



Regione Emilia Romagna
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI BOLOGNA
Policlinico S. Orsola-Malpighi

DIREZIONE DEL SERVIZIO INFERMIERISTICO,

TECNICO E RIABILITATIVO

Centro Studi EBN

Area Governo Clinico



Evidence Based Speech Therapy

La presa in carico del Paziente con Negligenza Spaziale Unilaterale-NSU in fase di ospedalizzazione

Ricercatore EBN

Massari Tamara
Modena Luciana

Gruppo di lavoro

Bettoni Maria
Gallesi Morena
Leoni Luisa
Monari Alda
Rossi Carla

La presa in carico del paziente con Neglect Spaziale Unilaterale – NSU in fase di ospedalizzazione

**Modena L; **Massari T.; *Bettoni M; *Gallesi M; *Leoni L; **Monari A; *Rossi C

** Logopedista-Ricercatore EBN, * Logopedista

Introduzione

Il neglect spaziale unilaterale, in particolare negli ultimi vent'anni, è diventato oggetto di grande interesse. Le manifestazioni più caratteristiche si riscontrano per massima parte nelle lesioni vascolari della corteccia parietale destra, ma possono manifestarsi anche in conseguenza di lesioni frontali, o sottocorticali, e in modo più discreto di lesioni emisferiche sinistre. È presente in circa il 25% dei pazienti con stroke e di questi circa il 30% ha un disturbo persistente dopo i 3 mesi. In questo caso, il neglect è un fattore di prognosi funzionale negativa¹.

I dati più recenti della ricerca enfatizzano l'eterogeneità della sindrome della NSU dovuta alle differenti combinazioni dei deficit con cui si manifesta nei diversi pazienti.² Questa difformità richiede un'indagine approfondita, con l'uso di una batteria di test complessiva, necessità dettata dal fatto che molti pazienti possono mostrare segni clinici di una NSU significativa nella vita di tutti i giorni, mentre ottengono una normale performance nelle prove carta e penna³, e di provvedere il training riabilitativo più propriamente inteso

I pazienti con neglect (con o senza emianopsia) spesso falliscono nella consapevolezza o nel riconoscimento degli items presenti nella parte contralesionale ed insistono preferibilmente su quelli presenti nell'area ipsilesionale⁴. Questo comportamento può riguardare il totale o parziale fallimento nel riconoscere le stesse parti del proprio corpo, spazio personale, oppure gli oggetti e le persone che si trovano nello spazio peripersonale ed in quello extrapersonale. Infine il paziente con neglect può riprodurre le stesse negligenze nello spazio rappresentato o immaginato⁵.

La mancanza di consapevolezza (anosognosia), frequentemente associata alla NSU⁶, porta la persona a non riconoscere nessuno dei problemi che alterano, in modo anche determinante, la sua percezione della realtà interna ed esterna.

L'aspetto multimodale delle performances fisiopatologiche legate al neglect⁷ influisce sulla loro interpretazione e rende necessario che la valutazione clinica qualitativa e quantitativa si avvalga di una consistente batteria di test. Questa, per assicurare una sufficiente sensibilità, deve includere prove per tutti i diversi aspetti della NSU, poiché la stessa può emergere in certe modalità e non in altre⁸. Una valutazione ampia può inoltre aiutare a definire il disturbo rispetto ad altri fenomeni, che possono essere correlati, come l'aprassia costruttiva^{9, 10}.

L'approccio riabilitativo è finalizzato a migliorare gli aspetti attenzionali, intenzionali, rappresentazionali della NSU; a potenziare il livello di consapevolezza, di motivazione e di alleanza

¹ S.P.R.E.A.D. (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion). 2005: "Ictus Cerebrale, linee guida Italiane di prevenzione e trattamento" Raccomandazione 14.21

² Parton A, Malhotra P, Husain M (2004) Hemispatial neglect. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*; 75;13-21

³ Azouvi P, Bartolomeo P, Beis JM, Perennou D, Pradat-Diehl P, Rousseaux M. (2006) A battery of tests for the quantitative assessment of unilateral neglect. *Restor Neurol Neurosci.*;24(4-6):273-85

⁴ Pavani F; Ladavas E e Driver J (2003) Auditory and multisensory aspects of visuospatial neglect *Cognitive Sciences Vol.7 No.9*

⁵ Bisiach, E.; Luzzatti, C. (1978) Unilateral neglect of representational space. *Cortex* 14, 129–133

⁶ Bisiach, E., Vallar R, G. e Perani, D. (1986): Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for hemianopia. *Neuropsychologia*, **24**: 471± 482

⁷ Pavani F; Ladavas E e Driver J (2003) Op.Cit.

⁸ A Parton, P Malhotra and M Husain (2004) Op.Cit

⁹ Arrigoni G., De Renzi E. (1964) Constructional apraxia and hemispheric locus of lesion *Cortex*, vol. I, pag. 170-197

¹⁰ Benton, A. L. (1969). Disorders of spatial orientation. In P. J. Vinken and G. W. Bruyn (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 3).

terapeutica; a recuperare la capacità di esplorazione visiva specie per lo spazio personale e extrapersonale (inteso anche come peri-personale); a promuovere strategie di compenso atte a superare le difficoltà di esplorazione; ad addestrare i familiari all'uso di facilitazioni da fornire al paziente.

In particolare per questi ultimi aspetti è importante che, nella fase acuta del post stroke, tutto il team interprofessionale e le sessioni di terapia (p.e per il dolore alla spalla, il controllo posturale, l'alimentazione, il linguaggio-parola), dopo un breve screening della disabilità, pongano e richiamino una particolare attenzione al lato scarsamente o completamente non considerato in tutti i pazienti con deficit della consapevolezza spaziale. Molti di questi pazienti migliorano in poche settimane, ma per coloro che continuano a mostrare un neglect persistente è auspicabile che sia condotta un'indagine approfondita della NSU, utilizzando una batteria di test complessiva, e di provvedere il training riabilitativo più propriamente inteso.

In ambito riabilitativo gli studi recuperati ribadiscono l'importanza della personalizzazione dell'intervento e sottolineano che "se non sono ritagliati sulla specificità del deficit cognitivo di ogni singolo paziente, i trattamenti per il neglect difficilmente possono avere successo."¹¹

Le modalità di trattamento più frequentemente utilizzate sono: stimolazione dell'esplorazione visuo-spaziale, attraverso la lettura, la copia, la descrizione di immagini, ecc.; trattamenti specifici visuo-costruttivi e, infine, approcci mirati ad incrementare il livello attentivo generale.

Per quanto riguarda l'efficacia della riabilitazione, le conclusioni riportate in letteratura rimangono tuttora contraddittorie.

In una revisione di studi condotta da Cicerone et al., (2000) gli AA hanno trovato evidenze in base alle quali la riabilitazione visuo-spaziale (comprendente esercizi di esplorazione visiva) non solo è efficace nel migliorare il neglect spaziale conseguente a stroke emisferico destro, ma essa si generalizza anche alle attività della vita quotidiana. Secondo tali AA pertanto "la riabilitazione con un training specifico per l'esplorazione visuo-spaziale è raccomandata come una pratica standard per i pazienti con eminegligenza conseguente a stroke emisferico destro"¹².

Una recente revisione Cochrane¹³, arriva a risultati solo parzialmente in accordo con quelli precedentemente citati e conclude con la raccomandazione che "c'è sufficiente evidenza che la riabilitazione cognitiva per l'eminegligenza migliori la prestazione ai test di valutazione del deficit, ma resta da chiarire la sua efficacia sulla disabilità".

Ciononostante tutte le Linee guida per lo Stroke raccomandano che, per il paziente con NSU, sia condotta una valutazione specifica e che venga effettuato il trattamento riabilitativo adeguato.

¹¹ A Parton, P Malhotra and M Husain (2004) Op.Cit.

¹² Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K et al. (2000) Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81:1596-615

¹³ Bowen A, Lincoln NB. (2007) Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003586. DOI: 10.1002/14651858.CD003586.pub2

Pianificazione dell'intervento nella Stroke Care

POPOLAZIONE	Adulti con neglect post stroke in fase acuta
PERIODO DI TRATTAMENTO	Screening entro 24/48 ore dalla ripresa di coscienza ^{14, 15} e monitoraggio/trattamento fino al trasferimento/dimissione
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	15 – 30 minuti
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Quotidiane per cinque giorni alla settimana
SCALE DI VALUTAZIONE	Screening ¹⁶ della competenza visuo-spaziale (Line Bisection Test ¹⁷ e/o Albert Test ¹⁸)
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione al profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: miglioramento significativo delle performances indagate
1° e 2° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura Cartella Riabilitativa.¹⁹ - Raccolta della documentazione clinica²⁰ - Osservazione e screening valutativo delle abilità visuo-spaziali
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio (facilitare l'esplorazione, aiutare lo sviluppo della consapevolezza rispetto al proprio deficit, ottimizzare il recupero, sviluppare l'uso di strategie compensative). - Addestramento e Counseling a paziente e familiari/caregivers - Partecipazione al team multidisciplinare
DIMISSIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento di screening/osservazione - Chiusura Cartella Riabilitativa

¹⁴ Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola Malpigli (2006): *Riorganizzazione del percorso assistenziale ospedaliero e attivazione di un'area dedicata ai pazienti con ictus*

¹⁵ RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"

¹⁶ RNAO (2005) .Op Cit.

¹⁷ Molte versioni non standardizzate

¹⁸ Albert 73; Pizzamiglio et al.90; Massironi et al. 88

¹⁹ Guida all'unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*

²⁰ Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005

Pianificazione intervento riabilitativo logopedico in reparti predisposti alla degenza post stroke e nel Day Hospital Riabilitativo

POPOLAZIONE	Adulto con Negligenza Spaziale Unilaterale (NSU) in fase clinica post-acuta
PERIODO DI TRATTAMENTO	Entro 72 ore ²¹ dalla richiesta di valutazione fino alla dimissione/trasferimento del paziente.
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	30 - 60 minuti
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Quotidiane per cinque giorni alla settimana
SCALE DI VALUTAZIONE	Indagine per: <ul style="list-style-type: none"> - Anosognosia (Questionario²²) - Deviazione dello sguardo e del capo (Osservazione²³) - Rappresentazione somatognosica (Disegno spontaneo²⁴) - Aprassia costruttiva^{25, 26} - NSU per spazio personale (ricerca della mano controlesionale²⁷; uso di oggetti²⁸) - NSU per spazio peripersonale/extrapersonale (Barrage delle campanelle²⁹; Cancellazione di lettere³⁰; Descrizione di scene disegnate e di un ambiente³¹; Lettura di un racconto³²; Copia di frasi³³; Copia di crocette³⁴; Copia di disegni; Clock Drawing Test (CDT); Wundt-Jastrow Test³⁵; CPM Raven 47³⁶; e prove computerizzate) - NSU per spazio rappresentazionale (Descrizione di un luogo noto³⁷)
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione al profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: miglioramento significativo dei parametri valutativi utilizzati

²¹Guida all'unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006.*

²² Bisiach, E., Vallar R, G. e Perani, D. (1986) Op.Cit

²³ Bisiach, E., Vallar R, G. e Perani, D. (1986) Op.Cit.

²⁴ Gainotti et al 77

²⁵ Arrigoni G., De Renzi E. (1964) Op.Cit

²⁶ Benton, A. L. (1969). Op.Cit

²⁷ Bisiach, E., Vallar R, G. e Perani, D. (1986) Op.Cit.

²⁸ Zoccolotti et al 92

²⁹ Gauthier et al 89, Vallar et al.94

³⁰ Diller 74, Vallar et al.94

³¹ Zoccolotti et al 92-Adattamento. Non esiste la taratura

³² Non esiste la taratura

³³ Pizzamiglio 89

³⁴ De Renzi et al 70

³⁵ Massironi et al 88

³⁶ De Renzi et al. 77-Valutazione per NSU

³⁷ Bisiach, E.; Luzzatti, C. (1978) Op.Cit

1° e 2° (3°) GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura Cartella Riabilitativa.³⁸ - Raccolta della documentazione clinica³⁹ - Somministrazione della testistica per la NSU
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione quali-quantitativa dei test somministrati - Programma riabilitativo (training per NSU; stabilizzazione di comportamenti compensativi; introduzione/utilizzo di strumenti con assistenza; addestramento e counseling per familiari/caregivers)
DIMISSIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione finale - Chiusura della Cartella Riabilitativa

³⁸ Guida all'unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006.*

³⁹ Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005

Bibliografia

1. Arrigoni G., De Renzi E. (1964) Constructional apraxia and hemispheric locus of lesion Cortex, vol. I, pag. 170-197
2. Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola Malpigli (2006): *Riorganizzazione del percorso assistenziale ospedaliero e attivazione di un'area dedicata ai pazienti con ictus*
3. Azouvi P, Bartolomeo P, Beis JM, Perennou D, Pradat-Diehl P, Rousseaux M. (2006) A battery of tests for the quantitative assessment of unilateral neglect. *Restor Neurol Neurosci.*;24(4-6):273-85
4. Benton, A. L. (1969). Disorders of spatial orientation. In P. J. Vinken and G. W. Bruyn (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 3).
5. Bisiach, E., Vallar R, G. e Perani, D. (1986): Unawareness of disease following lesions of the right hemisphere: anosognosia for hemianopia. *Neuropsychologia*, 24: 471± 482
6. Bisiach, E.; Luzzatti, C. (1978) Unilateral neglect of representational space. *Cortex* 14, 129–133
7. Bowen A, Lincoln NB. (2007) Cognitive rehabilitation for spatial neglect following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD003586. DOI: 10.1002/14651858.CD003586.pub2
8. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K et al. (2000) Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 81:1596–615
9. Guida all'unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*
10. Parton A, Malhotra P, Husain M (2004) Hemispatial neglect *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*; 75;13-21
11. Pavani F; Ladavas E e DriverJ (2003) Auditory and multisensory aspects of visuospatial neglect *Cognitive Sciences Vol.7 No.9*
12. RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"
13. Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005
14. S.P.R.E.A.D. (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion). 2005: "Ictus Cerebrale, linee guida Italiane di prevenzione e trattamento" Raccomandazione 14.21