



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 Afasia
post-Stroke 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 afasia post-Stroke in fase di ospedalizzazione

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

** Logopedista-Ricercatore EBN, * Logopedista

Introduzione

Per afasia si intende la perdita totale o parziale del linguaggio conseguente a lesione di determinate aree cerebrali.¹ I dati della letteratura riferiscono che, al momento del ricovero, l'afasia è riscontrabile in circa il 40% dei pazienti colpiti da ictus.

La prognosi è fortemente correlata alla gravità iniziale del quadro clinico: nelle forme lievi si osserva un recupero spontaneo, parziale o completo, del deficit di linguaggio nelle prime due settimane dopo l'esordio ictale, nelle forme più gravi si presenta come un disturbo persistente.

Il logopedista è parte integrante del Team interprofessionale coinvolto nella cura del paziente con esiti di ictus. Il suo particolare campo di specializzazione è la valutazione e la gestione dei disordini linguistico/comunicativi conseguenti allo stroke.

Tutte le linee guida in tema di stroke raccomandano che il suo inserimento nell'ambito del team riabilitativo avvenga il più presto possibile² per effettuare la valutazione quali/quantitativa dell'afasia³; differenziare questo disturbo da altre difficoltà linguistiche e comunicative; attuare un intervento diretto sul paziente per amplificare le sue potenzialità comunicative; fornire, già dalla fase acuta, consigli ed azione di counseling a caregivers e familiari, infine per elaborare e suggerire, se necessario, gli strumenti più idonei per una comunicazione alternativa,⁴ con lo scopo di facilitare l'adattamento alla nuova e diversa condizione relazionale che, in modo repentino, si è manifestata.

Nonostante la carenza di prove di efficacia⁵ (dovuta anche alle particolari difficoltà di organizzare studi di provata validità scientifica), i risultati ottenuti da studi condotti in doppio cieco^{6, 7} hanno portato alcune linee guida ad affermare: “vi è buona evidenza che, i soggetti con afasia beneficiano della logoterapia”,⁸ soprattutto se attuata intensivamente e per periodi piuttosto lunghi (minimo sei mesi)^{9, 10}.

Cicerone et al.(2000) in base ad una revisione della letteratura definisce le terapie “linguistico-cognitive” come *Practice Standard* per l'afasia dopo ictus.¹¹

I criteri relativi ai tempi di presa in carico variano dal momento in cui il paziente presenta una ripresa dello stato di coscienza (RNAO 2005)¹², fase in cui è per lo più proponibile uno screening

¹ Basso A. (2005) Conoscere e rieducare l'afasia. Pensiero scientifico Ed

² Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002) Management of patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and management of complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline

³ Derick T Wade (1998); Evidence relating to assessment in rehabilitation *Clin Rehabil* 12; 183

⁴ Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002). Op.Cit.

⁵ *Cochrane Database Syst Rev.* (2000) Speech and language therapy for aphasia following stroke

⁶ Katz RC, Wertz RT. The efficacy of computer- provided reading treatment for chronic aphasics adults. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40: 493-507.

⁷ Elman RJ, Bernstein-Ellis E. The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 411-419.

⁸ S.PR.E.A.D. (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion). 2005: “*Ictus Cerebrale, linee guida Italiane di prevenzione e trattamento*” Raccomandazione 14.20

⁹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002). Op.Cit.

¹⁰ Royal College of Physicians Guidelines of Stroke. (2002) London, National Health Service

¹¹ Cicerone et al. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 1596-1615

dei disturbi linguistici, a quando è in fase di stabilizzazione clinica, durante la quale si può effettuare una valutazione più ampia e puntuale della competenza linguistica e delle abilità correlate.

Il trattamento logopedico precoce pur rientrando nell'attività riabilitativa, "si discosta dalla progettualità caratteristica della riabilitazione propriamente detta".¹³ Infatti è orientato allo screening dei disturbi del linguaggio, per una prima diagnosi differenziale, al monitoraggio della loro evoluzione, all'intervento per sviluppare l'uso di strategie di compenso e ottimizzare il recupero della comunicazione funzionale.

I dati dello screening possono aiutare a fornire opportune informazioni ai pazienti ed alle loro famiglie, indicando loro le modalità più consone all'utilizzo dei messaggi comunicativi verbali e/o non verbali al fine di facilitare l'assistenza, e la loro collaborazione ad ogni atto tendente al recupero¹⁴. Una grave afasia, infatti, condiziona negativamente la ripresa dell'autonomia nelle attività quotidiane¹⁵.

La terapia del linguaggio in fase clinica post-acuta si attua quando il paziente è in grado di offrire una migliore collaborazione. L'intervento inizia con una valutazione logopedica articolata e dettagliata¹⁶, con strumenti standardizzati e validati. Se indicato dai risultati dell'indagine, si effettua la successiva presa in carico riabilitativa secondo l'approccio ritenuto più appropriato in base alle caratteristiche del paziente e del modello teorico di riferimento.¹⁷

L'intervento logopedico è mirato, in prima istanza, al recupero della capacità di comunicazione globale, della comunicazione linguistica, di aspetti specifici quali lettura, scrittura e calcolo e delle abilità prassiche¹⁸.

¹² RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"

¹³ S.P.R.E.A.D. 2005. Op. Cit. Sintesi 14.1

¹⁴ S.P.R.E.A.D (2005): Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento Racc.ne 14.18

¹⁵ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Sintesi 14.10

¹⁶ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Racc.ne 14.33

¹⁷ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit Racc.ne 14.34

¹⁸ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Racc.ne 14.35

Pianificazione dell'intervento nella Stroke Care

POPOLAZIONE	Adulti con afasia post stroke in fase acuta ¹⁹
PERIODO DI TRATTAMENTO	Entro 24/48 ore dalla ripresa di coscienza ^{20, 21, 22} al trasferimento/dimissione
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	15 – 30 minuti
FREQUENZA DELLE SESSIONI	Quotidiane per cinque giorni alla settimana ^{23, 24}
SCALE DI VALUTAZIONE	Screening della competenza linguistica e delle abilità prassiche, attentive e visuo-spaziali ^{25, 26}
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione al profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: miglioramento relativo ad uno o più degli indicatori monitorati

1° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Osservazione e screening valutativo²⁷ - Apertura cartella riabilitativa.²⁸
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio del cambiamento delle abilità comunicative (ottimizzare il recupero; sviluppare l'uso di strategie compensatorie quando necessario; facilitare un più ampio uso della comunicazione funzionale) - Stimolazione della capacità attentiva²⁹ - Trasferimento di informazioni a familiari/caregivers^{30, 31} - Counseling^{32, 33} - Partecipazione al team multidisciplinare³⁴
DIMISSIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Conclusione dello screening/monitoraggio - Chiusura cartella riabilitativa

¹⁹ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Op.Cit

²⁰ RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"

²¹ S.P.R.E.A.D (2005) Op.Cit Racc.ne 14.23

²² New Zeland guideline for management of stroke. (2004)

²³ Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002). "Management of Patient with Stroke". Rehabilitation, prevention and management planning". Edimburgh

²⁴ S.P.R.E.A.D SPREAD (2005) Op.Cit Racc.ne 14.25

²⁵ S.P.R.E.A.D SPREAD (2005). Op.Cit Racc.ne 14.23

²⁶ RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"

²⁷ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Op.Cit.

²⁸ Standard di Prodotto e Servizio: U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione (Rev.0 – 2003).

²⁹ S.P.R.E.A.D (2005). Op.Cit Racc.ne GPP14.38

³⁰ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Op.Cit

³¹ S.P.R.E.A.D (2005). Op.Cit Racc.ne 14.18

³² Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Op.Cit

³³ S.P.R.E.A.D (2005). Op.Cit Racc.ne 14.18

³⁴ SIGN, SPREAD e Tutte le Linee Guida considerate

**Pianificazione intervento riabilitativo in reparto predisposto alla degenza post stroke
e nel Day Hospital Riabilitativo**

POPOLAZIONE	Adulti con afasia post stroke
PERIODO DI TRATTAMENTO	Entro 72 ore dalla richiesta di valutazione, alla dimissione/trasferimento del paziente ³⁵ .
RANGE DI DURATA DELLA SESSIONE	30 – 60 minuti ^{36,37}
FREQUENZA DELLE SESSIONI	1 seduta al giorno per 5 giorni alla settimana ^{38, 39} .
SCALE DI VALUTAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione della competenza linguistica: - Token Test (Test dei gettoni)^{40, 41} - Esame del linguaggio (Milano - forma II⁴² ; B.A.D.A.⁴³ ; Test di valutazione della produzione del linguaggio⁴⁴) - Valutazione delle abilità visuo-spaziali e prassiche^{45, 46,47} - Test delle Prassie (Aprassia Ideomotoria⁴⁸ ; Aprassia Bucco-facciale⁴⁹ ; Aprassia Costruttiva^{50, 51} - Valutazione di abilità logiche: Matrici Progressive Colorate (M.P.47) J.C.Raven^{52, 53}
INDICATORI	<ul style="list-style-type: none"> - DI PROCESSO: adesione al profilo di intervento (in tutte le sue parti) > 80% - DI ESITO: variazione significativa dei risultati di uno o più test

³⁵ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Op.Cit

³⁶ Standard di Prodotto e Servizio: U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione (Rev.0 – 2003).

³⁷ Poeck K, Huber W, Willmes K. Outcome of intensive language treatment in aphasia. *J Speech Hear Disord* 1989; 54: 471-479.

³⁸ Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2002). Op.Cit

³⁹ SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion). 2005 Op.Cit Racc.ne 14.25

⁴⁰ E. De Renzi and L.A. Vignolo. (1962). The Token Test: A sensitive test to detect disturbances in aphasics. *Brain* 85, pp. 665–678

⁴¹ Spinnler H., Tognoni G. (1987): Standardizzazione e taratura italiana di test neurologici. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, , Supplemento 8: 47-50

⁴² Ciurli, P., Marangolo, P. & Basso, A. (1996), *Esame del linguaggio–II, Organizzazioni Speciali, Firenze.*

⁴³ Miceli, G., Laudanna, A., Burani, C. & Capasso, R. (1994), *Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici (B.A.D.A.), CEPSAG, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

⁴⁴ Spinnler H., Tognoni G. (1987). Op. Cit.

⁴⁵ Spinnler H., Tognoni G. (1987). Op. Cit.

⁴⁶ S.P.R.E.A.D (2005). Op.Cit Racc.14.37

⁴⁷ Royal College of Physicians Guidelines of Stroke. (2002) London, National Health Service

⁴⁸ De Renzi E, Motti F, Nichelli P (1980): Imitating gestures: A quantitative approach to ideomotor apraxia. *Arch Neurol*; 37:6-10.

⁴⁹ De Renzi E, Pieczuro E, Vignolo LA. (1966): Oral apraxia and aphasia. *Cortex*; 2:50-73. 24.

⁵⁰ Arrigoni G., De Renzi E. (1964). Constructional apraxia and hemispheric locus of lesion . *Cortex*, vol. I, pag. 170-197.

⁵¹ Benton, A. L. (1969). Disorders of spatial orientation. In P. J. Vinken and G. W. Bruyn (Eds.), *Handbook of clinical neurology* (Vol. 3).

⁵² Raven, J.C. (1948). The Comparative Assessment of Intellectual Ability. *British J. Psychol.*, Vol. XXXIX, part 1.

⁵³ Basso A, Capitani E, Laiacina (1987): M.Raven's coloured progressive matrices: normative values on 305 adult normal controls. *Funct Neurol* Apr-Jun;2(2):189-94

1° 2° (3°) GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura cartella riabilitativa - Raccolta della documentazione clinica - Indagine testistica⁵⁴
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione quali-quantitativa dei test - Piano di trattamento⁵⁵. - Counseling⁵⁶ - Training⁵⁷ (modalità di integrazione del processo linguistico secondo i modelli cognitivi più condivisi; trattamenti stimolo-risposta; ricerca ed uso di canali comunicativi alternativi personalizzati)
DIMISSIONE	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione testistica di controllo - Chiusura della cartella riabilitativa

⁵⁴ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Racc.ne 14.33

⁵⁵ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Sintesi 14-20

⁵⁶ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Sintesi

⁵⁷ S.P.R.E.A.D (2005). Op. cit. Sintesi 14-20

Bibliografia

1. Arrigoni G., De Renzi E. (1964). Constructional apraxia and hemispheric locus of lesion . *Cortex*, vol. I, pag. 170-197.
2. Basso A. (2005) *Conoscere e rieducare l'afasia*. Pensiero Scientifico Ed
3. Basso A, Capitani E, Laiacona (1987): M.Raven's coloured progressive matrices: normative values on 305 adult normal controls. *Funct Neurol* Apr-Jun;2(2):189-94
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. Cicerone et al. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 1596-1615
6. Ciurli, P., Marangolo, P. & Basso, A. (1996), *Esame del linguaggio–II*, Organizzazioni Speciali, Firenze.
7. Cochrane Database Syst Rev. (2000) *Speech and language therapy for aphasia following stroke*
8. De Renzi E, Motti F, Nichelli P (1980): Imitating gestures: A quantitative approach to ideomotor apraxia. *Arch Neurol*; 37:6-10.
9. De Renzi E, Pieczuro E, Vignolo LA. (1966): Oral apraxia and aphasia. *Cortex*; 2:50-73. 24.
10. De Renzi E., Vignolo L.A. (1962). The Token Test: A sensitive test to detect disturbances in aphasics. *Brain* 85, pp. 665–678
11. Derick T Wade (1998); Evidence relating to assessment in rehabilitation *Clin Rehabil* 12; 183
12. Elman RJ, Bernstein-Ellis E. The efficacy of group communication treatment in adults with chronic aphasia. *J Speech Lang Hear Res* 1999; 42: 411-419.
13. Katz RC, Wertz RT. The efficacy of computer- provided reading treatment for chronic aphasics adults. *J Speech Lang Hear Res* 1997; 40: 493-507.
14. Miceli, G., Laudanna, A., Burani, C. & Capasso, R. (1994), *Batteria per l'Analisi dei Deficit Afasici (B.A.D.A.)*, CEPSAG, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
15. New Zeland guideline for management of stroke. (2004)
16. Novelli G, Papagno C, Capitani E, Laiacona M, Vallar G, Cappa SF (1986): "Tre test clinici di ricerca e produzione lessicale. Taratura su soggetti normali" *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*. Vol 47 (4) : 477-506.
17. Poeck K, Huber W, Willmes K. Outcome of intensive language treatment in aphasia. *J Speech Hear Disord* 1989; 54: 471-479.
18. Raven, J.C. (1948). The Comparative Assessment of Intellectual Ability. *British J. Psychol.*, Vol. XXXIX, part 1.
19. RAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"
20. Royal College of Physicians Guidelines of Stroke. (2002) London, National Health Service
21. S.PR.E.A.D. (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion). 2005: "*Ictus Cerebrale, linee guida Italiane di prevenzione e trattamento*"
22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002) *Management of patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and management of complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline*
23. Spinnler H., Tognoni G. (1987): Standardizzazione e taratura italiana di test neurologici. *The Italian Journal of Neurological Sciences*, , Supplemento 8: 47-50
24. GUIDA ALL'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA-ALIANTEMI *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006.*