



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 Disartria 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 disartria 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

La disartria è un problema del linguaggio che può conseguire a diverse patologie del sistema nervoso centrale e/o periferico. È stata definita come un deficit motorio che altera la muscolatura coinvolta nella produzione della parola: respirazione, fonazione, risonanza, articolazione.¹ Ne consegue un quadro patologico, di gravità variabile, sulla cui persistenza attualmente non vi sono informazioni, che coinvolge la chiarezza del linguaggio, la qualità e il volume della voce, e l'intelligibilità generale dell'espressione orale.

Secondo quanto riportato in letteratura,² sia la compromissione articolatoria della parola che la modificazione della voce possono creare, nelle persone che ne soffrono, un forte disagio psicologico con conseguente abbassamento della qualità della vita dei pazienti.

Coloro che con più probabilità possono beneficiare della riabilitazione logopedica, presentano una disartria che limita la normale comunicazione, nell'ambito di una competenza pragmatica e cognitiva adeguata e di una funzionalità motoria sufficientemente conservata, in grado di innescare le indicazioni via, via fornite.

La scelta delle strategie da mettere in atto dovrebbe essere personalizzata e l'intervento dovrebbe comprendere anche un ascoltatore addestrato

Una revisione Cochrane,³ dopo aver analizzato un'ampia letteratura sul topic, riporta che l'evidenza dell'efficacia dell'intervento è attualmente ristretta ad un piccolo gruppo di singoli casostudi e all'opinione di esperti, ma che quest'ultimi sono fortemente favorevoli all'intervento logopedico

Come membro del team multidisciplinare, il logopedista^{4,5} collabora alle definizioni della diagnosi differenziale nell'ambito dei disturbi del linguaggio, effettua il trattamento degli stessi, interviene per prevenire le complicanze secondarie attraverso un'azione di educazione e di counseling forniti al paziente ed a familiari/caregivers (Yorkston 1996).

Nello specifico della disartria conseguente a stroke, nel paziente adulto, spesso questa coesiste con altri disordini, come l'afasia. Le linee guida SIGN⁶ riportano che nella popolazione post-stroke l'alterazione del linguaggio di tipo disartrico può essere presente nel 20%-30% dei pazienti (Arboix 1990; Melo 1992; Warlow 1996), pertanto esse raccomandano che siano richieste la valutazione e la riabilitazione da parte del logopedista, che interviene utilizzando un range di diverse tecniche/strategie.

Secondo la revisione Cochrane citata, le strategie di gestione attuate comprendono:

1. valutazione quali-quantitativa del disturbo del linguaggio.

¹ Yorkston K M (1996) in Sellars C, Hughes T, Langhorne P. (2007) Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage (Review) Copyright © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd

² Hanson E K, Yorkston K M, Beukelman D R (2004) Speech supplementation techniques for dysarthria: a systematic review. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*. 12(2); ix-xxix

³ Sellars C, Hughes T, Langhorne P. (2007) Op.Cit.

⁴ Sellars C, Hughes T, Langhorne P. (2007). Op. Cit

⁵ Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002). Op. Cit.

⁶ Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002) Management of patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and management of complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline

2. intervento riabilitativo per favorire la normalizzazione del tono muscolare e/o ad aumentare la forza, la precisione e la coordinazione dei movimenti.
3. rinforzi positivi per facilitare l'instaurarsi di comportamenti compensativi positivi, p.e. rallentare il linguaggio per restituirne l'intelligibilità.
4. inibizione delle risposte compensatorie negative, come il tentativo di velocizzare il linguaggio per ridurre una lentezza percepita come eccessiva.
5. addestramento all'uso di ausili assistenziali come la tavola alfabetica o indicazioni all'utilizzo di più sofisticati sistemi computerizzati, per facilitare la comunicazione.
6. intervento sull'entourage familiare e/o assistenziale, addestrando l'ascoltatore e promuovendo gli atteggiamenti positivi nei partner comunicativi della persona disartrica.

Pianificazione dell'intervento nella Stroke Care

POPOLAZIONE	Adulti con disartria post stroke in fase acuta
PERIODO DI TRATTAMENTO	Screening entro 24/48 ore dalla ripresa di coscienza ^{7, 8} 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 della competenza fono-articolatoria (parti di <i>Profilo di valutazione della disartria</i> ⁹)
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° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura Cartella Riabilitativa.¹⁰ - Raccolta della documentazione clinica¹¹ - Osservazione e screening valutativo della competenza articolatoria
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio delle abilità comunicative per (ottimizzare il recupero, sviluppare l'uso di strategie compensatorie, facilitare la comunicazione funzionale). - Addestramento e Counseling a paziente e familiari/caregivers - Partecipazione al team multidisciplinare
DIMISSIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Completamento di screening/osservazione - Chiusura della Cartella Riabilitativa

⁷ Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S.Orsola Malpigi (2006): *Riorganizzazione del percorso assistenziale ospedaliero e attivazione di un'area dedicata ai pazienti con ictus*

⁸ RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"

⁹ A cura di Fussi F, Cantagallo A. (1999): *Profilo di valutazione della disartria*. Adattamento italiano del test di Robertson, raccolta di dati normativi e linee di trattamento (1982) Ed. Omega

¹⁰ Standard di Prodotto e Servizio: U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione (Rev.0 – 2003).

¹¹ 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 disartria in fase clinica post-acuta
PERIODO DI TRATTAMENTO	Entro 72 ore ¹² dalla richiesta di valutazione, 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	Somministrazione di <i>Profilo di valutazione della disartria</i> ¹³
INDICATORI (di intervento) DI EFFICACIA	<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

1° GIORNO	<ul style="list-style-type: none"> - Apertura Cartella Riabilitativa.¹⁴ - Raccolta della documentazione clinica¹⁵ - Valutazione quali-quantitativa della disartria¹⁶
GIORNI SUCCESSIVI	<ul style="list-style-type: none"> - Programma riabilitativo¹⁷ (training pneumo-fono-articolatorio; stabilizzazione di comportamenti compensativi; introduzione/utilizzo di strumenti di comunicazione assistita; addestramento e counseling per familiari/caregivers)
DIMISSIONI	<ul style="list-style-type: none"> - Valutazione finale - Chiusura della Cartella Riabilitativa

¹² Guida all'unità operativa di medicina fisica e riabilitativa-Alianti *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006.*

¹³ A cura di Fussi F, Cantagallo A. (1999): *Profilo di valutazione della disartria*. Adattamento italiano del test di Robertson, raccolta di dati normativi e linee di trattamento (1982) Ed. Omega

¹⁴ Standard di Prodotto e Servizio: U.O. Medicina Fisica e Riabilitazione (Rev.0 – 2003).

¹⁵ Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005

¹⁶ A cura di Fussi F, Cantagallo A. (1999). Op. Cit.

¹⁷ Sellars C, Hughes T, Langhorne P. (2007). Op. Cit

Bibliografia

1. A cura di Fussi F, Cantagallo A. (1999): *Profilo di valutazione della disartria*. Adattamento italiano del test di Robertson, raccolta di dati normativi e linee di trattamento (1982) Ed. Omega
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. Hanson E K, Yorkston K M, Beukelman D R (2004) Speech supplementation techniques for dysarthria: a systematic review. *Journal of Medical Speech-Language Pathology*. 12(2); ix-xxix
4. RNAO (2005) "Stroke Assessment Across the Continuum of Care"
5. Royal College of Speech & Language Therapists: *RCSLT Clinical Guidelines* © RCSLT 2005
6. Scottish Intercollegiate Guidelines Network SIGN (2002) Management of patients with Stroke. Rehabilitation, Prevention and management of complications, and Discharge Planning. A national clinical guideline
7. GUIDA ALL'UNITÀ OPERATIVA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA-ALIANTEMI *Emissione n°2 data applicazione 10.11.2006*.
8. Yorkston K M (1996) in Sellars C, Hughes T, Langhorne P. (2007) Speech and language therapy for dysarthria due to non-progressive brain damage (Review) Copyright © The Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Ltd