stabilire una comunicazione con il Paziente (uditivo, visivo, tattile, etc.). Alcuni studi hanno suggerito che gli stimoli con forte significato emotivo, se forniti da parte di un familiare, potrebbero essere più efficaci nel sollecitare una risposta, per cui sono previste anche sedute con la presenza del familiare.



La stimolazione del Paziente con disturbo di coscienza

Una domanda che costantemente ci viene rivolta dai familiari dei Pazienti con disturbo di coscienza è: «Che cosa possiamo fare? Come dobbiamo comportarci?».

Nel linguaggio comune si parla spesso di "risveglio", finendo con il far intendere a chi non ha conoscenze mediche, che l'assenza di coscienza sia una "specie di sonno", magari "più profondo". Probabilmente da questo errore nasce la convinzione che più si stimoli la persona, più continue siano queste sollecitazioni, più sia probabile che si svegli.

La persona priva di coscienza non è una persona che dorme profondamente e non ha bisogno di essere iperstimolata per emergere dal suo stato.

Stimolazioni troppo intense e continue danno assuefazione, risultando così non solo inutili ma anche dannose. Infatti, stimoli ripetitivi e troppo intensi, non solo rischiano di non essere più percepiti, ma potrebbero produrre reazioni generalizzate d'allarme con peggioramento delle condizioni cliniche (accelerazione del battito cardiaco, aumento della frequenza del respiro, ipersudorazione, accentuazione di posture patologiche).

COME PUOI AIUTARE?

- √ Parla alla persona come se lui/lei fosse in grado di sentirti e di comprenderti
- √ Prediligi un linguaggio lento, con frasi brevi e argomenti familiari e piacevoli
- √ Parla con tono di voce normale, usando un linguaggio chiaro e non ridondante e spiega sempre cosa stai per fare (per es. “ti metto un cuscino sotto la testa”)
- √ Contribuisci a favorire le esperienze sensoriali: accarezzalo, prenditi cura del suo corpo e commenta le azioni che stai compiendo su di lui
- √ Porta foto e oggetti personali
- √ Evita di parlare della gravità della situazione
- √ Non creare confusione, limita i rumori
- √ Limita la presenza ad un massimo di due visitatori alla volta

Possibili manifestazioni dopo la fase di emersione

Nei Pazienti emersi si possono riscontrare compromissioni delle funzioni cognitive e motorie, della comunicazione, cambiamenti emotivi/comportamentali che condizionano negativamente le relazioni e l'autonomia della persona.
Di seguito ti illustriamo cosa intendiamo con tali compromissioni.

Deficit motori

I deficit motori che possono presentarsi in seguito a una grave cerebrolesione acquisita sono molto variabili e dipendono dalla numerosità, estensione e localizzazione delle lesioni cerebrali. Si possono associare alterazioni del tono muscolare spesso in forma di spasticità che determinano l'assunzione di posture patologiche.

La mobilizzazione quotidiana del fisioterapista e del personale dell'assistenza è finalizzata al contenere le limitazioni articolari indotte dall'allettamento. Il trasferimento a/dal letto sono azioni che nei Pazienti più gravi avvengono passivamente e necessitano l'uso di sollevatori. La stretta relazione fisioterapista–familiare servirà a mostrare le azioni di supporto di volta in volta necessarie e prioritarie. Non è importante la quantità del movimento da ricercare o stimolare, ma la qualità dello stesso e soprattutto la partecipazione attiva favorendo lo sviluppo della percezione corporea.

COME PUOI AIUTARE?

- √ Osserva e comunica la presenza di segni iniziali di movimento (il livello di empatia e di affetto che vi lega è un ottimo stimolo per sollecitare la produzione di gesti)
- √ Appena possibile, cerca di inserire questi movimenti in piccoli gesti finalizzati a uno scopo pratico
- √ Controlla il mantenimento delle posture corrette a letto o in carrozzina e il mantenimento degli ausili (ad es. carrozzina, deambulatore, bastone, etc.)

Deficit della deglutizione

Il deficit della deglutizione, ovvero una difficoltà nel passaggio dei cibi e delle bevande dalla bocca allo stomaco, prende il nome di disfagia. Il professionista che si occupa di trattare i disturbi della deglutizione è il logopedista.

Nei soggetti affetti da disfagia non è purtroppo infrequente l'entrata di alimenti nelle vie aeree con conseguenti difficoltà nella respirazione o patologie come la polmonite. Per questa ragione, dopo una prima valutazione della presenza, tipologia e gravità della disfagia, da parte del logopedista, si stabiliscono le modalità di un'alimentazione sicura e completa.

COME PUOI AIUTARE?

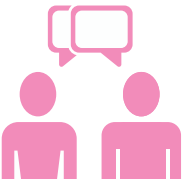
- √ Assicurati che il Paziente, prima di iniziare a mangiare, sia correttamente posizionato (la posizione migliore per alimentarsi è senza dubbio quella seduta)
- √ Il Paziente deve mangiare lentamente, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato e non introdurne un secondo se quello precedente non è stato completamente deglutito (attenzione ai residui di cibo che permangono in bocca!). Il pasto non dovrebbe comunque durare più di 45 minuti, altrimenti la stanchezza e la distraibilità aumenterebbero il rischio di inalazione
- √ Chiedi al logopedista se esistono manovre facilitanti

ed eventuali modificazioni di consistenza dei pasti

- √ Durante i pasti, aiuta a garantire un ambiente tranquillo, silenzioso e ben illuminato ed evita distrazioni (ad esempio l'uso della TV)
- √ Non utilizzare MAI liquidi per mandare giù il cibo se il tuo caro non ha dimostrato un'adeguata protezione delle vie respiratorie

Deficit della comunicazione

Tra le conseguenze più disabilitanti di un danno cerebrale c'è l'*afasia*, un disturbo del linguaggio causato da lesioni delle aree della corteccia cerebrale che presiedono alla funzione del linguaggio. Alcune persone afasiche hanno difficoltà quando devono esprimersi verbalmente mentre può essere intatta la capacità di comprendere il linguaggio; altre, invece, manifestano difficoltà quando si tratta di comprendere quello che gli viene detto. La gravità e l'evoluzione del disturbo dipendono dalla causa, dall'estensione della lesione e dall'età del Paziente.



COME PUOI AIUTARE?

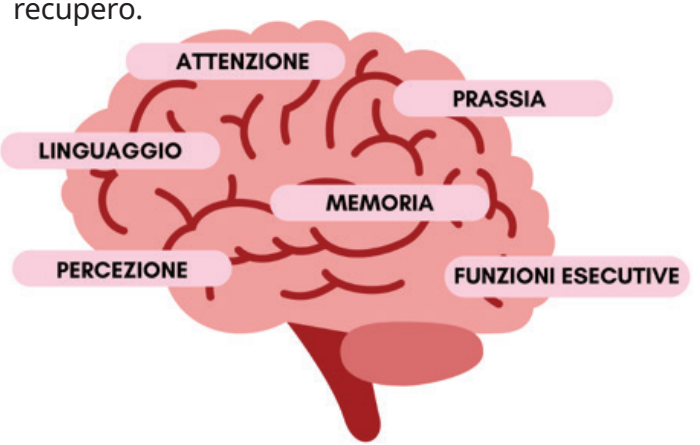
- √ Proteggi il tuo caro da situazioni che provocano frustrazione, irritazione e chiusura in sé stesso
- √ Trattalo come persona adulta (rivolgersi a lui come ci si rivolge ad un bambino può risultare offensivo e demotivante)
- √ Non rimproverarlo per gli errori commessi nel tentativo di comunicare
- √ Valorizza i suoi sforzi comunicativi, incoraggiandolo
- √ Evita domande complesse, parlando lentamente, arricchendo il messaggio con i gesti
- √ Preferisci domande a cui il tuo caro può rispondere con un "SI" o con un "NO", o con gesti o con cenni del capo
- √ Chiedi al logopedista se esistono strumenti della comunicazione scritta e verbale per affrontare le difficoltà presenti

Deficit funzioni cognitive superiori

Le funzioni cognitive superiori sono *processi mentali che ci permettono di acquisire, elaborare, memorizzare e utilizzare le informazioni.* Le principali funzioni cognitive sono: attenzione, linguaggio, percezione, memoria, prassie e le funzioni esecutive.

Un danno cerebrale, di qualsiasi natura esso sia, in specifiche regioni anatomiche, può provocare un'alterazione del funzionamento di uno, o più spesso diverse, di queste abilità dando luogo a deficit delle funzioni esecutive.

La **valutazione neuropsicologica** ha l'obiettivo di *misurare il funzionamento cognitivo* di un individuo colpito da una lesione cerebrale. Questa valutazione aiuta a individuare le aree in cui il Paziente presenta delle difficoltà per pianificare interventi specifici al possibile recupero.



Non tutti i pazienti con deficit cognitivi conseguenti ad un danno cerebrale sono consapevoli del disturbo. In presenza di **deficit di consapevolezza**, ogni sintomo neurologico o deficit cognitivo potrebbe essere minimizzato o spiegato con cause diverse con la convinzione di poter guarire senza troppe difficoltà. In questi casi, il supporto della famiglia è di massima importanza per migliorare l'efficacia del trattamento dei disturbi sottostanti.

Attenzione

Per attenzione si intende la *capacità di concentrarsi su una cosa alla volta e che permette di selezionare alcuni stimoli ambientali, ignorandone altri.* Il tuo caro potrebbe avere difficoltà nel concentrarsi su una sola attività, con facilità a distrarsi. Questo può rendere complicato seguire conversazioni, completare compiti o ricordare informazioni, influenzando la vita quotidiana.

COME PUOI AIUTARE?

- √ Riconosci quando l'ambiente diventa troppo complesso e confuso
- √ Evita fattori distraenti durante le attività di vita quotidiana
- √ Evita di chiedere di compiere due compiti contemporaneamente
- √ Chiedi al Neuropsicologo quali sono i compiti adeguati alle sue capacità

Negligenza spaziale unilaterale

La negligenza spaziale unilaterale (*neglect)*, comporta una *ridotta o assente consapevolezza dello spazio*. 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.

COME PUOI AIUTARE?

- √ Cattura l'attenzione prima di dare o chiedere qualsiasi informazione
- √ Parla sempre al tuo caro dal lato che tende ad ignorare (lavora sull'ambiente)
- √ Stimola il tuo caro dal lato che tende ad ignorare (se necessita di essere imboccato, ad esempio, poniti alla sua sinistra)

Memoria

La memoria è il *processo coinvolto nel mantenere,, recuperare ed utilizzare le informazioni riguardanti gli stimoli, le immagini, gli eventi, le idee e le competenze una volta che l'informazione originaria non è piú presente*. In presenza di un deficit di memoria, noto come *amnesia*, il tuo caro potrebbe avere difficoltà nel ricordare informazioni, eventi o dettagli, rendendo complicato apprendere nuove cose o svolgere attività quotidiane che richiedono memoria.

COME PUOI AIUTARE?

√ Porta al tuo caro fotografie o materiale che lo riaggancino a ricordi del passato
√ Ripeti le informazioni utili, partendo da quelle più semplici (la data corrente e il luogo in cui si trova, ad esempio)
√ Aiutalo ad organizzare al meglio la sua giornata, ad esempio, con l'uso di un'agenda personale

Funzioni esecutive e comportamento

Per funzioni esecutive si intende la *capacità di pianificare e organizzare attività, prendere decisioni e risolvere problemi.* Sono fondamentali per gestire compiti complessi e adattarsi a situazioni nuove. In presenza di un deficit delle funzioni esecutive, il tuo caro potrebbe avere una scarsa capacità di pianificare e organizzare le giornate, reazioni impulsive, instancabilità o loquacità, o al contrario ipoattivazione, con alterazioni nei livelli di motivazione, scarsa consapevolezza dei sentimenti altrui e delle convenzioni sociali, difficoltà nella gestione del tempo e nello stabilire priorità.

COME PUOI AIUTARE?

√ Correggi con tatto e con delicatezza gli errori evitando frustrazioni
√ Collabora con gli operatori sanitari, quando sono presenti comportamenti difficili (come aggressività e/o disinibizione)

Prassie

Le prassie sono le *abilità motorie che ci permettono di compiere azioni in modo coordinato e finalizzato.* Il tuo caro potrebbe perdere la capacità di pianificare ed eseguire azioni complesse, come apparecchiare la tavola o vestirsi e può usare oggetti in modo errato (es. tagliare con le forbici chiuse). Alcuni Pazienti conservano la capacità di usare singoli oggetti, ma non riescono a compiere azioni in sequenza (es. preparare il caffè).

COME PUOI AIUTARE?

- √ Fornisci suggerimenti verbali durante le attività quotidiane senza sostituirli
- √ Scomponi i compiti complessi, suddividendo le azioni in passaggi semplici
- √ Mostra come eseguire un compito, ripetendo le azioni più volte

Percezione

La percezione è un *processo complesso che consente agli esseri umani di interpretare e comprendere l'ambiente circostante attraverso l'elaborazione delle informazioni sensoriali.* Le difficoltà potrebbero presentarsi nella costruzione di una rappresentazione coerente e significativa del mondo. Il tuo caro potrebbe non riconoscere correttamente oggetti, persone, suoni o eventi, o confondere ciò che vede o sente.

COME PUOI AIUTARE?

- √ Riduci il più possibile i fattori di disturbo nell'ambiente (rumori forti, luci intense, eccessivo disordine)
- √ Se necessario, segnala gli oggetti o le persone con etichette visive, colori vivaci o segnali sonori in modo che siano facilmente riconoscibili
- √ Chiedi al neuropsicologo se esistono esercizi specifici per stimolare la percezione visiva, uditiva o spaziale e per migliorare l'orientamento e il riconoscimento degli oggetti

Sede Poggio Pudano

La continuità assistenziale nella fase della cronicità

Quando si raggiungano gli obiettivi prefissati nel Progetto Riabilitativo Individuale redatto in fase subacuta e rivalutato nel tempo, termina la fase di riabilitazione intensiva ed inizia la **fase cronica del disturbo di coscienza**.

I criteri per definire la fine del percorso riabilitativo intensivo sono il raggiungimento di una persistente stabilità clinica, funzionale e comportamentale con prevalenza dei bisogni assistenziali su quelli riabilitativi.

In un sistema integrato come quello presente all'interno dell'Istituto S. Anna, che si basa su una continuità del percorso di cura definito continuum terapeutico, le famiglie sono supportate nella scelta del percorso assistenziale più idoneo a lungo termine.
Il Paziente con disturbo cronico di coscienza può essere assistito dall'Istituto S. Anna in due modi:

1. Accoglienza nell'Unità di Lungodegenza Specializzata (LDS) per i disturbi cronici di coscienza
2. Ritorno a domicilio protetto attraverso il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di III livello "Oberon".

La lungodegenza specializzata

L'Unità di Lungodegenza Specializzata si trova nella sede di Poggio Pudano e assiste Pazienti con disturbi della coscienza cronici che hanno completato il percorso riabilitativo intensivo e non hanno la possibilità di rientrare a domicilio.

LDS

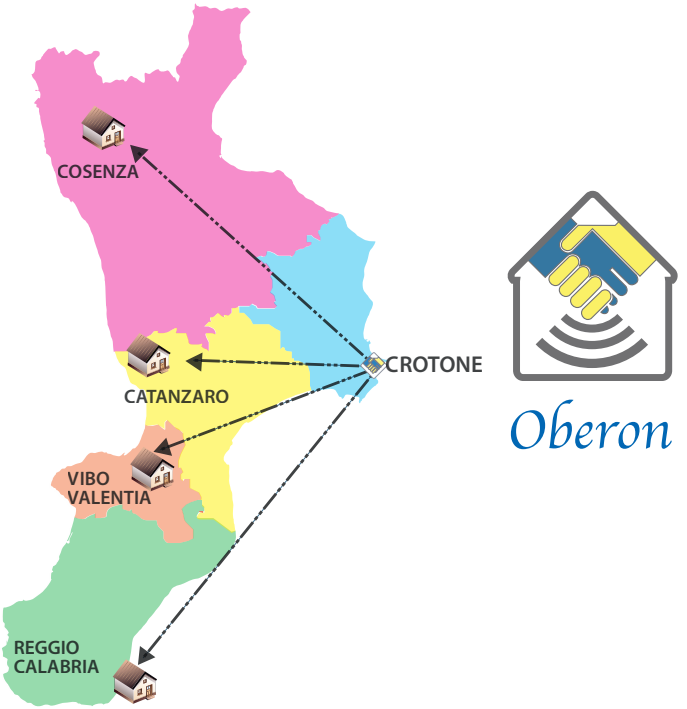
La presa in carico delle persone in stato vegetativo o stato di minima coscienza cronici si basa sui seguenti presupposti: grave disabilità con totale dipendenza da terzi per le attività di vita quotidiana, relativa stabilità clinica, possibilità di recupero funzionale, inteso con recupero dell'autonomia nella cura di sé, scarsa o assente. In questa unità viene assicurata una presa in carico volta principalmente a garantire il benessere psicofisico del Paziente, a mantenere la stazionarietà clinica e a prevenire, nei limiti del possibile, complicanze secondarie e terziarie (es: lesioni da pressione, deformità osteo-articolari, etc).

Ai Pazienti ricoverati viene garantita un'assistenza medica continuativa, manovre di nursing specializzato, trattamento fisioterapico di mantenimento con mobilizzazione passiva globale, corretto allineamento posturale a letto ed in carrozzina, riabilitazione respiratoria, nutrizione e idratazione controllate.

L’osservazione e il monitoraggio del possibile cambiamento dello stato di coscienza, avviene con la misurazione oggettiva di frequenza, intensità e durata delle risposte comportamentali del Paziente mediante somministrazione di scale neuro-comportamentali standardizzate. Si tratta di strumenti valutativi fondamentali per individuare l’outcome complessivo dopo una grave cerebrolesione, utilizzabili lungo tutto il percorso di cura della persona. Anche in questa fase si lavora in team, mediante un approccio integrato e coordinato degli operatori, che costantemente si scambiano informazioni circa le diverse necessità dei singoli Pazienti.

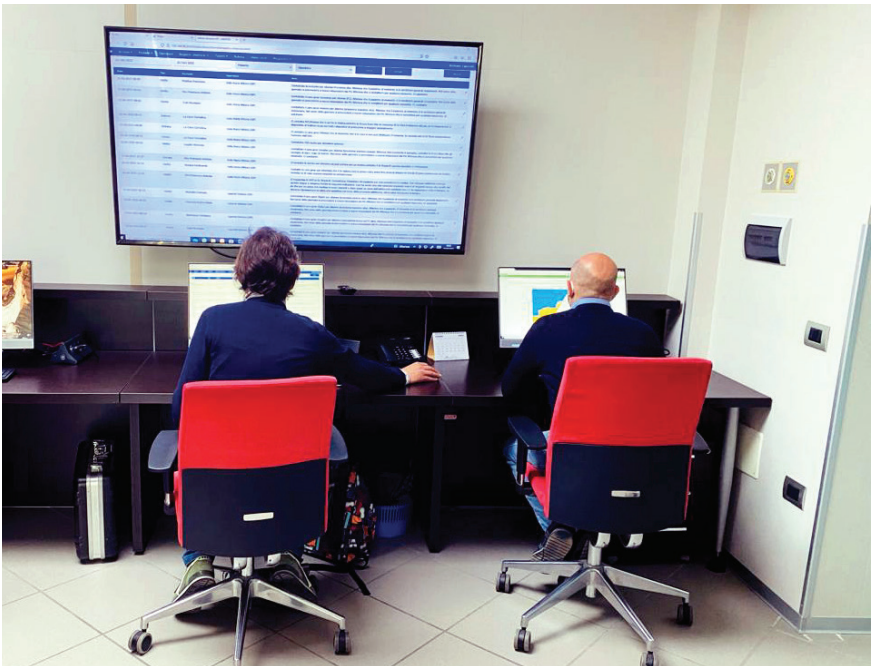
Il servizio di assistenza domiciliare integrata di III livello “Oberon”

Il servizio di assistenza domiciliare integrata di III livello “Oberon”, nato come progetto di ricerca nel 2009, *è rivolto ai Pazienti residenti in Calabria e garantisce assistenza a soggetti con disturbo di coscienza cronico che abbiano la possibilità di rientrare al proprio domicilio. È un mezzo per raggiungere Pazienti domiciliati anche in luoghi remoti, difficilmente raggiungibili e con scarso accesso alle cure, mantenendo un legame forte e duraturo con l’Istituto S. Anna, anche dopo la dimissione.*



Oberon è il più esterno dei satelliti di Urano, e la scelta di questo nome sta a sottolineare la stretta dipendenza che c'è tra il servizio Oberon e il reparto di Lungodegenza Specializzata, che funge da pianeta madre attorno a cui il sistema orbita e senza il quale non sopravviverebbe. Il servizio domiciliare che vede la sua forza nella presenza di una struttura che rappresenta un punto fermo, sia fisicamente che professionalmente, per i Pazienti e le loro famiglie.

Il servizio Oberon si basa su di un sistema di telemonitoraggio, che permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo per mezzo di sensori (medical device), si integra con accessi a domicilio di un team specializzata, costituita da medico specialista, infermiere professionale, terapista della riabilitazione e operatoresocio-sanitario.



Il set di tecnologie domiciliari viene consegnato alla famiglia direttamente dall'Istituto e risulta sempre connesso alla piattaforma che raccoglie i dati e li registra, mettendoli a disposizione degli operatori.

Presso l'Istituto è presente una centrale operativa, detta Unità Operativa Speciale (UOS), con personale dedicato, attiva 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20, che garantisce un valido supporto strumentale ed emotivo alle famiglie, che trovano nella UOS un interlocutore sempre pronto a rispondere alle esigenze dei malati non autosufficienti.

Il consulto del medico, anche per mezzo di videochiamate, e la pronta disponibilità dei parametri clinici rilevati presso il domicilio del Paziente, hanno anche il vantaggio di ridurre l'incidenza di complicanze con necessità di accesso al pronto soccorso.

Prima della dimissione dall'Istituto S. Anna viene offerta al familiare la possibilità di un periodo informativo/formativo di circa 7-14 giorni, in una stanza di degenza allestita ad hoc, situata all'esterno della Unità di Lungodegenza Specializzata.

In questo periodo di formazione in presenza, nella "*sala training*", viene mostrata la gestione dei device di cui il Paziente è portatore, quali cannula tracheostomica, sondino nasogastrico (SNG) o gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), gestione del catetere vescicale, cambi posturali a letto e corretto posizionamento in carrozzina con l'uso del sollevatore.

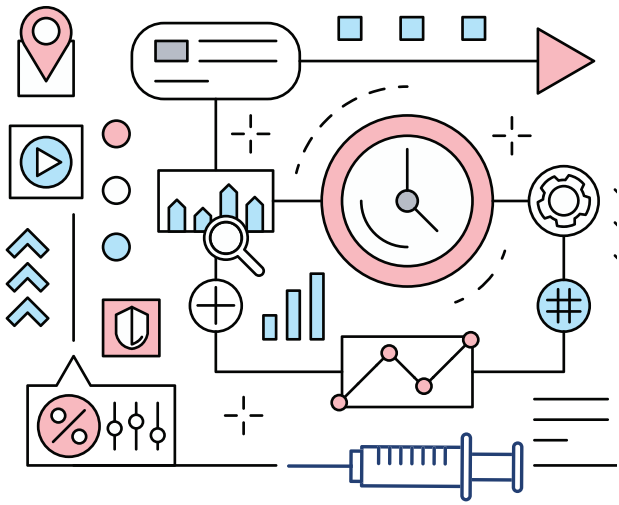
Il familiare è sempre assistito dal personale di reparto al fine di acquisire tutte le abilità di cui necessita per un rientro a domicilio quanto più possibile consapevole e sereno.

Orientarsi in corsia

In questa sezione cercheremo di fornire delle informazioni utili ad orientarsi durante il ricovero in Unità Gravi Cerebrolesioni: caratteristiche ed utilizzo dei principali device medici di cui il Paziente con grave cerebrolesione è spesso portatore e possibili complicanze che si possono verificare durante il ricovero.

Dispositivi medici: cannula tracheostomica, SNG/PEG, catetere vescicale

La **cannula tracheostomica** è un presidio medico-chirurgico posizionato direttamente in trachea attraverso un'apertura chirurgica (la tracheostomia) in Pazienti che durante la fase della Rianimazione hanno avuto necessità di ventilazione meccanica per tempi prolungati.



Uno degli obiettivi del progetto riabilitativo è quello di riuscire a rimuovere la cannula tracheostomica e restituire al Paziente una respirazione completamente autonoma per vie naturali il prima possibile. Tale obiettivo è perseguibile soltanto se sussistono determinate condizioni, quali ad esempio persistente stazionarietà clinica ed assenza di infezioni polmonari. La *decannulazione definitiva* viene raggiunta solo a completamento di un protocollo specifico, chiamato *Protocollo di Occlusione (PDO)*, che prevede di chiudere la cannula per un numero di ore via via crescente, sotto stretto monitoraggio clinico. Prima di iniziare il PDO, il Paziente viene sottoposto ad una *fibrobroncoscopia*, esame che permette di escludere possibili controindicazioni alla decannulazione, come la presenza di restringimenti (stenosi). Trattandosi di un esame invasivo viene richiesto il consenso informato al famigliare/care-giver.

La maggior parte dei Pazienti che subiscono un severo danno cerebrale non è in grado, almeno nel primo periodo, di alimentarsi in maniera autonoma e con un pasto di consistenza normale per bocca, pertanto *la nutrizione viene spesso garantita attraverso due diversi dispositivi:* il sondino nasogastrico (SNG) o la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG).

Il **SNG** è un tubicino che si inserisce dalle narici e raggiunge lo stomaco, è facilmente rimovibile e sostituibile all'occorrenza. Non può essere, però, mantenuto in sede troppo a lungo, per il rischio di creare lesioni da decubito sul suo lungo tragitto.

La **PEG** è un dispositivo che raggiunge lo stomaco direttamente dalla parete addominale, è più confortevole del SNG e ne evita le complicanze a lungo termine, ma viene solitamente riservato a Pazienti più gravi, ovvero con minore probabilità di recuperare una deglutizione per via orale.

Talvolta Pazienti che accedono all'Istituto S. Anna con il SNG non recuperano i meccanismi di deglutizione in tempi brevi e necessitano quindi del confezionamento di una PEG, per cui i famigliari vengono coinvolti nella decisione di impiantarla e viene richiesto il consenso informato. Questo intervento viene effettuato in regime di Day Surgery presso il Servizio di Gastroenterologia dell'Ospedale San Giovanni di Dio di Crotone. I nostri medici accompagnano il Paziente, assistono alla procedura e, se non vi sono complicanze, lo riaccompagnano in Clinica nella medesima giornata. Il Paziente, dopo 24 ore di digiuno, inizia ad alimentarsi e idratarsi tramite la PEG. Il Paziente può quindi continuare il programma riabilitativo.

Il **catetere vescicale** è un tubicino che collega la vescica con l'esterno e permette lo svuotamento urinario.

Anche se uno degli obiettivi prioritari del Progetto Riabilitativo Individuale è la rimozione dei dispositivi in quanto spesso fonte di infezione, a volte persistono motivi per la loro permanenza. Il catetere vescicale non può essere rimosso in presenza di piaghe da decubito, necessità di misurazione del bilancio idrico o presenza di problemi urologici.

Complicanze: lesioni da decubito, infezioni,crisi disautonomiche

Durante il ricovero nei reparti per acuti, soprattutto nei Pazienti che sono stati ricoverati per molto tempo e/o neurologicamente e clinicamente molto gravi, non è purtroppo infrequente l'insorgenza di **lesioni da decubito.** I decubiti possono svilupparsi in ogni regione del corpo, ma le sedi più frequenti sono il sacro, i talloni e la nuca.

Il protocollo di medicazione varia secondo lo stadio della piaga, l'estensione e la sede. L'evoluzione è notevolmente subordinata alle condizioni cliniche del Paziente. Diversi sono, infatti, i fattori che interferiscono con la guarigione delle lesioni da pressione: instabilità clinica, malnutrizione, infezione della piaga, diarrea. Si adottano diverse strategie sia per la prevenzione sia per il trattamento delle lesioni da pressione: utilizzo di materassi antidecubito, di posizionamenti in gommapiuma

per ridurre la pressione sulle parti del corpo a rischio, frequenti cambi di postura.

I Pazienti che arrivano nelle nostre unità di degenza sono ad alto rischio di incorrere in **infezioni ospedaliere** in quanto già incorsi in episodi infettivi durante la degenza in Rianimazione, oltre che per la presenza di device come la cannula tracheostomica e il catetere vescicale che, se da un lato sono indispensabili, dall'altro fungono da porta di ingresso di germi potenzialmente causa di infezione.

Questi eventi acuti sono complicati dal fatto che negli ultimi anni, a livello internazionale, si è assistito ad una rapida e pericolosa diffusione di germi resistenti ai comuni antibiotici in uso, con conseguenze cliniche molto rilevanti. I Pazienti che sono stati trattati con molteplici terapie antibiotiche durante la degenza nel reparto di Rianimazione, rimangono spesso colonizzati

da batteri multiresistenti, comportandosi come portatori sani di germi che non sempre si manifestano con sintomi e che quindi non sempre necessitano di trattamento antibiotico, ma piuttosto di sorveglianza. Un'infezione conclamata da parte di un germe con scarsa o assente sensibilità agli antibiotici ospedalieri di uso comune è un fattore prognostico negativo per l'outcome del Paziente.

Un'altra possibile complicanza, che si verifica nei Pazienti più gravi dal punto di vista neurologico, sono le cosiddette crisi disautonomiche, conseguenti ad una disregolazione del sistema nervoso vegetativo simpatico.

Le **crisi disautonomiche** o crisi di iperattività, simpatica parossistica, sono caratterizzate dalla comparsa improvvisa e simultanea di un aumento della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, della frequenza del respiro e della temperatura corporea.

Spesso l'insorgenza di una crisi è il risultato della presenza di una spina irritativa, quali una posizione che risulta dolorosa per il Paziente oppure un'ostruzione del catetere vescicale. Elemento cardine del trattamento è quindi l'identificazione e la rimozione di possibili fattori scatenanti, con l'aggiunta di una terapia farmacologica, qualora necessaria.

Risorse e benessere dei familiari

Il danno cerebrale di un proprio caro ha enormi ripercussioni sui componenti del nucleo familiare. Ogni famiglia ha una sua specifica modalità di affrontare l'evento traumatico che porta a confrontarsi con un mondo sanitario fino ad ora sconosciuto. Per queste ragioni, in un percorso di riabilitazione, è indispensabile che il team si prenda cura del "*benessere psicologico*" *della famiglia*, per migliorarne l'equilibrio e diventare una risorsa per il Paziente.
Per costruire una relazione di fiducia e/o consolidare l'alleanza terapeutica nel team è presente uno *psicologo dedicato alla famiglia.*

Come possiamo esserti d'aiuto?

Rivolgiti allo psicologo per :

- √ **Essere sostenuto ad affrontare l'evento.** Puoi essere sostenuto nella tua capacità di reagire, di sperare e di stare nell'incertezza, di dialogare in modo costruttivo con il team

- √ **Essere accolto**. Puoi essere ascoltato e rassicurato, o esprimere le tue preoccupazioni. Puoi ricevere informazioni per orientatarti all'interno del percorso riabilitativo

- √ **Essere aiutato a gestire le crisi emotive.** Puoi esprimere le tue emozioni ed essere aiutato a ricostruire un nuovo progetto di vita partendo da questo evento doloroso

Suggerimenti per il benessere psicologico

Collabora con il team

- √ Partecipa al Progetto Riabilitativo Individuale per la condivisone degli obiettivi
- √ Abbi fiducia nel percorso riabilitativo proposto dal team
- √ Riporta in un diario le informazioni importanti per te (es. obiettivi raggiunti)

Prenditi cura di te

- √ Prenditi uno spazio di benessere (mangia in modo sano, fai una passeggiata o godi della compagnia di una persona amica)
- √ Sentiti in diritto di dire "*non ce la faccio più*" e di chiedere aiuto
- √ Fai in modo che la tua famiglia riprenda la propria quotidianità, come lavorare o andare a scuola
- √ Rispetta le diverse reazioni, di familiari, amici o conoscenti, all'evento traumatico

Relazionati con il tuo caro

- √ Ascolta e prova a mettere in pratica le indicazioni ed i consigli ricevuti dal team riabilitativo durante le visite
- √ Osserva il contesto di cura e impara ad essere Paziente
- √ Segui i consigli pratici per una "*corretta stimolazione del Paziente con disturbo di coscienza*" (pag. 25)

Incontrerai sempre l'assistente sociale

L'assistente sociale è la figura che è chiamata a intervenire a supporto di singoli individui o anche di nuclei familiari e di gruppi più allargati di persone, con l'*obiettivo di salvaguardare il benessere psicofisico dei soggetti più fragili*.

Dopo la prima settimana dal ricovero, l'assistente sociale incontra le famiglie per orientarle nella conoscenza del percorso riabilitativo e nell'importanza dell'inoltro di leggi che tutelano il Paziente con GCA.
Le leggi di riferimento sono:

- Invalidità civile
- Indennità d'accompagnamento
- Legge 104/92

Durante l'incontro con il team riabilitativo, se si evincono delle gravi conflittualità familiari, l'assistente sociale guida il percorso per la *nomina di un amministratore di sostegno,* attraverso figure come l'avvocato e il giudice tutelare.

Dopo la dimissione: domicilio o altra struttura?

Individuare un percorso alternativo assistenziale o riabilitativo mette in campo una serie di risorse di natura organizzativa, territoriale e psicologiche. È auspicabile che si lavori in sinergia con la figura dello psicologo affinché la famiglia partecipi a questa fase con maggior consapevolezza delle successive tappe riabilitative.

In base alla situazione clinica del Paziente e ai suoi nuovi bisogni si possono percorrere due strade:

Domicilio:
per costruire un "*domicilio protetto*" l'assistente sociale coinvolge gli enti organizzativi e territoriali, attiva le prescrizioni degli ausili e i presidi necessari per una maggiore qualità di vita, propone i servizi sanitari offerti dal territorio, come per esempio l'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata).

Altra struttura:
quando il percorso riabilitativo prevede un intervento di natura estensiva o quando il Paziente non ha una rete socio-familiare e socio-abitativo idoneo, l'assistente sociale supporta ed indirizza il caregiver nell'individuazione di una struttura che possa accogliere il Paziente con grave cerebrolesione acquisita.

Ringraziamenti

Un sincero ringraziamento a tutto il personale dell'Istituto S.Anna che si prende cura, ogni giorno, dei nostri Pazienti.

Un grazie particolare va a chi ha partecipato alla stesura di questa guida:

Giuseppina Basta (Fisioterapista)
Marianna Contrada (Psicologo)
Daniela Cortese (Psicologo)
Natascia De Cicco (Assistente Sociale)
Antonella Iozzi (Logopedista)
Lucia Francesca Lucca (Medico)
Antonio Misiano (Logopedista)
Maria Grazia Nicoletta (Logopedista)
Paola Perziano (Psicologo)
Stefania Proto (Fisioterapista)
Caterina Pucci (Psicologo)
Maria Elena Pugliese (Medico)
Girolama Raso (Medico)
Luisa Spezzano (Logopedista)
Roberta Talarico (Psicologo)
Maria Ursino (Medico)

Indice abbreviazioni

SSN: Servizio Sanitario Nazionale
DdC: Disturbi di Coscienza
DH: Day Hospital
GCA: Grave Cerebrolesione Acquisita
LDS: Unità di Lungodegenza Specializzata
PRI: Progetto Riabilitativo Individuale
SMC: Stato di Minima Coscienza
SV o SVNR: Stato Vegetativo o Sindrome di Veglia Non-Responsiva
UOS: Unità Operativa Speciale
PDO: Protocollo di Occlusione
SNG: Sondino nasogastrico
PEG: Gastrostomia Endoscopica Percutanea
ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
URRF: Unità di Recupero e Rieducazione Funzionale
UGC: Unità Gravi Cerebrolesioni
UdR: Unità di Risveglio

Sitografia:

https://www.istitutosantanna.it

https://www.istitutosantanna.it/oberon/

https://www.researchgate.net/publication/358638422_SECONDA_CONFERENZA_NAZIONALE_DI_CONSENSO_DELLE_ASSOCIAZIONI_che_rappresentato_i_familiari_di_persone_in_coma_stato_vegetativo_minima_coscienza_e_Gravi_Cerebrolesioni_Acquisite_GCA_DOCUMENTO_CONCLUSIVO

Diario di bordo

Data di ricovero: _____

Osservazioni: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

grafica Lucia Palmieri

ISTITUTO S. ANNA

Sede di Via Siris, 11 - 88900 Crotone
tel. 0962.23973

Sede di Poggio Pudano, S.S. 106 km 243- 88900 Crotone
tel. 0962.9466

e-mail: info@istitutosantanna.it
www.istitutosantanna.it