



AFASIA 

AFASIA

la perdita
della parola

a cura di
Luciana Modena e Anna Basso

A.IT.A - onlus Federazione
Associazioni Italiane Afasici
Numero verde **800-912326** (10.30 - 12.30)
www.aita-onlus.it - email: aita@aita-onlus.it

Introduzione

Immagina che improvvisamente tutte le persone intorno a te - le persone a te più care, gli amici, gli estranei - si mettano a parlare una lingua a te sconosciuta; non sei più in grado di capire cosa ti dicono e non riesci a far loro capire quello che dici tu. Vedi il quotidiano che leggi regolarmente da anni e ti accorgi che anche quello, pur sembrando il solito giornale, è scritto in una lingua a te ignota.

Sei spaventato, non sai cosa fare e inoltre ti rendi conto di essere in ospedale. Perché? Cosa è successo? Ti si avvicina gente ignota (apparentemente un medico, infermieri), ti fanno delle cose, ti parlano ma tu non sei in grado di chiedere, di capire cosa ti dicono. Finalmente arriva tuo figlio; ti bacia, ti guarda... e parla anche lui questa nuova lingua a te ignota!!

Piano piano ti rendi conto che non è il mondo che è cambiato, sei tu a essere cambiato. Non lo sai, ma sei diventato afasico! Da quel momento comincia una lunga strada in salita per riprendere a parlare.

L'afasia

Qualunque attività mentale - come parlare, ricordare un fatto appena avvenuto, riconoscere una persona o risolvere un'operazione matematica - dipende dalla normale attività di parti più o meno delimitate e definite del cervello che entrano in funzione quando parliamo, ascoltiamo, ricordiamo un fatto o facciamo una somma. L'afasia è un disturbo del linguaggio dovuto alla lesione delle "aree del linguaggio". La persona afasica è affetta dalle conseguenze di un danno cerebrale, generalmente localizzato nella metà sinistra del cervello; solo raramente una lesione nella parte destra del cervello produce afasia.

Il linguaggio umano è il più raffinato e il più duttile sistema di comunicazione dell'*homo sapiens*; ci permette di parlare di cose presenti, passate o future, di cose vere o inventate, utilizzando solo alcune decine di suoni coi quali vengono formate migliaia di parole collegate tra di loro da alcune regole grammaticali. Nelle nostre culture, accanto al linguaggio parlato si è sviluppato da secoli un linguaggio scritto che ci permette di trasmettere graficamente i segni linguistici. L'afasia provoca disturbi più o meno gravi, a seconda della grandezza della lesione, nel parlare, nel capire, nel leggere e nello scrivere. Vi sono persone afasiche che non sono più in grado di leggere o di scrivere, di parlare o di capire, ma la vicinanza tra loro delle aree deputate a queste funzioni e i loro stretti rapporti funzionali fanno sì che nella maggior parte dei casi l'afasia si manifesti come un disturbo di tutte le funzioni linguistiche.

L'afasia è sempre il risultato di una lesione al cervello che provoca la morte delle cellule nervose nelle zone cerebrali danneggiate; la lesione può essere causata da un trauma cranico (come un incidente stradale) o da disturbi della circolazione del sangue nel cervello (lesioni cerebrovascolari) o, più raramente, da altre malattie, come tumori o ascessi cerebrali. Si calcola che in Italia circa 120.000 persone siano colpite ogni anno da ictus; di queste circa 40.000 presentano disturbi del linguaggio in fase acuta e almeno 15.000 presentano ancora importanti disturbi del linguaggio dopo un anno. Attualmente, in Italia, il numero di persone afasiche in seguito a malattie cerebrovascolari si aggira attorno a 150.000; a queste si debbono aggiungere le persone che presentano disturbi del linguaggio conseguenti a traumi cranici o altre patologie. L'afasia è quindi un disturbo relativamente frequente, più frequente di altre malattie molto più note come la sclerosi multipla o il morbo di Parkinson, ma di afasia non si parla; è un disturbo ignoto al grande pubblico.

Le afasie

Le lingue naturali sono sistemi di comunicazione molto ricchi e complessi e un danno a questo delicato sistema può dare origine a disturbi tra loro molto diversi. Non vi è oggi un unico modello di sistematizzazione dei disturbi afasici e una medesima costellazione di sintomi può essere classificata in vari modi da persone che si rifanno a modelli diversi; la maggior parte dei medici e dei logopedisti fa comunque riferimento ad una classificazione dei disturbi afasici basata sugli errori che i soggetti compiono nei vari comportamenti verbali (parlare, capire, leggere, scrivere e ripetere). Le più importanti forme cliniche contemplate da questa classificazione sono l'afasia globale, l'afasia di Broca, l'afasia di Wernicke e l'afasia anomica.

Per meglio illustrare la gran varietà dei disturbi del linguaggio, viene qui riportata la descrizione fatta da alcune persone afasiche di una figura che rappresenta una stanza nella quale una donna lavora a maglia, un uomo in poltrona legge il giornale, un bambino gioca con le costruzioni e una bambina guarda la televisione mentre un gatto gioca con il gomitolo della lana.

PM: “Cosa vediamo qua? E la i ragazzi la quota perché ho difficoltà qui dove poggiano i bambini che legano le bambine qua che portano la prese quelle per le lampade solite che però non guardano. Allora si parlava che i bambini attraverso si guardava la luce e i bambini facevano la lettura per la presa della luce. Le bimbe hanno mosso la vista delle gio gio giovani che passano qui la vista dei bambini con tutta la presa dei bambini la vista dei bambini e la chiusura.”

GR: “Normerugia dormore sircora sircore mori chiari brava bravo qui nustase dormire doce seluta chestari chelone sosteli iusta questo cocchieri no no nola questi e basta basta”

AS: “Il cane che gioca con .. non so come si chiama .. della padrona che sta lavorando a maglia. Qui c'è la televisione però è staccato il .. come si dice .. il didietro, insomma... La bambina che guarda e il papà che sta guardando il... un fratellino sta giocando con 5 carte più le carte più corte e una in mano. Qui c'è...non mi ricordo come ... un'altra cosa dove si tengono i libri ma non mi ricordo come si chiama e ci sono ... uno, due, dieci libri”

US (trilingue: italiano, tedesco, ladino): “nonno leggere giornale, bambina TV, cine...bambino lego... non il nonno, marito! Maglie, maglia, und gatto, palla, lana.”

Come si vede da questi esempi, la produzione afasica può assumere forme molto diverse e tale diversità è riscontrabile anche nelle difficoltà di comprensione, di lettura e di scrittura.

Disturbi associati

Raramente il danno cerebrale è circoscritto alle aree del linguaggio; spesso la lesione colpisce anche le aree confinanti dando così origine ad altri disturbi. Molte persone afasiche presentano, per esempio, disturbi dei movimenti del braccio e della gamba destra (emiplegia) perché l'emisfero sinistro controlla i movimenti della parte opposta del corpo e le aree motorie sono adiacenti alle aree del linguaggio. Altri presentano una perdita della visione nella parte destra dello spazio (emianopsia). Il soggetto ha l'impressione di non vedere più dall'occhio destro ma in realtà, in caso di lesione sinistra, vede con entrambi gli occhi ciò che si trova alla sua sinistra. Per vedere verso destra è obbligato a girare la testa e gli occhi verso destra.

Un altro disturbo, più complesso, che spesso si associa all'afasia è l'aprassia. L'aprassia è un disturbo del gesto intenzionale che può colpire parti diverse del corpo o diversi tipi di gesti. L'aprassia orale è un disturbo dei movimenti volontari della zona bucco-facciale: un soggetto con aprassia orale, pur non avendo alcun tipo di paralisi dei muscoli facciali, non è in grado di soffiare, tirar fuori la lingua o altro quando gli viene chiesto di compiere questi gesti isolati, al di fuori di un contesto. L'aprassia ideativa si riferisce all'incapacità di compiere intenzionalmente dei gesti che richiedono l'uso di oggetti (tagliare con le forbici, martellare, accendere un fiammifero) al di fuori di un contesto, quando il gesto viene richiesto in una situazione “innaturale” come può esserlo la richiesta di mostrare l'uso delle forbici senza nulla da tagliare. In rari casi il distur-

bo prassico può essere così grave da rendere difficile l'uso di oggetti anche nel loro contesto naturale.

Molto più raro è un altro disturbo, l'anosognosia; un soggetto anosognosico non riconosce le proprie difficoltà. Se è afasico, non si rende conto di avere dei problemi di linguaggio, se è emiplegico nega di avere difficoltà di movimento.

Prospettive di recupero

Durante i primi mesi dopo l'evento morboso, il disturbo afasico tende a migliorare spontaneamente nella maggior parte delle persone afasiche. L'afasia tuttavia non regredisce mai in modo rapido e improvviso; il recupero è un processo lento e graduale, di cui è difficile prevedere l'entità.

Anni fa si pensava che diversi fattori, quali l'età, l'eventuale mancinismo o la scolarità, avessero un ruolo importante nel determinare le possibilità di recupero. Oggi l'importanza di questi fattori è stata ridimensionata e si ritiene che le possibilità di recupero dipendano essenzialmente dall'estensione della lesione e dalla gravità iniziale di afasia. L'importanza dell'ampiezza della lesione è dovuta al fatto che la parte necrotizzata del cervello non si rigenera; dopo un iniziale periodo di assestamento, la lesione resta invariata ma il nostro sistema nervoso centrale ha una certa plasticità, o capacità di riorganizzazione (di cui non sono tuttavia ancora chiare le basi neurologiche) ed è proprio a questa plasticità che è dovuto il recupero funzionale. A volte l'evoluzione è molto favorevole e il disturbo afasico regredisce completamente o quasi nel giro di qualche mese; nella maggior parte dei casi, tuttavia, il recupero è solo parziale. Dopo alcuni mesi dall'evento morboso il quadro afasico si stabilizza.

Il recupero cosiddetto "spontaneo" si può pensare che sia, almeno in parte, dovuto al fatto che le persone afasiche non vivono in un vuoto linguistico; vivono in una società che parla la loro stessa lingua e nel corso della giornata vengono ripetutamente sollecitate a parlare o capire quanto loro detto; più raramente, a meno di una intenzione specifica, vengono sollecitate a leggere o scrivere.

Un maggior recupero è possibile se la persona afasica si sottopone ad una appropriata riabilitazione.

La riabilitazione

Il trattamento riabilitativo può iniziare anche precocemente ma nelle prime settimane dopo l'evento morboso, il quadro afasico è estremamente variabile ed è difficile decide-

re come intervenire. Dopo 3-4 settimane è possibile fare una valutazione approfondita che può essere utilizzata come punto di partenza per una riabilitazione motivata. La riabilitazione non è qualcosa che può essere “dato” al soggetto afasico che lo “riceve” così come si può dare un farmaco ad un soggetto che ha la polmonite; il farmaco è di per sé efficace indipendentemente dalla volontà del paziente; al contrario, la riabilitazione è un processo che richiede l’attiva partecipazione di tutte le parti in causa. Non vi sono “ricette” sicure; ci sono degli interventi che sono razionalmente collegati al deficit che si vuole trattare e altri che, anche se vengono a volte tuttora usati, non sembrano giustificati dalle nostre conoscenze attuali. Il logopedista dovrebbe essere sempre in grado di spiegare qual è il legame tra il deficit da trattare e il trattamento proposto.

Efficacia della riabilitazione

L’efficacia della riabilitazione dipende da numerosi fattori di cui i più evidenti sono la competenza del professionista (la sua preparazione, esperienza, interesse per l’altro e capacità di ascolto), la partecipazione attiva del soggetto afasico e dei suoi familiari, e l’intensità e la durata del trattamento.

E’ molto difficile dimostrare scientificamente l’efficacia della riabilitazione. Per dimostrarne l’efficacia occorre dimostrare che un gruppo di soggetti afasici rieducati migliora più di un gruppo paragonabile di soggetti afasici non rieducati. Anche se lo studio “ideale” non è ancora stato fatto, vi sono moltissimi studi di gruppo che nel loro insieme dimostrano in modo chiaro che la rieducazione è efficace.

Questi risultati consentono di affermare che un soggetto riabilitato ha maggiori probabilità di recupero di un soggetto non riabilitato ma non ci dicono nulla su quali soggetti e con quali metodi la riabilitazione può essere efficace. A queste domande non ci sono ancora risposte chiare ma iniziano ad apparire in letteratura alcune indicazioni specifiche per specifici deficit afasici. Sembra inoltre ormai sufficientemente dimostrato che per essere efficace la riabilitazione deve essere intensiva e protratta nel tempo.

Intensità e durata del trattamento

Nei lavori di gruppo sopracitati, quando il trattamento è stato breve e/o poco intenso non è stato trovato un effetto significativo della riabilitazione mentre l’effetto è sempre risultato significativo quando il trattamento è stato più prolungato e/o più intenso. Un’analisi statistica sui lavori che davano risultati “positivi” e “negativi” ha confermato l’importanza della quantità di trattamento. Ma quanto deve essere lungo un tratta-

mento per ottenere il massimo beneficio possibile per la persona afasica?

In un lavoro relativamente recente, è stato confrontato il recupero di tre coppie di soggetti, simili per età, sesso, scolarità, eziologia, sede e ampiezza di lesione, tipo e gravità di afasia e distanza dall'evento morboso. I tre soggetti di controllo erano persone afasiche seguite con un trattamento quotidiano di un'ora, 5 giorni la settimana, fino a raggiungere una situazione stabile, il che è avvenuto dopo rispettivamente 20, 6 e 22 mesi. I tre soggetti sperimentali erano trattati 7 giorni la settimana per 2-3 ore giornaliere, in parte dal logopedista e in parte dai familiari, per 14, 40, e 14 mesi. Tutti i soggetti hanno mostrato un certo grado di recupero alle prove d'esame, più importante nei tre soggetti sperimentali. Il dato più interessante tuttavia è stato che i soggetti sperimentali, a differenza degli altri tre soggetti, usavano nella loro vita quotidiana le loro migliorate capacità di comunicazione.

Purtroppo una indagine su 5 regioni italiane ha mostrato un quadro molto diverso: il logopedista che si occupa di disturbi afasici è, nella grande maggioranza dei casi, una donna che lavora in strutture ambulatoriali il cui responsabile è un medico specializzato in fisiatria. Il numero di soggetti afasici valutati e rieducati in ogni struttura nel corso di un mese varia da 1 a 10. Il tempo impiegato per la valutazione iniziale è di 2-3 ore e il regime di trattamento è di 3 sedute settimanali della durata di 45-60 minuti; la durata del trattamento varia da un minimo di 3 mesi a, in rari casi, oltre 12 mesi.

Le cose non vanno molto meglio in altri paesi. Dei ricercatori inglesi hanno svolto una ricerca in 4 paesi di lingua inglese –Australia, Canada, Inghilterra e Stati Uniti– inviando un questionario a circa 400 logopedisti. Circa il 50% dei logopedisti ha risposto al questionario e la realtà riabilitativa in questi paesi si è dimostrata estremamente insoddisfacente. Le conclusioni tratte dagli autori possono essere così riassunte: circa l'84% delle persone afasiche accede ad un servizio di rieducazione e, in media, un'ora viene poi dedicata alla valutazione. Il 40% circa delle persone afasiche viene poi trattata con terapia di gruppo e solo nel 60% dei casi la terapia è individuale. La durata dell'intervento riabilitativo è brevissima per i pazienti in fase acuta (da 1 a 5 sedute in Australia e Inghilterra fino a 16-20 sedute in Canada e negli Stati Uniti) e abbastanza variabile, ma sempre breve, anche per soggetti in fase cronica.

Il ruolo del logopedista

Prima di iniziare un trattamento riabilitativo si deve fare una valutazione, il più possibile approfondita, dei disturbi afasici del soggetto da trattare. I risultati della valutazione sono il punto di partenza del trattamento. Alla presa in carico di un nuovo soggetto, il

logopedista dovrebbe spiegare ai familiari in che cosa consiste il disturbo afasico del loro congiunto, quali sono le sue specifiche difficoltà e in che modo è possibile migliorarne la comunicazione. Dovrebbe inoltre, anche se questo non è sempre facile, spiegare ai familiari quali sono realisticamente i tempi e gli obiettivi che si propone la riabilitazione che quasi mai, purtroppo, è in grado di riportare la persona ai livelli di comunicazione premorbosa.

Il logopedista deve ovviamente avere una solida base di conoscenze e sapere come e quando metterle in atto ma la riabilitazione va oltre l'applicazione di conoscenze; si esplica in un rapporto tra due persone di cui una, il terapeuta, guida il rapporto.

Una parte essenziale delle relazioni tra esseri umani si esplica nella conversazione che è alla base di quasi tutti i nostri rapporti interpersonali. La maggior parte delle conversazioni avviene senza intoppi; delle incomprensioni possono insorgere quando chi parla presuppone che chi ascolta abbia delle conoscenze che questi non ha. Se in risposta alla domanda "Si stava ben in casa di Antonio?" ci viene detto semplicemente che c'era anche Franco, solo chi sa che Franco ha sempre caldo e tiene tutte le finestre aperte capisce che si moriva dal freddo. Chi non è al corrente di questa caratteristica di Franco non capisce la risposta.

Parlando con una persona afasica non è invece raro che l'interlocutore non riesca a capire quello che gli viene detto perché la persona afasica non trova le parole, può dire una parola al posto di un'altra o fa altri errori. Ma per svolgere bene il suo ruolo, è necessario che il logopedista capisca cosa gli vuol comunicare la persona afasica e per capire deve saper "ascoltare".

Vi è un livello di ascolto, complesso e difficilmente definibile, che è parte essenziale del processo di comprensione. Capire una frase vuole anche dire capire l'intenzione del parlante, capire perché quella frase è stata detta, cosa intendeva ottenere il parlante con quella frase. Per capire le intenzioni profonde di una persona afasica che ha delle difficoltà ad esprimersi, dobbiamo essere in sintonia con lei.

L'ascoltatore dovrà mettere in atto tutta la sua attenzione, la sua capacità di fare inferenze e, soprattutto, il suo interesse per la persona che gli sta di fronte e dovrà capirne l'umore e le necessità. Ascoltare con interesse significa soprattutto ascoltare per capire cosa intenda veramente dire il nostro interlocutore, mettendosi dal suo punto di vista e mettendo, almeno momentaneamente, il nostro punto di vista tra parentesi. Nulla è più frustrante, anche per una persona normale, di un interlocutore che ascolta distrattamente, pensando ad altro. Questo può essere sufficiente perché una persona afasica non riesca ad esprimersi.

Il ruolo della famiglia

Il disturbo afasico non colpisce solamente la persona direttamente interessata, colpisce anche tutti coloro che hanno dei rapporti con lei proprio perché non è più in grado di usare normalmente il linguaggio per interagire con gli altri. L'impatto dell'afasia sui familiari è devastante, anche perché una persona afasica non è più in grado di dimostrare di non avere difficoltà in altri campi: la memoria, per esempio, può essere perfettamente integra ma la persona afasica non è in grado di condividere i suoi ricordi e al familiare riesce difficile valutare se e cosa ricorda. Anche la comprensione di problemi pratici, come fare un versamento in banca, organizzare un viaggio, e così via può essere perfettamente adeguata ma la persona afasica non è in grado di dimostrare queste sue capacità. I familiari si trovano quindi di fronte ad una persona nuova con la quale non riescono a entrare facilmente in contatto e non sanno quanto della persona che loro conoscevano è tuttora presente in questa nuova persona; si trovano a dover gestire una situazione che riesce loro estremamente dolorosa e difficile da comprendere.

Il ruolo dei familiari nel sostenere affettivamente una persona afasica è fondamentale ma altrettanto importante è il loro ruolo nel processo di riabilitazione che li vedrà impegnati attivamente e a lungo. La persona afasica, i familiari e il logopedista sono parti attive nel processo di riabilitazione. L'attiva e convinta partecipazione di tutte le parti in causa garantisce la massima efficacia del trattamento riabilitativo.

Come interloquire

Non si sa quali caratteristiche del deficit afasico, della persona o dell'ambiente possano influire in modo significativo sul recupero del linguaggio ma coinvolgere la persona afasica in situazioni di conversazione è sicuramente un fatto positivo. Perché questa conversazione risulti utile e non troppo gravosa per la persona afasica bisogna mettere in atto alcune strategie.

- Per farci capire dobbiamo rivolgerci alla persona afasica in modo diretto, guardandola in viso per favorire un reciproco controllo delle espressioni facciali e sottolineando quello che diciamo con dei gesti che in qualche modo “traducono” in un linguaggio diverso quello che diciamo, come indicare i vestiti se gli si sta chiedendo se vuol togliersi la giacca, o indicare la porta quando gli si chiede se vuole uscire, e così via.
- Occorre anche ricordare che ad una persona afasica è più facile rispondere a delle domande del tipo “E' uscito ieri?” “È andato a spasso?” “Al cinema?” “Fuori a man-

giare?” “E’ uscito solo?” “A che ora è uscito?”, mentre le riesce più difficile rispondere a delle domande generiche “Cosa ha fatto ieri?”, “Mi parli del suo lavoro”.

- Alle persone afasiche riesce anche difficile capire quando l’interlocutore passa da un argomento all’altro ed è quindi bene avvertire quando si vuole cambiare argomento: “Adesso parliamo d’altro. Vorrei sapere qualcosa sul suo lavoro. Che lavoro fa?”.
- A molte persone afasiche risulta anche molto difficile capire, quando si fa loro una domanda a quale parte della frase devono rispondere. Se si chiede, per esempio, “È uscito Giovanni oggi?” senza sottolineare alcuna parte della frase, è possibile che si voglia sapere se Giovanni, o non piuttosto Luigi, è uscito, oppure se qualcuno è uscito, o infine se Giovanni è uscito proprio oggi. C’è un modo per rendere le domande più semplici. Si inizia la domanda con la parte della frase che si riferisce all’argomento di cui si vuole parlare poi si fa la domanda sottolineando la parte alla quale si vuole avere una risposta. “Giovanni (se si parla di Giovanni), è uscito *oggi?*”, “Giovanni, oggi è *uscito?*”
- Altra cosa importante è non usare frasi lunghe e complesse; è meglio usare frasi brevi dando un pezzo d’informazione per volta. Invece di dire “Ho visto un film molto bello ieri” è meglio dire “Ieri ho visto un film; era molto bello”.
- Un’altra regola importante è quella di non ignorare quanto ci viene detto anche se è sbagliato o incompleto. Così come faremmo con un interlocutore normale, se non capiamo quanto ci viene detto dobbiamo cercare di intuirlo o di completarlo, senza tuttavia offrire troppo velocemente delle risposte o interpretazioni che non lasciano alla persona afasica il tempo di dire quello che sta tentando di dire.
- Un altro consiglio utile, per evitare di prolungare una conversazione basata magari su un precedente malinteso, è quello di richiedere sempre la conferma di quanto abbiamo capito. Se abbiamo un dubbio (per esempio non siamo sicuri se sta parlando di sua moglie o di sua figlia) dobbiamo chiarirlo subito “Parla di sua figlia? Non di sua moglie?”
- La cosa più importante è il tempo: le persone afasiche si confondono se si parla loro troppo in fretta e necessitano di tempo per trovare le parole. Occorre fare domande semplici e lasciare alla persona afasica tempo per capire e tempo per trovare la risposta.
- Dobbiamo infine incoraggiare l’uso da parte della persona afasica di gesti o altri mezzi di comunicazione, come per esempio il disegno, purché sempre sostenuto da un tentativo di usare anche le parole.

L'AITA

L'intervento riabilitativo è un intervento tecnico, limitato nel tempo, sia per quanto riguarda l'arco della giornata sia per quanto riguarda il più importante arco di tempo della vita.

Le persone afasiche - come tutti gli “animali sociali” - hanno necessità di avere una serie di rapporti con altri esseri umani, una vita sociale quanto più normale possibile e un ampio numero di persone con cui comunicare ma, proprio perché colpite nella capacità di comunicare e spesso limitate anche nella loro autonomia fisica, si trovano isolate, incapaci di far sentire la loro voce. Non sono in grado di interagire normalmente con i propri familiari, di reinserirsi nell'ambiente lavorativo; spesso vengono escluse o si auto-escludono dal proprio ambito sociale e rimangono isolate nella loro sofferenza. Le persone afasiche “scompaiono”. Se non hai mai incontrato una persona afasica, chiediti come mai; in Italia sono circa uno ogni 300 abitanti, ma non li incontriamo perché sono chiusi nel loro silenzio.

L'afasia non riguarda solo chi ne è colpito, si ripercuote sull'intera rete dei loro rapporti sociali. A volte la famiglia non è in grado di reggere la nuova situazione, i rapporti familiari si sfaldano e gli amici, dopo un primo momento, spesso si allontanano. Ciò significa che le persone affette da afasia sono molto sole mentre dovrebbero essere stimolate e dovrebbero avere molte occasioni di incontrare persone diverse in situazioni diverse.

Per venire incontro a queste esigenze è nata, nel 1994, l'AITA (Associazione Italiana Afasici; trasformata in AITA-onlus Federazione nel 2005) che si propone di offrire dei luoghi di incontro alle persone afasiche e ai loro familiari, promuovere i contatti tra le persone afasiche, i loro familiari e il loro ambiente, organizzare attività sociali, incontri e seminari per le famiglie, fare opera di informazione sull'afasia e, in generale, contribuire a sostenere le persone afasiche nella loro vita quotidiana. In breve, l'AITA-onlus Federazione si propone di aiutare le persone affette da afasia e i loro familiari a capire e a vivere l'afasia.

Associazioni A.IT.A. regionali

A.IT.A. Regione Abruzzo

Presidente: Mara Monasterio

Via Oberdan, 96

65123 Pescara

Tel. 380 3799201

e-mail: aitaabruzzo@yahoo.it

Associazione Italiana Afasici – Sezione Emilia Romagna A.IT.A.-onlus

Presidente: Luciana Modena

Via Galletta, 44b

40068 S. Lazzaro di Savena (BO)

Tel. 051/6252210 cell. 334/1722054

e-mail: info@afasia-er.it

sito internet: www.afasia-er.it

A.IT.A.-onlus Regione Lazio

Presidente: Carmela Razzano

Via Ardeatina, 354

00179 Roma

Tel. 06/515015

Tel. 06/51501379 fax: 06/51501378

e-mail: info@aitalazio.it

e-mail: aitalazio@libero.it

e-mail: logopedisti@hsantalucia.it

sito internet: www.aitalazio.it

A.IT.A.-onlus Regione Lombardia

Presidente: Marilisa Capetta

Via Cadamosto, 5

20129 Milano

Tel. 02/29529354

e-mail: info@aitalombardia.it

e-mail: g.hanozet@email.it

sito internet: www.italombardia.it

A.IT.A.-onlus Regione Marche

Presidente: Laura Ceccarelli
Via Picciola, 26
61121 Pesaro
Tel. 0721 33379 Cell. 347 3013887

e-mail: aitamarche@libero.it
e-mail: lapicciola@alice.it

A.IT.A Piemonte onluls

Presidente: Gianfranco Rubanu
Corso Vittorio Emanuele II, 1
10125 Torino
Tel. 011/6694638

e-mail: aitapiemonte@libero.it

A.IT.A.-onlus Regione Puglia

Presidente: Dino Carbonara
sede operativa:
Fondaz. Maugeri – Cassano Murge
Dr.ssa Angela Craca
cell. 347/9941229

e-mail: info@afasia.net
e-mail: leonardocarbonara@libero.it

A.IT.A.-onlus Regione Sardegna

Presidente: Maria Rita Piras
Clinica Neurologica
Viale San Pietro, 10
07100 Sassari
Tel. 079/228361 cell. 339/6370979

e-mail: mrpiras@uniss.it
e-mail: m_paola_lai@yahoo.it

Associazioni Afasici Toscana-onlus

Presidente: Paolo Bongioanni

U.O. Neuroriabilitazione,

Az. ospedaliero-universitaria Pisana

Via Paradisa, 2

56127 Pisa

Tel. 050/996964 cell. 335/7276689 fax: 050/995166

e-mail: info@aatonlus.it

e-mail: p.bongioanni@ao-pisa.toscana.it

sito internet: www.aatonlus.it

A.IT.A. Regione Sicilia

Presidente: Carla Sadun

Ircs Centro Neurolesi Bonino Pulejo

Via Provinciale Palermo

98100 Messina

cell 340/7703 097 cell 340 7703 097

e-mail: carlasadun@tin.it

e-mail: giusy.digangi@gmail.com

sito internet: www.aita-sicilia.it

Federazione Afasici Veneti A.IT.A.-onlus

Presidente: Bianca Pennello

Via Adamello, 19

36040 Torri di Quartesolo (VI)

cell. 348/0831450

e-mail: quil@inwind.it

