



Fachgesellschaft  
und Betroffenenorganisation

Association de personnes aphasiques,  
leurs proches et de professionnels

Associazione per le persone colpite da afa-  
sia, le loro famiglie e per gli specialisti

Habsburgerstrasse 20  
CH-6003 Lucerna  
Fon 041 240 05 83  
Fax 041 240 07 54  
[www.aphasie.org](http://www.aphasie.org)  
[info@aphasie.org](mailto:info@aphasie.org)

# Linee guida:

  

# Il trattamento delle afasia

**Con queste raccomandazioni, Aphasie Suisse intende fornire ai medici un documento di consultazione per la prescrizione di trattamenti logopedici/neuropsicologici in caso di afasia conseguente a lesioni cerebrali. Il presente articolo contiene informazioni circa le procedure diagnostiche e terapeutiche, nonché consigli sulle terapie del linguaggio basate sull'evidenza scientifica.**

---

## Indice

<b>INTRODUZIONE</b> .....	<b>3</b>
<b>1. SCOPI</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Metodologia</b> .....	<b>3</b>
<b>3. Dati</b> .....	<b>4</b>
<b>3.1. Prevalenza e tipi di afasia</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2. Prognosi e decorso</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2.1. Fattori clinici</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2.2. Fattori anagrafici</b> .....	<b>4</b>
<b>3.2.3. Recupero funzionale</b> .....	<b>4</b>
<b>3.3. Efficacia della terapia del linguaggio</b> .....	<b>5</b>
<b>3.4. Terapia farmacologica</b> .....	<b>6</b>
<b>4. raccomandazioni</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1. Diagnosi</b> .....	<b>7</b>
<b>4.2. Terapia</b> .....	<b>7</b>
<b>4.2.1. Indicazione</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.2. Obiettivi</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.3. Intensità e durata</b> .....	<b>8</b>
<b>Degenza ospedaliera</b> .....	<b>8</b>
<b>Trattamento ambulatoriale</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2.4. Principi terapeutici</b> .....	<b>9</b>
<b>4.2.5. Fine della terapia</b> .....	<b>10</b>
<b>5. Casi particolari</b> .....	<b>10</b>
<b>6. REFERENZE</b> .....	<b>10</b>
<b>7. APPENDICE</b> .....	<b>12</b>
<b>7.1. Punti importanti</b> .....	<b>12</b>
<b>8. MEMBRI DEL GRUPPO DI LAVORO:</b> .....	<b>13</b>
<b>9. MEMBRI DEL GRUPPO DI ESPERTI:</b> .....	<b>13</b>
<b>10. VALIDITA'</b> .....	<b>13</b>

---

## **INTRODUZIONE**

Le afasie sono disturbi del linguaggio acquisiti, conseguenti a lesioni cerebrali, che coinvolgono le capacità di espressione e di comprensione: parlare, scrivere, capire e leggere. Sono perlopiù causate da lesioni emisferiche sinistre, principalmente situate nella corteccia perisilviana, compresa l'insula, ma anche nelle strutture sottocorticali (talamo, gangli della base) dell'emisfero dominante [1]. I disturbi che concernono un'unica modalità, come l'alessia e l'agrafia pure, non saranno discussi in questo documento, in quanto non si tratta di deficit afasici propriamente detti. L'afasia determina un importante handicap nella vita familiare e sociale e limita considerevolmente le possibilità di reinserimento scolastico e professionale.

### **1. SCOPI**

Con queste linee guida si intende fornire ai medici un documento di consultazione per la prescrizione di trattamenti logopedici/neuropsicologici ad adulti colpiti da afasia in seguito a lesione cerebrale (p. es. incidente cerebrovascolare, trauma cranico, st. d. malattie infiammatorie, infettive, interventi neurochirurgici).

### **2. METODOLOGIA**

Queste linee guida sono state elaborate nel corso del 2004 da un gruppo di lavoro di "Aphasie Suisse" e discusse all'inizio del 2005 con un gruppo di esperti.

Per alcuni temi è stata consultata la banca dati Medline; ci si è inoltre basati su "EFNS Guidelines on cognitive rehabilitation" [2], sul rapporto del "Brain Injury Interdisciplinary Special Interest Group" dell' "American Congress of Rehabilitation Medicine" [3], sulle linee guida 2000 della "Deutschen Gesellschaft für Aphasiebehandlung und – forschung" (GAB) [4] e sulle direttive "Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall" della "Deutschen Gesellschaft für Neurologie" (DGN) [5]. La maggior parte dei dati provengono da studi con pazienti che hanno subito un incidente vascolare cerebrale o un trauma cranico. La classificazione secondo il grado di evidenza („evidence grade“) degli studi citati per l'efficacia delle terapie del linguaggio (v. tab. 1) si basa sulle direttive dell'FMH.

Queste linee guida non sono vincolanti dal punto di vista giuridico e non prosciogliono in nessun modo dalla responsabilità personale. In caso di dubbio o ambiguità, è necessario rifarsi alla versione in tedesco.

### **3. DATI**

#### **3.1. Prevalenza e tipi di afasia**

Nel 2002 a Basilea il tasso di incidenza del primo insulto cerebro-vascolare (ICV) era dell'1.39 per mille, con una prevalenza del 30% di disturbi afasici, di severità da media a grave per più della metà dei casi [6]. Altri studi europei hanno evidenziato dati comparabili [1]. Solo una parte delle afasie vascolari sono classificabili secondo le sindromi afasiche classiche. In ogni modo - anche in caso di sintomi apparentemente lievi - i disturbi acquisiti del linguaggio richiedono sempre un'accurata valutazione specialistica.

#### **3.2. Prognosi e decorso**

##### **3.2.1. Fattori clinici**

Tra i fattori prognostici più importanti vanno elencate la gravità iniziale dell'afasia e la dimensione della lesione cerebrale. Anche la localizzazione, il tipo e l'estensione della lesione possono influenzare il decorso. In tutte le afasie i sintomi iniziali generalmente migliorano, seppur in maniera molto variabile da un caso all'altro. In alcuni casi si osserva una modifica della sindrome afasica nel corso dell'evoluzione. La compresenza di eventuali deficit cognitivi di altro tipo può limitare il potenziale di recupero [7].

##### **3.2.2. Fattori anagrafici**

L'importanza del recupero non è correlata con la scolarità né con l'attività professionale. La preferenza manuale, l'età e il livello socio-culturale sembrano avere un'influenza solo minima sul recupero [1,7].

##### **3.2.3. Recupero funzionale**

La regressione dell'afasia è legata alla graduale riorganizzazione del sistema linguistico danneggiato. Un recupero delle funzioni linguistiche è possibile, grazie al ristabilimento del tessuto cerebrale contiguo alla lesione, temporaneamente danneggiato; nella maggioranza dei casi, tuttavia, persiste un'ipofunzionalità di queste regioni. Per la maggior parte dei pazienti, le conseguenze saranno dei disturbi rilevanti della funzione linguistica. E' ormai fuori discussione che l'emisfero destro possieda determinate capacità di elaborare le informazioni linguistiche: se e come queste capacità siano in grado di influenzare le competenze linguistiche in caso di afasia resta un soggetto controverso. Le ricerche sull'attivazione e gli studi comportamentali sembrano dimostrare che, nei soggetti afasici, aree di entrambi gli emisferi partecipano all'elaborazione linguistica. L'importante implicazione dell'emisfero destro, osservata in fase iniziale, può in seguito trasferirsi all'emisfero sinistro, ciò che può essere interpretato

come una ripresa funzionale dell'emisfero sinistro danneggiato per i meccanismi di elaborazione linguistica. La partecipazione relativa di ogni emisfero varia a dipendenza del tipo di compito. Le strutture cerebrali dell'emisfero sinistro leso possono concorrere al miglioramento delle competenze linguistiche, anche in caso di lesioni estese che causano una grave afasia [8].

### **3.3. Efficacia della terapia del linguaggio**

L'efficacia della terapia dell'afasia è stata valutata attraverso vari approcci metodologici. Nel 1999, una meta-analisi che sintetizza 12 studi randomizzati controllati e meta-analisi (Cochrane-Review) [9] ha concluso che l'efficacia della terapia del linguaggio in caso di afasia vascolare non può essere definitivamente dimostrata né confutata in base agli abituali approcci statistici, e che si rendono necessarie ulteriori investigazioni. L'efficacia della terapia in caso di afasia vascolare è stata dimostrata dal "Brain Injury Interdisciplinary Special Interest Group" dell' "American Congress of Rehabilitation Medicine" [3] a partire da una rassegna di 41 studi (tra i quali alcuni si riferiscono anche a lesioni cerebrali di origine traumatica). Contrariamente alla "Cochrane-Review", questa analisi comprende tre importanti studi su gruppi (Basso et al., 1979, Shewan & Kertesz, 1984 e Poeck et al., 1989) che hanno tutti confermato gli effetti positivi della terapia.

La rivista dell' "European Federation of Neurological Societies" [2] ha studiato i dati in favore dell'efficacia clinica delle terapie del linguaggio dopo ICV o TCC. Gli autori concludono, basandosi sulla "Cochrane Review" [9], sullo scritto di Cicerone et al. (2000) [3], oltre che su studi di casi singoli, che vi sono prove importanti in favore dell'efficacia delle terapie dell'afasia dopo un ICV. Gli interventi terapeutici sarebbero efficaci anche in caso di lesione traumatica, sebbene ciò sia sostenuto da una minor quantità di dati [3]. Si può concludere che la terapia del linguaggio è indicata già durante la fase di remissione spontanea, nelle prime settimane dopo l'ICV; la terapia rimane indicata anche se può iniziare solo più tardi. Una terapia del linguaggio introdotta precocemente e con frequenza sufficientemente intensiva permette di quasi duplicare gli effetti che ci si può attendere dal recupero spontaneo [10].

Numerosi studi di casi unici, metodologicamente basati sulla psicologia cognitiva, hanno dimostrato l'efficacia degli approcci psicolinguistici mirati, come ad esempio la terapia dell'anomia, delle difficoltà di produzione di frasi, dei deficit di lettura e di scrittura.

**Tab. 1 Grado di evidenza degli studi citati per l'efficacia della terapia linguistica**

Studi	I	II	III	IV
<b>1. Meta-analisi / Rassegne</b>				
Cappa et al., 2003	X			
Cicerone et al., 2000	X			
Greener et al., 1999		X		
Robey, 1994	X			
Robey, 1998	X			
Whurr et al., 1992		X		
<b>2. Studi su gruppi</b>				
Basso et al., 1979			X	
Poeck et al., 1989			X	
Shewan & Kertesz, 1984		X		
Wertz et al., 1986	X			
<b>3. Studi su casi singoli</b>				
Aliminosa et al., 1993				X
Bachy-Langedock & De Partz, 1989				X
Carlomagno & Parlato, 1989				X
Coltheart & Byng, 1989				X
De Partz, 1995				X
Miceli et al., 1996				X
Mitchum et al., 1993				X
Mitchum & Berndt, 1994				X
Thompson et al., 1993				X
Thompson et al., 1996			X	

*Grado I meta-analisi e studi randomizzati controllati. Grado II meta-analisi e studi randomizzati controllati più modesti. Grado III studi di coorti o di gruppi controllo, serie di casi non randomizzati. Grado IV conferenze di consenso, opinioni di esperti pubblicate. Per ragioni editoriali, le referenze non sono state citate. Si possono trovare su di una versione più completa dell'articolo, BMS, 2005, 86, 2290-2297 )*

### 3.4. Terapia farmacologica

Esistono interventi farmacologici che possono influenzare l'attività neuronale, rappresentando potenzialmente nuove opzioni terapeutiche. Ci sono indicazioni in favore di un'influenza

positiva sui disturbi afasici da parte delle sostanze nootropiche: il piracetam, con un dosaggio di 4.8 g/giorno, può rinforzare l'effetto della terapia logopedica dei disturbi afasici. I modelli biologici che ipotizzano un effetto farmacologico dopo lesione corticale si basano su osservazioni che evidenziano una maggiore plasticità cerebrale in caso di assunzione di determinate sostanze contemporaneamente ad una rieducazione funzionale [11]. Altri studi minori mostrano anch'essi un effetto superiore dell'esercizio se combinato con inibitori dell'acetilcolinesterasi, anfetamine e, in parte, anche agonisti della dopamina (questi ultimi solo in caso di afasie non fluenti). Per la terapia, è inoltre importante tener conto anche di un'eventuale depressione, relativamente frequente dopo una lesione cerebrale, di natura reattiva o organica cerebrale. In questi casi sono d'aiuto gli antidepressivi, in particolare gli inibitori selettivi della ricattura della serotonina (ISRS) [11]. Sono descritti altri esempi di modulazione dei processi del sistema nervoso centrale con terapia farmacologica, in particolare con ISRS e anticolinergici, ma non esistono per il momento dati certi che ne confermino l'effetto positivo su disturbi afasici di gravità diverse.

## **4. RACCOMANDAZIONI**

### **4.1. Diagnosi**

Durante la fase acuta (1-4 settimane) è opportuno procedere ad una valutazione delle capacità comunicative [4]. Alla fine della fase acuta al più tardi, è necessario formulare un'approfondita diagnosi logopedica-afasiologica e, se è il caso, neuropsicologica, possibilmente basata su test psicometrici validati e standardizzati, costruiti a partire dai modelli di elaborazione linguistica [7]. E' importante anche valutare e tenere in considerazione le funzioni cognitive non linguistiche, gli aspetti affettivi e la motivazione del paziente [5]. Conformemente alla Legge sull'Assicurazione Malattia, le misure diagnostiche e terapeutiche vengono prescritte da un medico e attuate da logopedisti specializzati in afasiologia e in possesso di un numero di concordato per la fatturazione.

### **4.2. Terapia**

L'approccio terapeutico dipende dal tipo di deficit linguistico, dalle limitazioni nella conversazione e nelle altre attività linguistiche (leggere, scrivere), dalla collaborazione e dalle risorse. Le misure terapeutiche proposte devono essere finalizzate a precisi obiettivi e periodicamente riconsiderate. L'efficacia della terapia dovrebbe venire provata attraverso misure standardizzate [12]. La preparazione, l'attuazione delle misure terapeutiche per un periodo di tempo

provato o comunque ragionevole, nonché una documentazione che renda conto della terapia proposta, sono elementi indispensabili per qualsiasi tipo di intervento.

#### **4.2.1. Indicazione**

Un intervento terapeutico è indicato quando si manifesta un disturbo, rilevante per la vita quotidiana, in almeno una delle modalità del linguaggio - parlare, capire leggere e scrivere - se le condizioni fisiche, emotive e cognitive del paziente lo permettono, e se ci si può attendere che, grazie alla terapia, l'handicap del paziente potrà essere ridotto o addirittura eliminato [5]. I familiari del paziente dovrebbero essere coinvolti nella terapia [4]. E' descritto che un contesto familiare e sociale favorevole ha influssi positivi sul potenziale di recupero. E' infine consigliabile indirizzare i pazienti e le loro famiglie a gruppi di auto-aiuto.

#### **4.2.2. Obiettivi**

Obiettivi della terapia sono migliorare le capacità linguistiche, favorire la comunicazione, incoraggiare la partecipazione alla vita sociale, tenendo conto del contesto [7]. La classificazione secondo i criteri della CIF (classificazione internazionale delle funzioni), che considera il funzionamento e l'handicap, integrando i fattori contestuali - comprese l'autonomia e la partecipazione sociale - può servire da base per una corretta formulazione degli obiettivi.

#### **4.2.3. Intensità e durata**

##### ***Degenza ospedaliera***

Un intervento in fase acuta (da 1 a 4 settimane dall'evento circa) è necessario per reprimere l'insorgere di automatismi stereotipati e di meccanismi di compensazione inadatti, per cercare di diminuire la sofferenza psichica del paziente, per guidare il processo di adattamento e per consigliare ai congiunti come comunicare in maniera efficace [4,13]. Quando le condizioni fisiche, emotive e cognitive del paziente lo permettono, la terapia intensiva del linguaggio è da iniziare il più presto possibile; la frequenza delle sedute dipende dalla gravità dell'afasia. Nella fase post-acuta (fino a circa 1 anno dall'evento), l'intensità della terapia (la frequenza delle sedute) viene stabilita in funzione dell'evoluzione.

##### ***Trattamento ambulatoriale***

Per il trattamento ambulatoriale nella fase post-acuta, la frequenza è in generale di 3 sedute settimanali [7, 12]. In alcuni casi può essere indicata una frequenza minore - 1-2 sedute settimanali - per il mantenimento e la generalizzazione delle competenze acquisite durante la fase di terapia intensiva [5].

Anche in fase cronica (1 anno e oltre), purché il paziente dimostri una buona motivazione e mantenute capacità di apprendimento, si possono conseguire risultati significativi grazie a una terapia intensiva e di durata limitata [10, 13].

Dopo la fine della terapia, è possibile proporre dei bilanci di evoluzione qualora la situazione si modificasse, o se dovessero emergere nuove richieste. Se tali bilanci evidenziassero reali progressi e obiettivi terapeutici concreti e realistici, si potrebbe allora prevedere un'ulteriore fase di terapia.

#### **4.2.4. Principi terapeutici**

Diversi studi longitudinali dimostrano che grazie alla terapia dell'afasia si ottengono progressi che vanno al di là degli effetti del recupero spontaneo. Tuttavia, anche con una terapia intensiva, solo raramente i sintomi afasici regrediscono del tutto; le capacità linguistiche nell'espressione e nella comprensione possono essere riattivate fino ad un certo punto, rendendo generalmente di nuovo possibile la comunicazione quotidiana o migliorando le competenze comunicative presenti.

A dipendenza del tipo e delle caratteristiche individuali di un'afasia, gli approcci terapeutici sono diversi [13]:

Ad esempio, in un *approccio per sindrome*, la rieducazione si focalizza soprattutto sui sintomi predominanti, cioè le difficoltà proprie alle singole forme di afasia. Nel caso invece di un *approccio per struttura linguistica*, l'obiettivo è quello di identificare e sviluppare le strutture linguistiche ancora intatte, quindi le conoscenze preservate delle rappresentazioni e delle unità del linguaggio, per permettere che vengano trasposte a dei compiti linguistici simili. Grazie al cosiddetto *approccio strategico*, si sfruttano le possibilità residue allenando alcune espressioni verbali specifiche e incoraggiando il paziente a utilizzarle nel modo più efficace. Questo tipo di intervento è completato dall'*approccio per modelli*, che fa riferimento ai modelli psicolinguistici del trattamento del linguaggio: questi ultimi non si basano, come invece le teorie classiche dell'afasia, su di un'anatomia funzionale del cervello, ma illustrano un'architettura funzionale del linguaggio e permettono dunque di ottimizzare i processi di trattamento preservati, e di riattivare quelli perturbati. Con l'*approccio comunicativo*, invece, prendendo spunto da situazioni naturali di comunicazione, si incoraggia il paziente ad utilizzare in modo flessibile i mezzi di espressione che gli sono più congeniali, siano essi verbali o meno. Gli esercizi al computer possono servire da complemento alla terapia per l'allenamento mirato di funzioni specifiche e ben definite [14]. I diversi approcci descritti possono essere impiegati in terapie individuali o di gruppo.

Una terapia di gruppo permette di migliorare la motivazione, di scambiarsi consigli sulle varie strategie, di favorire una migliore accettazione delle difficoltà [15]. A seconda della situazio-

ne, la terapia potrà essere accompagnata da un approccio di tipo psico-sociale, con lo scopo di coinvolgere anche i congiunti nell'esercitazione delle competenze comunicative [60]. Non rientrano nel quadro di queste linee guida gli approcci terapeutici alternativi, come ad es. il metodo Tomatis o la Programmazione Neurolinguistica (PNL).

#### **4.2.5. Fine della terapia**

La terapia viene interrotta quando non si evidenziano più progressi ad una valutazione qualitativa o quantitativa, e si sono esaurite le possibilità di migliorare le capacità comunicative. Affinché la presa a carico possa giungere a conclusione in modo costruttivo, gli obiettivi terapeutici devono necessariamente esser stati definiti in modo chiaro sin dall'inizio, come pure, eventualmente, i criteri per l'interruzione della terapia [16]. Una ripresa del trattamento potrà essere poi valutata in un secondo tempo.

## **5. CASI PARTICOLARI**

Al momento attuale, sono pochi gli studi disponibili su terapie del linguaggio in caso di malattie degenerative. Per quanto in alcuni casi la terapia del linguaggio si sia dimostrata efficace [13], non se ne possono trarre delle raccomandazioni generali. In alcuni casi, l'intervento terapeutico per il linguaggio consiste in un lavoro di consulenza ai familiari.

Una terapia logopedica può migliorare la qualità di vita dei pazienti con disturbi del linguaggio per tumore cerebrale, benigno o maligno.

La prevalenza dell'afasia nel bambino è nettamente inferiore che nell'adulto; l'afasia comunque può compromettere lo sviluppo cognitivo e necessita quindi di una rieducazione specifica nei bambini e negli adolescenti.

Non esistono a tutt'oggi studi randomizzati sulla terapia di afasie in caso di malattie epilettiche. Mouridsen (1995) menziona terapie del linguaggio in caso di afasia epilettica del bambino (sindrome di Landau Kleffner), situazione in cui la prognosi linguistica sarebbe comunque negativa.

## **6. REFERENZE**

- 11 Huber W, Poeck K, Weniger D. Aphasie. In: Hartje W, Poeck K(eds.). Klinische Neuropsychologie. Stuttgart, New York: Thieme;2000.p. 80-143.
2. Cappa SF, Benke T, Clarke S, Rossi B, Stemmer B, van Heugten CM; European Federation of Neurological Societies EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. Eur J Neurol 2003 Jan;10:11-23.
3. Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, Bergquist TF et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. Arch Phys Med Rehabil 2000; 81:1596-1615.

4. GAB (Gesellschaft für Aphasieforschung und –behandlung), DGNKN (Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie), Leitlinien 2000, Qualitätskriterien und Standards für die Therapie von Patienten mit erworbenen neurogenen Störungen der Sprache (Aphasie) und des Sprachens (Dysarthrie). [www.aphasiegesellschaft.de](http://www.aphasiegesellschaft.de)
5. DGN – Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Rehabilitation aphasischer Störungen nach Schlaganfall. [www.dgn.org](http://www.dgn.org)
6. Engelter S, Gostynski M, Pap S, Frei M, Born C, Ajdacic-Gross V, Lyrer P. Prevalence and severity of aphasia due to first ischemic stroke: A prospective population based study. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 2006 Mar 29;95(13):489-92
7. Basso A. Aphasia and its therapy. Oxford: Oxford University Press;2003.
8. Léger A, Demonet JF, Ruff S, Aithamon B, Touyeras B, Puel M, Boulanouar K, Cardebat D. Neural substrates of spoken language rehabilitation in an aphasic patient: an fMRI study. *Neuroimage* 2002 Sep;17(1):174-83.
9. Greener J, Enderby P, Whurr R. Speech and language therapy for aphasia following stroke. *The Cochrane Library* 2, Oxford 1999.
10. Robey RR. A meta-analysis of clinical outcomes in the treatment of aphasia. *J Speech Language Hearing Research* 1998; 41:172-87.
11. Small SL. A biological model of aphasia rehabilitation: Pharmacological perspectives. *Aphasiology* 2004;18 (5-7): 473 - 492.
12. Joseph PA. Rééducation et réadaptation des aphasies vasculaires. In: Mazaux JM, Brun V, Pelissier J (ed). *Aphasie 2000*. Paris: Masson; 2000.p. 172-177.
13. Weniger D, Springer L. Therapie der Aphasien. In: Hartje W Poeck K (Eds). *Klinische Neuropsychologie*. Stuttgart: Thieme; 2002. p. 161-173.
14. Laganaro M, Di Pietro M, Schnider A. Computerised treatment of anomia in acute aphasia: issue and treatment intensity and training size. *Neuropsychological Rehabilitation* (in press)
15. Buttet Sovilla J. Les thérapies de groupe. In: Eustache F, Lambert J, Viader F. *Rééducations neuropsychologiques*. Bruxelles: De Boeck; 1997.p.97-123.
16. Hersh D. "Weaning" clients from aphasia therapy: speech pathologist's strategies for discharge. *Aphasiology* 2003;17(11):1007-29

## **7. APPENDICE**

### **7.1. Punti importanti**

1. Le afasie sono disturbi del linguaggio acquisiti, conseguenti a una lesione del sistema nervoso centrale, che concernono tutte le modalità di espressione e comprensione: parlare, scrivere, capire e leggere.
2. Se si sospetta un'afasia, è indicato richiedere un consulto da parte di uno specialista del linguaggio (logopedista-afasiologo, linguista clinico). Tale valutazione permetterà di definire il tipo di afasia, proporre un programma di terapia, dare indicazioni sulla possibile evoluzione, fornire consigli ai familiari.
3. Un intervento terapeutico è indicato quando si manifesta un disturbo, rilevante per la vita quotidiana, in almeno una delle modalità del linguaggio - parlare, capire, leggere e scrivere - se le condizioni fisiche, emotive e cognitive del paziente lo permettono, e se ci si può attendere che, grazie alla terapia, l'handicap del paziente potrà essere ridotto o addirittura eliminato.
4. Gli obiettivi generali di una terapia sono il miglioramento del linguaggio e di una comunicazione funzionale, lo sviluppo di strategie di comunicazione e di compenso, oltre alla considerazione degli aspetti psicologici.
5. La terapia può essere individuale o di gruppo.
6. A dipendenza degli altri sintomi presenti, la terapia dell'afasia può essere proposta in collaborazione interdisciplinare con medici, neuropsicologi, fisioterapisti, ergoterapisti.
7. L'efficacia della terapia dovrebbe essere misurata con test psicometrici validati e standardizzati.
8. Nella fase acuta (4 settimane), la terapia del linguaggio dovrebbe essere proposta il più rapidamente possibile, con una frequenza variabile a seconda della gravità. Nella fase post-acuta (fino a 12 mesi), di regola la terapia dovrebbe svolgersi con frequenza di almeno 3 sedute settimanali. In alcuni casi, tuttavia, è indicato un ritmo di 1-2 sedute la settimana. Anche in fase cronica si possono in molti casi ottenere miglioramenti significativi, grazie a terapie intensive ma limitate nel tempo.
9. La terapia viene sospesa quando non si mettono più in evidenza progressi ad una valutazione standardizzata, e si sono esaurite le possibilità di migliorare le capacità di comunicazione.

10. L'opportunità di riprendere la terapia può essere ulteriormente rivalutata.

## **8. MEMBRI DEL GRUPPO DI LAVORO:**

CC Dr. med. Jean-Marie Annoni, Clinique de Neurologie, HCUG, Genève, CHUV, Lausanne

Monica Koenig-Bruhin, dipl. Logopädin, Spitalzentrum Biel

Dr. med. Thomas Nyffeler, Neurologische Klinik, Inselspital Bern

Reto Rhinisperger, dipl. Logopäde, Rehaklinik Bellikon

## **9. MEMBRI DEL GRUPPO DI ESPERTI:**

Lic. phil. Peter O. Bucher, Abteilung Neuropsychologie, Rehabilitation, Kantonsspital Luzern

Dr. phil. Jocelyne Buttet Sovilla, Division de Neuropsychologie, CHUV Lausanne et Université de Genève

Prof. Dr. med. Stephanie Clarke, Division de Neuropsychologie, CHUV, Lausanne, Schweizerische Gesellschaft Neurorehabilitation SNRG

Dr. med. Beat Knecht, Universitäts-Kinderklinik Zürich, Schweizerische Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation SAR

Dr. phil. Meja Kölliker Funk, Fachhochschule für soziale Arbeit bB, Basel

Dr. psych. Marina Laganaro, Clinique de rééducation, HCUG, Genève, Université de Neuchâtel

Lic. psych. Francesca Vacheresse, c/o Clinica Humaine, 6514 Sementina

Dr. phil. Dorothea Weniger, Neurologische Klinik, Universitätsspital Zürich

## **10. VALIDITA'**

E' previsto un aggiornamento ogni 5 anni.