

# INDICE

Introduzione

## **Capitolo 1 “L’afasia”**

- 1.1. Definizione
- 1.2. Afasiologia
- 1.3. Eziologia
- 1.4. Epidemiologia
- 1.5. Classificazione delle afasie
  - 1.5.1. Afasia di Broca
  - 1.5.2. Afasia di Wernicke
  - 1.5.3. Afasia di conduzione
  - 1.5.4. Afasia transcorticale motoria
  - 1.5.5. Afasia transcorticale sensoriale
  - 1.5.6. Afasia transcorticale mista
  - 1.5.7. Afasia globale
- 1.6. Valutazione
  - 1.6.1. Valutazione dell’afasia in fase acuta
  - 1.6.2. Valutazione dell’afasia in fase sub acuta
  - 1.6.3. Valutazione della comunicazione funzionale
- 1.7. Trattamento afasia
- 1.8. Prognosi

## **Capitolo 2 “Associazione Italiana Afasici”**

- 2.1. Cos’è l’A.IT.A.
- 2.2. Finalità e scopi dell’aita
- 2.3. A.IT.A. Friuli-Venezia Giulia
- 2.4. Testimonianze dei membri

## **Capitolo 3 “Tele-medicina”**

- 3.1. Storia della telemedicina
- 3.2. Definizione di telemedicina
- 3.3. Finalità dei servizi di telemedicina
- 3.4. Classificazione della telemedicina
  - 3.4.1. Telemedicina specialistica

3.4.2. Tele-salute

3.4.3. Tele-assistenza

3.4.5. Tele-riabilitazione

3.5. Tele-medicina e afasia

## **Capitolo 4 “Obiettivo”**

## **Capitolo 5 “Materiali e metodi”**

5.1. Materiali

5.2. Popolazione

5.3 Incontri online

5.3.1. Riunione 15 marzo 2021

5.3.2. Riunione 22 marzo 2021

5.3.3. Riunione 29 marzo 2021

5.3.4. Riunione 19 aprile 2021

5.3.5. Riunione 3 maggio 2021

5.3.6. Riunione 17 maggio 2021

5.3.7. Riunione 31 maggio 2021

5.3.8. Riunione 7 giugno 2021

## **Capitolo 6 “Risultati”**

## **Capitolo 7 “Conclusioni”**

## **Bibliografia**

## **Sitografia**

## **INTRODUZIONE**

Il 31 dicembre 2019, la Cina segnala, nella città di Wuhan, la diffusione di un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota, che sarebbe poi stata identificata come un nuovo coronavirus Sars-CoV-2, meglio conosciuta come COVID-19.

Il 30 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) dichiara lo stato di emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina.

Il giorno successivo il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati a partire dal 22 gennaio, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale.

Il premier Giuseppe Conte firmò un decreto che sancì lo stato di lockdown esteso a tutte le regioni italiane a partire dal 9 marzo 2020.

Con l'avvento del COVID-19 tutte le abitudini di vita sono drasticamente cambiate, e con esse anche le modalità di erogazione di servizi in generale, e in particolar modo viene preso in considerazione in questo studio i servizi di tele-riabilitazione.

In questo progetto di tesi viene analizzata in primo luogo l'afasia, in quanto la popolazione studiata appartiene all'Associazione Italiana Afasici del Friuli-Venezia Giulia, che viene poi approfondita nel secondo capitolo.

Nel terzo capitolo viene approfondito l'aspetto della telemedicina, in quanto il progetto di tesi verge intorno alla tele-riabilitazione, branca della telemedicina, e sul grado di soddisfacimento dei soggetti afasici e caregivers riguardo all'erogazione di questo servizio; quest'ultimo viene poi studiato tramite un questionario di gradimento somministrato ai membri che hanno partecipato a degli incontri online, durante i quali sono state svolte attività mirate al mantenimento delle funzioni linguistiche.

# **1. L'AFASIA**

## **1.1. DEFINIZIONE**

L'afasia è una compromissione della comprensione o della formulazione del linguaggio causata da un danno al centro corticale del linguaggio.

I deficit afasici possono interessare tutti i livelli della competenza linguistica: fonologico, morfologico, sintattico, semantico-lessicale e pragmatico. Queste componenti possono essere compromesse sia in comprensione che in produzione, sia nella lingua parlata che scritta.

Nell'afasia le immagini e le rappresentazioni del pensiero non possono essere tradotte in parole e in frasi e viceversa, ovvero non è possibile la generazione di immagini interne corrispondente alle frasi e alle parole udite. Essa, però, non può essere ricondotta a una compromissione primaria della funzione uditiva, o a un disturbo primariamente motorio o a un disturbo primario del pensiero.

L'afasia non solo genera un disturbo nel linguaggio, ma spesso compromette anche la capacità di prendere decisioni, la creatività e l'abilità nello svolgere i calcoli.

Le sindromi afasiche inoltre generano un profondo impatto emotivo sia per il soggetto stesso che vive questa condizione, sia per il familiare e per le persone a lui più vicino, in quanto la compromissione del linguaggio può spesso portare a umore depresso e a una diminuzione del funzionamento sociale.

## **1.2. AFASIOLOGIA**

Il concetto di afasia è cambiato notevolmente nel tempo, in base alle diverse correnti interpretative del fenomeno.

Il primo modello storico è stato quello associazionista, che ha preso piede in seguito alla conferenza tenuta dal neurologo Paul Broca alla Società Antropologica di Parigi nel 1861.

In questo incontro il neurologo presentò il caso di Mr. Leborgne, o meglio conosciuto come Mr. Tan, per via dell'unica espressione linguistica che il paziente produceva.

Grazie al suo paziente Broca riuscì, tramite esame autoptico, a identificare il piede della terza circonvoluzione frontale come sede di lesione del quadro afasico di cui era soggetto Mr. Leborgne.

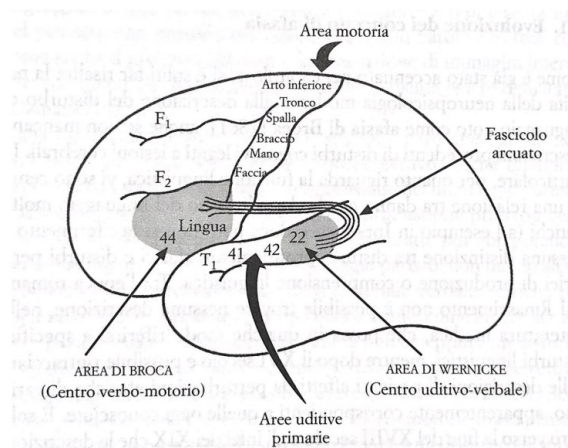
Il modello associazionista si basa sui seguenti presupposti:

- ❖ Presenza di una localizzazione delle funzioni cerebrali dell'emisfero sinistro
- ❖ Corrispondenza tra sede lesionale e perdita di funzione specifica, ossia che ad una lesione selettiva corrisponde una forma clinica precisa
- ❖ L'afasia è il risultato della somma di molteplici disturbi settoriali dovuti alla distruzione di una o più aree cerebrali

Successivamente Carl Wernicke nel 1874 dimostrò che una lesione al terzo posteriore della prima circonvoluzione temporale sinistra si accompagna a un disturbo della comprensione del linguaggio orale e localizzò in questa regione la sede delle “immagini uditive delle parole”.

Wernicke, riprendendo la scoperta di Broca, proporrà l'esistenza di due centri del linguaggio, uno anteriore e uno posteriore, collegati tra loro da fibre associative, identificando quindi tre tipologie di afasia, in base alla sede della lesione:

1. Afasia motoria causata da lesioni all'area di Broca, centro delle “immagini motorie delle parole”
2. Afasia sensoriale causata da lesioni all'area di Wernicke, centro delle “immagini uditive delle parole”
3. Afasia di conduzione causata da lesioni alla via di connessione tra i due centri precedentemente citati



Rappresentazione schematica delle aree del linguaggio secondo il modello di Wernicke

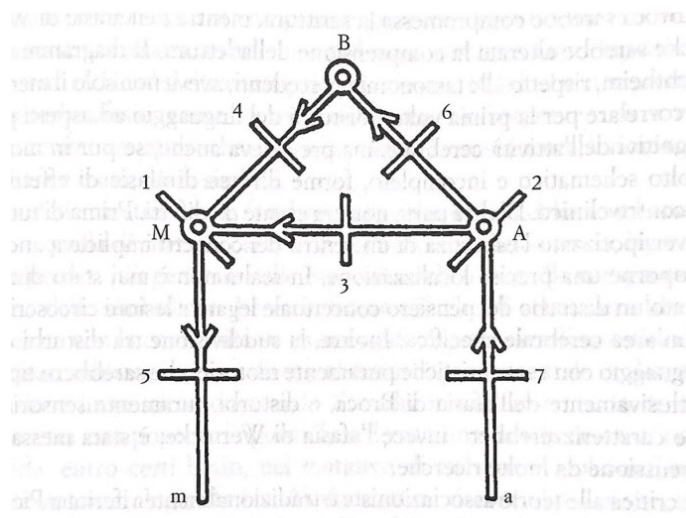
Lo schema proposto da Wernicke, in merito al rapporto tra linguaggio e strutture cerebrali, enfatizzava gli aspetti senso-motori del linguaggio, trascurando tutti gli aspetti cognitivi.

Nel 1885 L.Lichteim propose un modello interpretativo più complesso, con l'introduzione di un centro dei concetti. Esso era collegato sia con il centro per le immagini uditive, deputato alla comprensione del linguaggio parlato, sia con il centro delle immagini motorie, che raccoglie i messaggi che devono poi essere implementati nelle strutture fonatorie.

Lo schema di Lichteim prevedeva sette tipi di afasia, a seconda che la lesione colpisse i centri o le vie di connessione tra i centri.

Le tipologie di afasia individuate sono:

1. Afasia motoria corticale
2. Afasia sensoriale corticale
3. Afasia motoria transcorticale
4. Afasia sensoriale transcorticale
5. Afasia motoria subcorticale
6. Afasia sensoriale subcorticale
7. Afasia di conduzione



Modello di Lichteim del linguaggio:

- ❖ A rappresenta l'area di Wernicke
- ❖ M rappresenta l'area di Broca
- ❖ B rappresenta il centro dei concetti
- ❖ a rappresenta l'area uditiva primaria
- ❖ m rappresenta l'area motoria primaria
- ❖ i numeri da 1 a 7 rappresentano i possibili punti lesionali

All'inizio del 1900 vi sono stati autori, tra cui ricordiamo Pierre Marie, che hanno interpretato l'afasia come una sindrome unitaria, ossia come un disturbo della funzione simbolica che traduce il pensiero in parole o le parole in pensiero, inteso come unica sindrome afasica con gradi diversi di gravità.

Negli Sessanta e Settanta Geschwind e Lurijia proposero un approccio allo studio delle sindromi afasiche che tornava a riferirsi alla relazione tra canali sensoriali di input e canali motori di output.

Secondo Lurijia una funzione complessa come il linguaggio dipende dalla cooperazione di più regioni dell'encefalo, che, insieme, vanno a costituire un sistema funzionale fondamentale della mente umana, composto da attività senso-motorie

elementari che possono essere danneggiate, in maniera discreta e non, da una qualsiasi lesione cerebrale.

Per quanto riguarda la classificazione, Lurijia mantiene la distinzione tra aspetti motori/articolatori e problemi legati all'analisi uditiva, introduce però una nuova distinzione basata sulla sintomatologia effettiva dei pazienti e l'interazione funzionale tra i vari analizzatori corticali.

Vengono introdotte nuove sindromi afasiche: afasia cinestetica e cinetica, nell'ambito delle afasie motorie, afasia acustica e amnestica, nell'ambito delle afasie sensoriali, afasia semantica e afasia dinamica.

Nella seguente tabella vengono riassunte le varie sindromi afasiche descritte da Lurijia, con relativa sintomatologia e sede della lesione provocante il disturbo.

<b>SINDROME AFASICA</b>	<b>EZIOLOGIA</b>	<b>SINTOMATOLOGIA</b>
Afasia cinestetica	Lesione della zona post-rolandica	Compromissione del feedback sensoriale che controlla i movimenti articolatori
Afasia cinetica	Lesione dell'area di Broca	Impossibilità per il sistema fonatorio di passare in modo fluido e corretto da una posizione articolatoria e l'altra
Afasia acustica	Lesione del giro temporale postero-superiore	Incapacità di distinguere i singoli suoni del linguaggio parlato
Afasia amnestica	Lesione dei giri temporale medio e inferiore	Perdita del valore semantico della parola



Afasia dinamica	Lesione prefrontale	Incapacità di iniziare spontaneamente il discorso e di formulare delle idee
Afasia semantica	Lesioni parieto-occipitali	Incapacità di cogliere e manipolare le relazioni tra i concetti e di comprendere costruzioni grammaticali complesse

Nel 1965, Geschwind studiò l'importanza del lobo parietale posteriore, che viene descritto come un'area di convergenza multimodale, atta a mediare la formulazione delle associazioni tra esperienze visive, uditive e tattili.

Risulta fondamentale per Geschwind il ruolo svolto dai fasci di sostanza bianca, in quanto permettono alle informazioni, provenienti dalle diverse aree cerebrali, di convergere verso la regione parietale, caratterizzata da un alto valore associativo.

Viene quindi descritta la sindrome da isolamento delle aree del linguaggio, dovuta a una lesione, che pur lasciando intatte le aree di Broca e di Wernicke e le connessioni tra le due, disconetterebbe le aree del linguaggio dalle regioni associative posteriori dell'emisfero sinistro. In questo caso i pazienti non presenterebbero problemi di produzione e di ripetizione, ma avrebbero gravi problemi di comprensione e denominazione di qualsiasi stimolo presentato in qualsiasi modalità.

Geschwind introdusse anche le espressioni fluente e non fluente per riferirsi alle due sottoclassi principali di afasia, a cui aggiunse altri tre profili clinici, correlati al danno di tutto il centro del linguaggio o alla lesione o disconnessione del lobo parietale con le altre aree. Vengono quindi introdotti altri tre quadri afasici: afasia globale, afasia transcorticale mista e afasia anomica.

### **1.3. EZIOLOGIA**

L'afasia è causata da qualsiasi insulto cerebrale che colpisce le aree del linguaggio, che per la maggior parte dei casi risiedono nell'emisfero sinistro.

Le principali aree del linguaggio che possono essere coinvolte sono l'area di Wernicke, l'area di Broca e il fascicolo arcuato, le cui lesioni possono generare un diverso quadro afasico.

Le lesioni principali che portano ad afasia sono da ricondurre a:

- ❖ Disturbi cerebro vascolari, che si verificano quando l'afflusso di sangue a una certa zona del cervello diminuisce o viene interrotto a causa di un evento ischemico o emorragico. Questi rappresentano la principale causa di afasia.
- ❖ Patologie neurodegenerative, come per esempio la demenza di Alzheimer, la malattia di Pick, la demenza vascolare, e alcune forme di malattia di Parkinson
- ❖ Lesioni fisiche dirette generate da traumi cranici
- ❖ Effetto massa di tumori cerebrali
- ❖ Infezioni

### **1.4. EPIDEMIOLOGIA**

Mancano dati diretti sull'incidenza di afasia e occorre quindi rifarsi a quelli sulle malattie vascolari che sono la causa più frequente di afasia.

L'incidenza delle malattie vascolari varia, a seconda degli studi, da 1,8 a 4,5 nuovi casi ogni anno per mille abitanti. Rapportati alla popolazione italiana, circa 58 milioni, vengono indicati da 105.000 a 261.000 nuovi casi all'anno. Naturalmente l'afasia non è presente in tutti i soggetti con malattia vascolare; la sua incidenza varia, secondo gli studi, da 21% a 38%.

Riportati alla popolazione italiana questi dati hanno un'incidenza che va da 22.000 a 99.000 nuovi casi di afasia all'anno.

Mancano dati precisi anche sulla prevalenza, e cioè sul numero di persone viventi affette da afasia. I valori calcolati sulla popolazione degli Stati Uniti, riportati alla popolazione italiana, implicano una prevalenza di 213.000 casi. A queste cifre si

debbono aggiungere le persone che presentano disturbi del linguaggio conseguenti a traumi cranici o altre patologie. (Basso, 2005)

## 1.5. CLASSIFICAZIONE DELLE AFASIE

Le sindromi afasiche possono essere distinte in due macro-categorie: fluenti e non fluenti. Questa distinzione venne introdotta per la prima volta da Geschwind, per riferirsi alle due sottoclassi principali di afasia.

Nel concetto di afasia fluente si fanno rientrare caratteristiche quali:

- ❖ Prosodia conservata
- ❖ Articolazione non deficitaria
- ❖ Relativa abbondanza dell'eloquio

Nel concetto di afasia non fluente si fanno rientrare invece caratteristiche quali:

- ❖ Prosodia alterata
- ❖ Difficoltà articolatorie, caratterizzate da sforzo e variabilità, soprattutto nella produzione spontanea e denominazione
- ❖ Riduzione dell'eloquio
- ❖ Capacità di ripetere serie automatiche relativamente intatta

<b>AFASIE FLUENTI</b>	<b>AFASIE NON FLUENTI</b>
AFASIA DI WERNICKE	AFASIA DI BROCA
AFASIA TRASCORTICALE SENSORIALE	AFASIA TRASCORTICALE MOTORIA
AFASIA DI CONDUZIONE	AFASIA GLOBALE

Tabella riassuntiva delle afasie fluenti e non fluenti

### **1.5.1. AFASIA DI BROCA**

I pazienti con afasia di Broca presentano una diminuzione dell'eloquio spontaneo anche se, entro certi limiti, sono in grado di trasmettere il messaggio che stanno cercando di esprimere, in quanto rimane la capacità di selezionare correttamente le parole contenuto, seppur con parafrasi fonemiche e fonetiche. L'eloquio appare quindi non fluente, con disturbi articolatori. Sono presenti anomie.

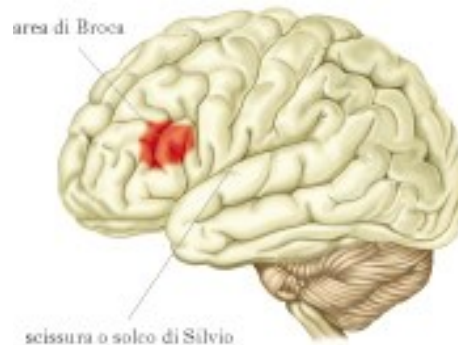
La comprensione uditiva è buona o moderatamente compromessa, quella che risulta alterata è la comprensione di frasi sintatticamente complesse, ad esempio il riconoscimento di frasi passive semanticamente reversibili.

La lettura ad alta voce è generalmente deficitaria.

Emiparesi, emianestesia e aprassia orale sono spesso associate ad afasia di Broca.

Correlati anatomici:

L'afasia di Broca si verifica in seguito a una lesione che interessa la regione frontale prerolandica soprasilviana sinistra (area 44 e 45 nella classificazione di Brodmann) e si estende alla sostanza bianca sottostante, nel territorio dell'arteria cerebrale media.



In rosso viene riportata la sede della lesione (area 44 e 45 di Brodmann) in seguito alla quale si verifica afasia di Broca

### **1.5.2. AFASIA DI WERNICKE**

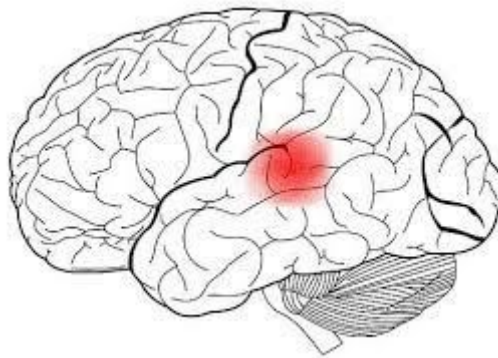
Il linguaggio dei pazienti con questo tipo di afasia è fluente, caratterizzato da numerose parafrasi fonemiche, parafrasi semantiche e neologismi.

La prosodia è conservata, risultano invece essere deficitarie la comprensione, la lettura ad alta voce, il dettato, la scrittura e la ripetizione.

Nell'afasia di Wernicke sono frequenti disturbi del campo visivo, ad esempio emianopsia, ma raramente si verificano disturbi di moto e di senso.

Correlati anatomici:

L'afasia di Wernicke è causata da una lesione localizzata nella parte posteriore della prima circonvoluzione temporale (area 22 secondo la classificazione di Brodmann, conosciuta anche come area di Wernicke dal tipo di afasia che ne deriva), con estensione posteriore. Se la comprensione del linguaggio scritto risulta essere migliore rispetto a quella del linguaggio parlato, la lesione è confinata solo al lobo temporale; se invece la comprensione del linguaggio scritto è più deficitaria di quella del linguaggio parlato, la lesione si estende posteriormente nel lobo parietale.



In rosso viene riportata la sede della lesione (area 22 di Brodmann) in seguito alla quale si verifica afasia di Wernicke

### **1.5.3. AFASIA DI CONDUZIONE**

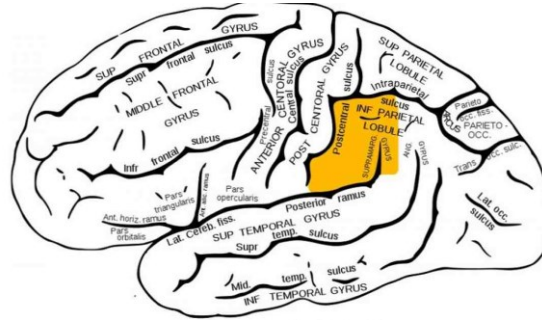
L'afasia di conduzione è caratterizzata da un eloquio fluente con parafrasie fonemiche e una dissociazione tra buona comprensione e cattiva ripetizione.

Tipico errore in questo quadro afasico è la *conduites d'approche*, in quanto il soggetto afasico compie numerose variazioni fonemiche prima di arrivare alla parola "bersaglio".

A questo tipo di afasia sono associati disturbi di moto e più raramente aprassia.

Correlati anatomici:

L'afasia di conduzione è causata da una lesione a carico della regione soprasilviana, a livello del giro sopramarginale (area 40 nella classificazione di Brodmann) con frequente estensione alla sostanza bianca del fascicolo arcuato.



In giallo è evidenziata la sede della lesione (area 40 di Brodmann) in seguito alla quale si verifica afasia di conduzione

#### **1.5.4. AFASIA TRASCORTICALE MOTORIA**

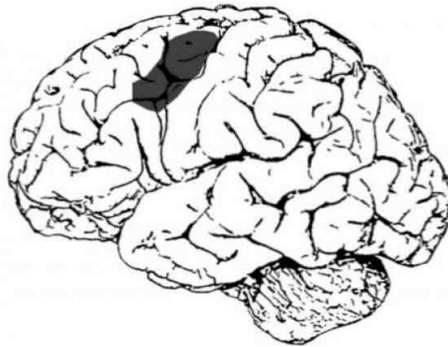
L'afasia transcorticale motoria è caratterizzata da una dissociazione tra pensiero non verbale e parola, i soggetti afasici non sono in grado di tradurre il pensiero in parola.

La comprensione risulta essere buona, così come la ripetizione, la lettura e la scrittura, ma l'eloquio spontaneo è ridotto. Tipico è l'utilizzo di parole isolate e di frasi molto brevi.

Sono associati deficit motori e sensoriali e lieve disartria, in caso di lesione nell'area supplementare motoria.

Correlati anatomici:

L'afasia transcorticale motoria è conseguente a lesioni a carico dell'area dorso-laterale prefrontale. Spesso vengono interrotte le connessioni che congiungono il settore anteriore delle aree del linguaggio e il resto della corteccia frontale.



In nero è evidenziata la sede della lesione in seguito alla quale si verifica afasia transcorticale motoria

### **1.5.5. AFASIA TRANCORTICALE SENSORIALE**

L'afasia transcorticale sensoriale è caratterizzata da eloquio fluente, con una buona ripetizione e deficit in comprensione. Tutti i compiti verbali sono deficitari, fatta eccezione per la ripetizione.

L'eloquio risulta essere intelligibile, in quanto caratterizzato da continue parafrasie verbali.

A questo tipo di afasia sono associati aprassia ideomotoria, aprassia ideativa, disturbi del campo visivo, anosognosia ed ecolalia.

Correlati anatomici:

L'afasia transcorticale sensoriale è conseguente a lesioni parietali e temporali adiacenti all'area di Wernicke.

### **1.5.6. AFASIA TRANCORTICALE MISTA**

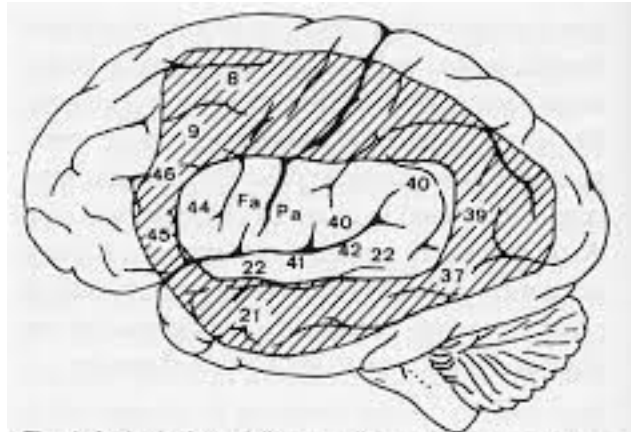
L'afasia transcorticale mista è caratterizzata da un eloquio non fluente, dove risultano alterate la scrittura, la denominazione, la comprensione sia verbale che scritta.

La ripetizione è relativamente preservata.

A questo tipo di afasia sono associate emiplegia, emianestesia, e disturbi del campo visivo quali emianopsia.

Correlati anatomici:

L'afasia transcorticale mista è causata da lesioni corticali estese dell'emisfero di sinistra, che risparmiano solo le aree perisilviane.



Tratteggiata è evidenziata la sede della lesione in seguito alla quale si verifica afasia transcorticale mista

### **1.5.7. AFASIA GLOBALE**

L'afasia globale è caratterizzata dalla combinazione dei sintomi riscontrabili nell'afasia di Wernicke e nell'afasia di Broca.

L'eloquio risulta non fluente, l'espressione orale è estremamente compromessa e caratterizzata da stereotipie, che siano esse sillabe senza senso, neologismi, una o più parole o frasi, ripetute senza variazioni in tutte le occasioni in cui il soggetto cerca di dire qualcosa.

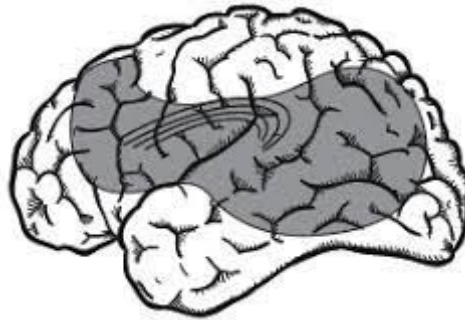
La comprensione è alterata, la scrittura sotto dettatura è deficitaria, così come la copia, la ripetizione e la lettura ad alta voce, ma alcuni soggetti afasici sono ancora in grado di scrivere la loro firma.

All'afasia globale sono associati solitamente emiparesi, emianestesia ed emianopsia, oltre a disturbi neuropsicologici quali aprassia orale e aprassia ideomotoria.



Correlati anatomici:

L'afasia globale è causata da estese lesioni a carico di quasi tutte le aree dell'emisfero sinistro, in particolar modo le aree fronto-temporo-parietali.



In nero è evidenziata la sede della lesione in seguito alla quale si verifica afasia globale



<b>CLASSIFICAZIONE SEMIOLOGICA DELLE AFASIE</b>							
	<b>BROCA</b>	<b>WERNICKE</b>	<b>DI CONDUZIONE</b>	<b>GLOBALE</b>	<b>SENSORIA TRASC.</b>	<b>MOTORIA TRASC.</b>	<b>MISTA TRASC.</b>
<b>LINGUAGGIO SPONTANEO</b>	non fluente	fluente	fluente	non fluente	fluente	non fluente	non fluente
<b>COMPRESIONE</b>	relativamente preservata	alterata	relativamente preservata	alterata	alterata	relativamente Preservata	alterata
<b>RIPETIZIONE</b>	alterata	alterata	alterata	alterata	relativamente preservata	relativamente preservata	relativamente preservata
<b>DENOMINAZIONE</b>	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata
<b>COMPRESIONE LETTURA</b>	alterata	alterata	relativamente preservata	alterata	alterata	relativamente preservata	alterata
<b>SCRITTURA</b>	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata	alterata
<b>MOTORIO</b>	emiplegia	normale	emiparesi	emiplegia	normale	emiplegia	emiplegia
<b>SENSORIALE</b>	relativamente preservato	relativamente preservato	perdita emisensoriale	perdita emisensoriale	relativamente preservato	relativamente preservato	perdita emisensoriale
<b>CAMPO VISIVO</b>	normale	emianopsia occasionale	normale	emianopsia	emianopsia	normale	emianopsia
<b>TERRITORIO VASCOLARE</b>	medio	medio	medio	medio	post./medio	ant./medio	m/a/p
<b>LOBO</b>	frontale (F)	temporale (T)	parietale (P)	F - T - P	T-occipitale	frontale	F - T - P
<b>LOCALIZZAZIONE CORTICALE</b>	area 44 	area 22 	fascicolo arcuato 		post. Pierre-Marie 	ant. Pierre-Marie 	

Tabella riassuntiva delle sindromi afasiche

## **1.6. VALUTAZIONE**

Un deficit della comunicazione verbale può manifestarsi a seguito di diverse alterazioni dell'attività cerebrale. È necessario e utile intraprendere un'analisi delle funzioni linguistiche per definirne il tipo e la gravità del disturbo afasico, tenendo però in considerazione che questo genere di disturbo può essere erroneamente diagnosticato in presenza di stati di confusione mentale, disturbi di tipo psichiatrico o alterazioni dell'umore.

Per descrivere l'afasia deve essere fatta un'attenta analisi del linguaggio che includa la valutazione del linguaggio spontaneo, della ripetizione di parole e frasi, della comprensione del linguaggio sia orale che scritto, della denominazione, lettura e scrittura.

Durante la valutazione bisogna tenere in considerazione anche della fase della malattia in cui si trova il paziente, acuta, sub-acuta o cronica, in quanto le caratteristiche e la gravità del disturbo variano in relazione alla fase in cui viene effettuata la valutazione. Si rende quindi necessaria una valutazione del quadro afasico a un mese, successivamente a tre e sei mesi dal periodo di insorgenza dell'evento acuto.

### **1.6.1. VALUTAZIONE DELL'AFASIA IN FASE ACUTA**

#### **LINEE GUIDA ISO-SPREAD 2016**

- ❖ Raccomandazione 14.16 Forte a favore: In presenza di afasia è raccomandata la presa in carico logopedica al fine di garantire una dettagliata valutazione e un trattamento adeguato
- ❖ Raccomandazione 14.17 GPP: Si ritiene opportuno che le strutture ospedaliere si dotino di un protocollo standardizzato di screening per poter rilevare la presenza di afasia prima possibile, compatibilmente con le condizioni cliniche
- ❖ Sintesi 15.40: La presenza di afasia grave non permette la somministrazione dei test di screening (MMSE e MoCA); pertanto è necessario l'inquadramento diagnostico dedicato del disturbo afasico. In presenza di afasia è suggerito un primo inquadramento clinico-qualitativo o la somministrazione del test "esame del linguaggio al letto del malato"

## **ESAME DEL LINGUAGGIO A LETTO DEL MALATO (E.L.L.M.)**

L'esame del linguaggio al letto del malato è un test valutativo di facile somministrazione, adatto a valutare i pazienti afasici nei primi giorni dall'insorgenza del disturbo di linguaggio ed è mirato a monitorare l'evoluzione del deficit di linguaggio in fase acuta.

Il test ha la capacità di determinare le capacità linguistiche residue del paziente e di trarre una prima valutazione diagnostica in tempi brevi, in quanto l'intera somministrazione del test richiede dai 20 ai 30 minuti circa.

La somministrazione del test viene effettuata al letto del paziente

L'E.L.L.M. è composto da una serie di prove che valutano:

- Linguaggio spontaneo
- Linguaggio seriale
- Denominazione orale di nomi e verbi
- Descrizione di figura complessa
- Comprensione uditiva di parole e di frasi
- Ripetizione di parole e di frasi
- Lettura di parole e di frasi
- Scrittura: nome e cognome, denominazione scritta, dettato di parole
- Aprassie: aprassia bucco-facciale, aprassia ideomotoria

Il test è risultato possedere buone qualità psicometriche per la diagnosi dei deficit acquisiti del linguaggio, permettendo la discriminazione tra soggetti afasici e soggetti non afasici e tra i tipi principali di afasia; l'esame è d'altra parte utilizzabile pure per un follow-up precoce nel corso della prima settimana dall'insorgenza del deficit afasico, prima cioè di avviare il paziente ad una diagnostica più dettagliata, tramite batterie specifiche per la definizione di un piano riabilitativo mirato. (Esame al letto del malato, AUSL 11 – Empoli)

## **1.6.2. VALUTAZIONE DELL'AFASIA IN FASE SUB ACUTA**

### **LINEE GUIDA AFASIA- FEDERAZIONE ITALIANA LOGOPEDISTI (2009)**

- ❖ Raccomandazione 1.4 (GRADO B): E' INDICATO utilizzare batterie standardizzate che soddisfano criteri di validità di costruzione del test, validità nel discriminare tra cerebrolesi afasici e non afasici e nell'individuare il tipo di afasia.
- ❖ Raccomandazione 1.5 (GRADO B): In presenza di afasia in fase postacuta o cronica E' INDICATO che la valutazione del paziente sia eseguita da personale specializzato (Logopedista).
- ❖ Raccomandazione 1.6 (\*GRADO GPP): E' INDICATA un'attenta analisi delle funzioni comunicative verbali in tutte le cerebropatie che possono determinare deficit del linguaggio e della comunicazione.

### **BATTERIE PER LA VALUTAZIONE CLINICA DELL'AFASIA**

Per la valutazione dell'afasia in fase sub acuta, oltre alle capacità del paziente osservate durante il colloquio, vengono utilizzate batterie atte ad indagare:

- Linguaggio spontaneo
- Ripetizione di parole e frasi
- Comprensione uditiva e visiva
- Scrittura
- Lettura

Queste batterie hanno lo scopo di andare a classificare il paziente afasico in una delle sindromi tradizionali, e di andare a definire le caratteristiche del quadro afasico e la sua gravità, e di monitorare nel tempo l'evoluzione del fenomeno afasico.

Nella lingua italiana sono disponibili le seguenti batterie: l'Esame del Linguaggio II, la Western Aphasia Battery Italiana (WAB-IT), l'Aachener Aphasie Test (AAT); a queste batterie si aggiunge il Test dei Gettoni, parte integrante di alcune batterie come l'AAT e la WAB.

## **ESAME DEL LINGUAGGIO II**

Attraverso il linguaggio spontaneo e l'osservazione della compromissione delle componenti verbali, il test "Esame del linguaggio II", permette una valutazione completa del disturbo afasico.

Il test si compone di prove che indagano nella modalità orale e scritta:

- ❖ Linguaggio spontaneo: valutato in base alla funzionalità e alla frequenza degli errori
- ❖ Denominazione
- ❖ Comprensione

A integrare i dati ottenuti vengono proposte prove di transcodifica quali:

- ❖ Ripetizione
- ❖ Lettura ad alta voce
- ❖ Scrittura sotto dettato

Gli stimoli sono selezionati in base ai seguenti parametri:

- ❖ Frequenza d'uso: alta e media
- ❖ Classe grammaticale: sostantivi o verbi
- ❖ Lunghezza: stimoli brevi o lunghi

Questo tipo di test è poco sensibile per l'identificazione di disturbi afasici lievi, specie nei soggetti ad alta scolarità, vista la relativa semplicità delle prove di cui si compone. Risulta quindi di utile somministrazione a soggetti che presentano un disturbo del linguaggio medio e grave, in quanto permette una diagnosi clinica ed è di facile applicabilità e interpretazione.

L'esame richiede circa un'ora e mezza per essere completato e 15-20 minuti per la correzione.

## **WESTERN APHASIA BATTERY ITALIANA (WAB-IT)**

La WAB-IT, è un adattamento nella versione italiana della WAB, e ha come obiettivo principale quello di giungere a una diagnosi e classificazione delle sindromi afasiche, attraverso la valutazione dei principali aspetti clinici del linguaggio.

Attraverso i punteggi delle prove vengono definiti tre quozienti differenti: Quoziente di afasia (QA), Quoziente di performance (QP), Quoziente corticale (QC).

Il Quoziente di Afasia (QA) viene ricavato dalla somma dei punteggi delle prove riguardanti le aree del linguaggio, quali:

- ❖ Fluenza
- ❖ Comprensione
- ❖ Ripetizione
- ❖ Denominazione

Il QA consente la valutazione del livello di gravità e del tipo di afasia, e viene espresso come percentuale di un punteggio massimo pari a 100.

Il Quoziente di Performance (QP) viene ricavato dal punteggio ottenuto da:

- ❖ Prove di calcolo
- ❖ Prassie
- ❖ Disegno
- ❖ Somministrazione delle matrici progressive colorate di Raven

Il Quoziente di Afasia e il Quoziente di Performance combinati danno il Quoziente Corticale (QC) che fornisce una valutazione complessiva delle funzioni cognitive.

Fa parte della batteria anche il Test dei gettoni (TDG).

## **AACHENER APHASIE TEST (AAT)**

L'AAT si propone di classificare i pazienti all'interno di una delle sindromi afasiche e di valutare la gravità del disturbo, andando a descrivere il deficit nelle diverse modalità linguistiche.

La batteria è composta da sotto-prove che analizzano i diversi livelli in cui si articola il linguaggio:

- ❖ Fonologico
- ❖ Lessicale-semantic
- ❖ Morfo-sintattico

L'esame prevede prove per la valutazione di:

- ❖ Linguaggio spontaneo
- ❖ Ripetizione
- ❖ Denominazione
- ❖ Lettura ad alta voce
- ❖ Dettato per composizione
- ❖ Dettato con scrittura a mano
- ❖ Comprensione orale di parole e frasi
- ❖ Comprensione scritta di parole e frasi

Il tempo di somministrazione è di circa 90 minuti, a cui vanno aggiunti 30 minuti per la trascrizione del materiale e per la correzione del test.

È una batteria di semplice applicazione e viene utilizzata per avere una maggiore obiettività nel confrontare gruppi di pazienti tra loro e per seguire l'evoluzione nel tempo del singolo paziente.

### **TEST DEI GETTONI (TDG)**

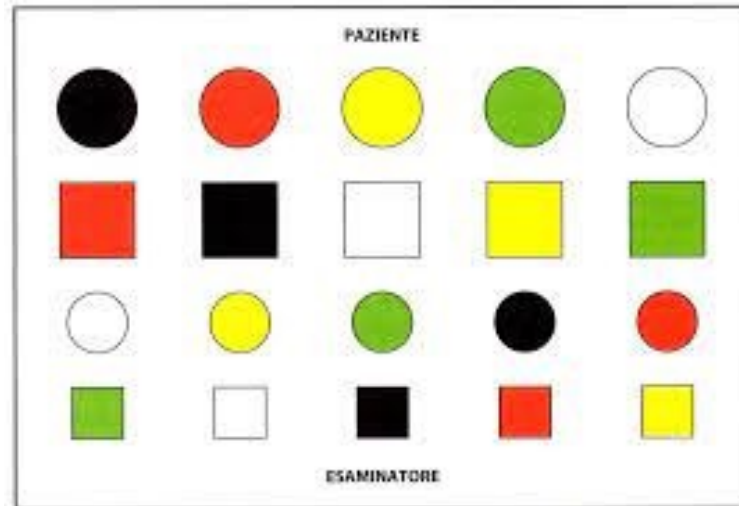
Introdotta nel 1962 da De Renzi e Vignolo, il test dei gettoni ha come obiettivo quello di evidenziare i disturbi di comprensione uditivo-verbale anche molto lievi.

Il test permette inoltre di discriminare pazienti afasici da:

- ❖ Soggetti normali
- ❖ Pazienti non afasici cerebrolesivi destri
- ❖ Pazienti non afasici con lesione focale o diffusa

Il materiale è composto da 20 gettoni che variano secondo tre parametri:

1. Forma: quadrati e cerchi
2. Dimensione: grandi e piccoli
3. Colore: giallo, rosso, verde, bianco e nero



Il Test dei Gettoni è di facile somministrazione, richiede poco tempo, e viene utilizzato per studiare il recupero in pazienti che hanno presentato alla prima valutazione un disturbo medio/grave, e che hanno quindi un maggior range di recupero possibile.

Il test è uno strumento sensibile ma strettamente limitato alla comprensione del linguaggio e non permette di analizzare quali aspetti del processo di comprensione sono deficitari.

## **BATTERIE PER LA VALUTAZIONE DELL'AFASIA- MODELLO COGNITIVO**

L'approccio cognitivo si basa su una teoria cognitiva del funzionamento normale che specifica i molteplici processi cognitivi sottostanti un dato comportamento verbale. L'intento è di identificare quali sottocomponenti di un determinato processo sono risparmiate e quali compromesse, facendo riferimento a diversi livelli di elaborazione linguistica quali:

- ❖ Livello fonologico
- ❖ Livello semantico
- ❖ Livello lessicale
- ❖ Livello grammaticale

La dettagliata analisi qualitativa della prestazione di un paziente è lo strumento indispensabile per una diagnosi funzionale.



Le batterie che vengono utilizzate sono la “Batteria per l’Analisi dei Deficit Afasici” (B.A.D.A.) e ”L’Esame Neuropsicologico per l’Afasia” (E.N.P.A.) e la “Bilingual Aphasia Test” (BAT), utilizzata per la valutazione di soggetti afasici bilingui, dove per bilingui si intendono tutti quei soggetti che utilizzano due o più lingue o dialetti nella quotidianità.

### **BATTERIA PER L’ANALISI DEI DEFICIT AFASICI (B.A.D.A.)**

L’insieme delle prove presenti in questa batteria, sono state strutturate in modo da coprire in dettaglio le principali componenti e sub-componenti del linguaggio: livello fonologico, livello semantico-lessicale, livello grammaticale.

Le prove fonologiche sono costituite da prove di:

- ❖ discriminazione fonemica
- ❖ accoppiamento uditivo-visivo
- ❖ transcodificazione: ripetizione, lettura, dettato, copia di sequenze di sillabe prive di significato e di lunghezza crescente

Le prove semantico - lessicale sono costituite da prove di:

- ❖ decisione lessicale uditiva e visiva
- ❖ transcodificazione: ripetizione, lettura, dettato, copia di parole che variano per frequenza d’uso, lunghezza e classe grammaticale
- ❖ prove di comprensione uditiva e visiva di nomi e verbi
- ❖ denominazione orale e scritta di oggetti e azioni.

Le prove grammaticali sono costituite da prove di:

- ❖ giudizio grammaticale uditivo e visivo
- ❖ transcodificazione: ripetizione e lettura
- ❖ comprensione uditiva e visiva

Il tempo di somministrazione della batteria è abbastanza lungo, di circa cinque ore, anche per questo risulta essere un test molto completo e particolarmente sensibile. La batteria risulta essere poco idoneo per soggetti afasici con un disturbo grave e a bassa scolarità.

## **ESAME NEUROPSICOLOGICO PER L'AFASIA (E.N.P.A.)**

L'Esame Neuropsicologico per l'Afasia è composto da una serie di prove atte a valutare il funzionamento di diversi meccanismi linguistici e cognitivi.

L'E.N.P.A. ha come obiettivi principali quelli di fornire suggerimenti per iniziare il trattamento logopedico e di dare all'esaminatore indicazioni per un eventuale approfondimento durante la valutazione neuropsicologica.

Sono previste una serie di prove volte a valutare il funzionamento dei meccanismi sub-lessicali, del sistema semantico-lessicale, del livello sintattico-grammaticale, del sistema dei numeri e del sistema di calcolo.

Il funzionamento dei meccanismi sub-lessicali è indagato tramite prove di:

- ❖ Ripetizione
- ❖ Lettura
- ❖ Scrittura sotto dettato

Il funzionamento del sistema semantico-lessicale è valutato tramite prove di:

- ❖ Transcodificazione
- ❖ Comprensione di parole
- ❖ Denominazione

Il funzionamento del livello sintattico-grammaticale è valutato mediante prove di:

- ❖ Transcodificazione
- ❖ Comprensione di frasi
- ❖ Produzione di frasi

Sono incluse inoltre prove di denominazione di colori e prove che richiedono la generazione di liste di parole in base a criteri fonologici e semantici forniti dall'esaminatore.

Per verificare il funzionamento del sistema dei numeri e del sistema del calcolo sono state inserite prove di:

- ❖ Transcodificazione di numeri

- ❖ Prove di calcolo semplice e complesso

L'E.N.P.A. è una batteria di breve e semplice somministrazione, che può essere utilizzata anche in pazienti gravi e a bassa scolarità.

## **BILINGUAL APHASIA TEST (B.A.T.)**

L'obiettivo della "Bilingual Aphasia Test" è quello di valutare i disturbi di linguaggio in quei pazienti poliglotti o bilingui che non necessariamente manifestano disturbi afasici in modo analogo per tutti gli idiomi parlati prima dell'insorgenza dell'afasia, in quanto non risulta sempre omogenea e paragonabile per le lingue parlate, la gravità e le modalità di compromissione della funzione linguistica.

Il Bilingual Aphasia Test è costituito da tre parti:

1. Parte A: questionario, che indaga la storia delle competenze linguistiche pre-morbose
2. Parte B: valutazione molto estesa delle abilità linguistiche per ogni idioma padroneggiato dal paziente con prove di linguaggio spontaneo, esecuzione di ordini semplici e complessi, discriminazione verbale uditiva, comprensione sintattica, ripetizione di parole e frasi, denominazione, compiti di decisione lessicale, lettura di singole parole e frasi, dettato di parole e frasi, lettura e comprensione di parole, lettura e comprensione di frasi
3. Parte C: indaga le capacità di traduzione e le abilità di trasposizione da una lingua all'altra attraverso prove di riconoscimento di parole, traduzione di parole e di frasi e giudizi di grammaticalità

Il B.A.T. è stato sviluppato in 60 lingue, ed esiste anche una versione computerizzata solo in italiano, dove l'esaminatore registra direttamente le risposte al computer, e una volta terminato il test, il programma fornisce direttamente una valutazione del deficit di linguaggio.

### **1.6.3. VALUTAZIONE DELLA COMUNICAZIONE FUNZIONALE**

#### **LINEE GUIDA AFASIA- FEDERAZIONE ITALIANA LOGOPEDISTI (2009)**

Raccomandazione 1.8 (\*GRADO GPP): E' INDICATA la valutazione funzionale della comunicazione in quanto può contribuire alla definizione degli obiettivi della terapia logopedica, inoltre consente di quantificare la generalizzazione del recupero avvenuto anche al contesto comunicativo globale.

Un filone di ricerca sull'afasia considera il discorso come il risultato di aspetti pragmatici macro-strutturali, piuttosto che di aspetti linguistici microstrutturali. A dimostrazione di ciò si possono prendere esempi di pazienti afasici che durante una conversazione mostrano deficit più gravi rispetto al deficit identificato per le singole unità psicolinguistiche.

Allo stesso modo vi sono pazienti afasici che grazie alla terapia logopedia mirata sono in grado di riacquisire le abilità linguistiche compromesse in un contesto riabilitativo, ma non hanno poi le capacità di poter utilizzare le competenze acquisite in un contesto di vita quotidiana.

La valutazione dell'afasia mediante le classiche batterie di stampo neurolinguistico quantificano generalmente i deficit per le singole unità e modalità del linguaggio, mentre non sempre si prefiggono di misurare l'efficacia comunicativa nel suo complesso. Per questo motivo è sensato ricorrere, almeno in un certo numero di casi, ad una valutazione della comunicazione funzionale.

La valutazione funzionale della comunicazione ha come obiettivo quello di verificare e misurare l'efficacia comunicativa.

Gli strumenti che possono essere utilizzati comprendono:

- ❖ Profili osservazionali
- ❖ Scale di misurazione dell'efficacia comunicativa

- ❖ Protocolli standardizzati per situazioni di vita reale o simulata
- ❖ Questionari per i care-giver

Le prove che possono essere utilizzate per la valutazione funzionale dei deficit di linguaggio sono diverse. Nelle linee guida dell'afasia vengono identificate le seguenti:

- ❖ The American Speech-Language-Hearing Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults - ASHA FACS
- ❖ Communicative Effectiveness Index (CETI)
- ❖ Communicative Abilities in Daily Living – CADL
- ❖ Communicative Abilities in Daily Living – Revised (CADL 2)
- ❖ Communicative Activity Log (CAL)
- ❖ Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)

## **1.7. TRATTAMENTO AFASIA**

### **LINEE GUIDA AFASIA- FLI (2009)**

- ❖ Raccomandazione 2.1 (GRADO C): E' INDICATO che nella stesura degli obiettivi del programma riabilitativo vengano considerate le caratteristiche personali del soggetto quali età, sesso, scolarità e dominanza manuale, seppure necessitino di ulteriori conferme di evidenza.
- ❖ Raccomandazione 2.2 (GRADO B): E' INDICATO verificare la presenza di depressione del tono dell'umore che può avere un impatto negativo sull'attività riabilitativa, sull'outcome globale e specifico e sul reinserimento psicosociale del paziente.
- ❖ Raccomandazione 2.3 (GRADO B): Nella presa in carico logopedica E' INDICATO assicurarsi la motivazione e la costante collaborazione del paziente e dei familiari come requisiti imprescindibili, stipulando un "contratto" ideale di alleanza terapeutica nel quale tutte le parti coinvolte garantiscono il loro impegno.
- ❖ Raccomandazione 2.4 (GRADO B): E' INDICATO monitorare periodicamente l'adesione al programma riabilitativo e gli outcomes globali e specifici quali indicatori di sicura efficacia, efficienza e sostenibilità sociale.

- ❖ Raccomandazione 2.5 (GRADO B): E' INDICATO il counselling formativo e informativo rivolto ai familiari/care givers per ridurre lo stress psicologico e il carico emotivo correlato al carico assistenziale.
- ❖ Raccomandazione 2.6 (GRADO D): NON E' INDICATA la prosecuzione della terapia in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi indicati o aggiornati nel programma terapeutico per due valutazioni successive effettuate a distanza di 3-4 mesi.
- ❖ Raccomandazione 2.7 (GRADO D): NON E' INDICATA una terapia di sostegno o mantenimento a distanza dall'evento morboso mirata ad evitare un eventuale peggioramento delle funzioni linguistiche-comunicative poiché non esistono evidenze sperimentali al riguardo.

## **RIABILITAZIONE AFASIA**

La riabilitazione dell'afasia è mirata alla riduzione del deficit delle funzioni comunicative e linguistiche, al ripristino o al potenziamento delle attività e della partecipazione (nella duplice accezione di competenza e performance), anche mediante l'intervento, diretto o indiretto, sui fattori ambientali. Nella loro definizione gli obiettivi del trattamento vengono individuati sulla base dei seguenti indicatori ICF:

<p><b>FUNZIONI CORPOREE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Funzioni mentali (b110-b199)</li> <li>• Funzioni della voce e dell'eloquio (b310-399)</li> </ul>
<p><b>STRUTTURE CORPOREE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture del sistema nervoso (s110-s199)</li> <li>• Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio (s310-s399)</li> </ul>
<p><b>ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apprendimento e applicazione delle conoscenze (d110-d899)</li> <li>• Compiti e richieste generali (d210-d299)</li> <li>• Comunicazione (d310-399)</li> <li>• Vita domestica (d610-d699)</li> <li>• Interazioni e relazioni interpersonali (d710-d799)</li> <li>• Aree di vita principali (d810-d899)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vita sociale, civile e di comunità (d910-d999)</li> </ul>
<b>FATTORI AMBIENTALI</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prodotti e tecnologia (e110-e199)</li> <li>• Ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo (e210-e299)</li> <li>• Relazioni e sostegno sociale (e310-e399)</li> <li>• Atteggiamenti (e410-e499)</li> <li>• Servizi, sistemi e politiche (e510-e599)</li> </ul>

Gli interventi riabilitativi logopedici si possono distinguere essenzialmente in tre gruppi, in funzione dell'obiettivo o degli obiettivi appropriati specifici o globali individuati. Le linee guida sull'afasia, stilate dalla Federazione Italiana Logopedisti, riportano una classificazione delle terapie più accreditate, in relazione agli obiettivi delineati dall'ICF.

<b>FUNZIONI</b>	Interventi basati sulla funzione linguistica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Approccio basato sulla stimolazione</li> <li>• Modalità per controllo dei disturbi specifici</li> <li>• Rieducazione del danno funzionale relativo alla componente o alle componenti coinvolte del processo linguistico secondo i modelli cognitivi</li> </ul>
<b>ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi basati su strategie di compenso</li> <li>• Interventi sulla partecipazione</li> <li>• Interventi basati su musica/tratti sovrasegmentali</li> <li>• Interventi strutturali-globali</li> <li>• Conversational therapy</li> <li>• Interventi basati su terapia di gruppo</li> </ul>
<b>FATTORI AMBIENTALI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CAA</li> <li>• Interventi computer-based</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interventi basati sull'addestramento di familiari, caregivers e volontari</li> </ul>
--	---

## **LINEE GUIDA AFASIA- FEDERAZIONE ITALIANA LOGOPEDISTI, 2009**

Qui di seguito vengono riportate le raccomandazioni della FLI in merito alle diverse tipologie di terapie per la riabilitazione dell'afasia.

### **TERAPIE LINGUISTICHE E COGNITIVE:**

- ❖ Raccomandazione 2.8 (GRADO A): E' INDICATO un trattamento dei disordini delle funzioni comunicative e linguistiche mirato al ripristino o al potenziamento delle attività e della partecipazione.
- ❖ Raccomandazione 2.9 (GRADO C): L'effetto di generalizzazione del trattamento sulla ripresa delle attività e della partecipazione necessita di ulteriori ricerche di evidenza. Tuttavia è INDICATO un trattamento mirato al raggiungimento del migliore outcome specifico.
- ❖ Raccomandazione 2.10 (GRADO B): E' INDICATO un trattamento riabilitativo della comunicazione sulla base dei disordini rilevati, delle caratteristiche del paziente, e degli obiettivi individuati.

### **TERAPIE SULLE FUNZIONI COGNITIVE:**

- ❖ Raccomandazione 2.11 (GRADO B): Terapie linguistiche e cognitive SONO INDICATE nella riabilitazione dei disturbi del linguaggio in fase post-acuta in seguito a stroke dell'emisfero sinistro.
- ❖ Raccomandazione 2.12 (\*GPP): E' INDICATO un intervento sulle funzioni cognitive di supporto all'interno di un appropriato programma riabilitativo, anche se contenuti e modalità necessitano di ulteriori ricerche di evidenza.

### **TERAPIE PRAGMATICHE-CONVERSAZIONALI**

- ❖ Raccomandazione 2.13 (Grado B): L'utilizzo di terapie pragmatiche o conversazionali E' INDICATO come intervento nei casi di particolare



complessità che coinvolgano più disturbi linguistici-comunicativi e nella fase di cronicità.

- ❖ Raccomandazione 2.14 (Grado C): Interventi basati sull'uso di strategie alternative non verbali quali il gesto e la pantomima SONO INDICATI al fine di incrementare l'efficacia comunicativa in situazioni quotidiane.
- ❖ Raccomandazione 2.15 (\*GPP): L'utilizzo delle terapie pragmatiche o conversazionali E' INDICATO come intervento finalizzato al ripristino delle attività e della partecipazione della persona afasica, allo scopo di ridurre la disabilità, come supporto importante per il reinserimento sociale e familiare.
- ❖ Raccomandazione 2.16 (GRADO B): Interventi specifici per i deficit della funzione comunicativa che includono gli ambiti pragmatici conversazionali SONO INDICATI per persone con TCE.

#### TERAPIE BASATE SU STRATEGIE DI SUPPORTO (SCRITTURA, DISEGNO E CONVERSATIONAL THERAPY):

- ❖ Raccomandazione 2.17 (GRADO C): Scrittura, disegno e Conversational Therapy in supporto al trattamento SONO INDICATE per migliorare la comunicazione funzionale e globale, per ridurre le limitazioni sulle attività comunicative in ambito domestico-familiare. Necessitano di addestramento specifico dei familiari e dei care givers la cui compliance è correlata a fattori culturali.
- ❖ Raccomandazione 2.18 (GRADO C): Interventi basati sullo sfruttamento di elementi prosodici/tratti sovrasegmentali e interventi strutturali globali SONO INDICATI in congruenza con obiettivi specifici (ripristino attività e partecipazione/interventi specifici su deficit settoriali).

#### TERAPIE BASATE SULLO SFRUTTAMENTO DI ELEMENTI PROSODICI/TRATTI SOVRASEGMENTALI E INTERVENTI STRUTTURALI GLOBALI

- ❖ Raccomandazione 2.19 (GRADO C): Terapie di gruppo condotte dal logopedista SONO INDICATE per migliorare la funzione e la comunicazione funzionale, per ridurre l'impatto psicosociale negativo e per migliorare il benessere psicologico di familiari e care givers.

## TERAPIE DI GRUPPO

- ❖ Raccomandazione 2.20 (GRADO B): Terapie di gruppo SONO INDICATE in associazione a terapia individuale nelle afasie croniche.
- ❖ Raccomandazione 2.21 (\*GPP): L'utilizzo delle terapie di gruppo E' INDICATO come intervento finalizzato al ripristino delle attività e della partecipazione della persona afasica, nell'ottica della riduzione della disabilità, come supporto importante per il reinserimento sociale e familiare.

## TERAPIE BASATE SULLA CAA

- ❖ Raccomandazione 2.22 (GRADO C): Interventi basati sulla CAA SONO INDICATI al fine di ridurre la disabilità e incrementare l'efficacia comunicativa in situazioni di vita reale nei pazienti con grave disabilità comunicativa.
- ❖ Raccomandazione 2.23 (\*GPP): Interventi basati sulla CAA SONO INDICATI, al fine di ridurre la disabilità, facilitando il ripristino di attività e partecipazione e incrementare l'efficacia comunicativa nei pazienti con grave disabilità comunicativa, laddove altri interventi specifici siano risultati inefficaci dopo un adeguato periodo di training e nei casi in cui vi sia un peggioramento temporaneo o irreversibile delle funzioni comunicative.
- ❖ Raccomandazione 2.24 (\*GPP): Negli interventi basati sulla CAA SONO INDICATE un'attenta valutazione e la programmazione da parte del Logopedista, che si occupa anche dell'addestramento all'utilizzo dell'ausilio e degli eventuali adattamenti ambientali.

## TERAPIE BASATE SUL COMPUTER

- ❖ Raccomandazione 2.25 (GRADO C): Interventi basati sul computer SONO INDICATI ma in supporto al trattamento logopedico condotto dall'operatore e non in alternativa.

## TERAPIE MIRATE SUI DISTURBI SETTORIALI

- ❖ Raccomandazione 2.26 (GRADO B): In presenza di disturbi settoriali persistenti del linguaggio (stroke, TCE) come ad esempio quelli di lettura E' INDICATO un approccio specifico.

## TERAPIE FARMACOLOGICHE

- ❖ Raccomandazione 2.27 (\*GPP): E' INDICATO un supporto terapeutico, anche farmacologico, attentamente monitorato in collaborazione col Medico Specialista, nei pazienti afasici con deficit del tono dell'umore.

## TERAPIE ALTERNATIVE

- ❖ Raccomandazione 2.28 (\*GPP): NON E' INDICATO l'utilizzo di terapie alternative in sostituzione della riabilitazione logopedica. L'utilizzo di tali terapie potrebbe essere indicato in supporto ma necessita di ulteriori conferme.

## 1.8. PROGnosi

Il maggior recupero spontaneo dell'afasia viene attribuito alla riattivazione e riorganizzazione funzionale del cervello, nel corso dei primi tre-sei mesi dopo l'insorgenza dell'evento acuto.

Moss, in una revisione della letteratura, riferisce che diversi autori concordano sul dato che il recupero prosegue fino al primo anno ed anche oltre, se viene intrapresa una terapia riabilitativa adeguata, ma che non è ancora ben chiaro quale sia il limite temporale entro cui tale processo si conclude.

Egli inoltre trae le conclusioni che il recupero non prosegue in modo lineare ma che il miglioramento continua anche dopo il periodo di un anno oltre al quale l'afasia, e la denominazione in particolare, può continuare ad evolvere a lungo.

Diversi fattori possono condizionare, in negativo o in positivo, il recupero del quadro afasico. Le variabili esaminate possono essere ricondotte a fattori biografici, quali età, sesso e mancinità, clinici, quali ampiezza e sede della lesione, gravità dell'insulto cerebrale, tipo e gravità iniziale dell'afasia.

Oltre ai fattori già citati, influiscono sulla prognosi i fattori psicologici e ambientali, come la presenza pregressa di depressione, ansia e ritiro dal contesto sociale, che possono avere anche un impatto negativo sulla riabilitazione e sul funzionamento psicosociale.

Altre sono le variabili che si ritiene possano influire sul recupero, fra queste la distanza temporale dall'evento morboso che ha causato l'afasia, l'entità della comprensione

uditiva e la riabilitazione. Quest'ultima è ritenuta essere l'elemento più influente sulla quantità e qualità del recupero e la sua efficacia.

## **2 ASSOCIAZIONE ITALIANA AFASICI**

### **2.1.COS È L'AITA**

L'Aita è un'associazione fondata nel 1994 a Roma da Anna Basso, all'epoca professoressa dell'Università degli Studi di Milano, specializzata nel campo della riabilitazione dell'afasia. L'acronimo A.IT.A. sta per associazione italiana afasici, un soggetto senza fini di lucro, nato con l'obiettivo di rispondere alle esigenze delle persone che presentano afasia.

Nella cura della persona afasica sono coinvolti numerosi professionisti, quali neurologi, psicologi, logopedisti, terapisti della riabilitazione e volontari. Pilastri fondamentali dell'associazione, oltre a quelli già citati, sono le famiglie delle persone afasiche, che collaborano in maniera attiva con i professionisti per far pervenire suggerimenti e segnalazioni sugli argomenti di maggior rilievo clinico, sociale, assistenziale e scientifico che riguardano il disturbo.

L'associazione coinvolge oggi buona parte del territorio nazionale con sedi in diverse regioni. Ogni sezione agisce direttamente sul territorio di competenza in totale autonomia, seguendo i principi generali della federazione.

Anna Basso, presidente dell'A.IT.A. afferma che “Gli afasici sono persone senza parola. Ed è quindi per dare loro voce che Aita, che riunisce le Associazioni di persone afasiche che operano nelle varie regioni, ha deciso di avviare una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, nonché delle strutture socio-assistenziali e sanitarie e della comunità scientifica, diretta a creare delle migliori condizioni di vita, di lavoro e di convivenza sociale per le persone afasiche”.

Aita Federazione ha come obiettivo quello del reinserimento sociale di persone afasiche dopo l'avvento del disturbo. “Stiamo provando a farlo in molti modi – aggiunge Basso -, ad esempio cercando di diffondere fra i cittadini la conoscenza di questa realtà con diverse campagne stampa e pubblicitarie legate alla Giornata Nazionale dell'Afasia che abbiamo istituito nel 2008”.



Logo Associazione Italiana Afasici

## **2.2. FINALITA' E SCOPI DELL'A.IT.A.**

L'associazione si propone come finalità quella di promuovere in sede nazionale ed internazionale ogni iniziativa diretta alla sensibilizzazione verso l'afasia, le persone afasiche e chi se ne prende cura, per favorire la loro partecipazione alla vita di società, tutelando gli interessi delle persone colpite da disturbi centrali del linguaggio e delle loro famiglie in relazione a tutti i problemi nascenti e dipendenti dalla loro malattia o trauma, in special modo quelli concernenti la riabilitazione ed il reinserimento nella vita sociale.

L'associazione non ha l'obiettivo di andarsi a sostituire a personale sanitario, sia esso medico o logopedico, ma bensì quello di integrare le persone afasiche in un ambiente che risulti favorevole per poter esprimere il grado di disagio riguardo la loro condizione, senza la paura di dover essere giudicato da chi li circonda, con la possibilità di creare nuovi legami con chi è in grado di comprendere a pieno la nuova condizione che sono costretti a vivere.

Altra finalità è quella di sensibilizzare la popolazione sull'esistenza del deficit afasico e dei problemi delle famiglie colpite, attraverso gruppi di volontariato, incontri, seminari e di sollecitare l'interessamento nel quadro delle attività di associazioni e gruppi regionali, provinciali e comunali.

Grazie all'A.IT.A., inoltre, vengono forniti servizi di informazione sulle risorse esistenti sul territorio nazionale per la rieducazione delle persone afasiche, instaurando rapporti con le istituzioni e le categorie professionali interessate alla gestione socio-sanitaria dell'individuo afasico e viene promossa la costituzione di attività sanitarie a favore delle persone afasiche nelle regioni carenti di tali strutture. Viene riferito dai membri stessi l'importanza della continuità assistenziale dopo il periodo di riabilitazione intensiva all'interno delle strutture, in quanto risulta sempre più difficile essere seguiti, vista la scarsa disponibilità di risorse logopediche nel settore degli adulti.

### **2.3. A.IT.A. FRIULI VENEZIA GIULIA**

Fondata nel 1996 da Sandrin Elena, l'associazione A.IT.A. Friuli-Venezia Giulia è un'unità territoriale dell'Associazione italiana Afasici con sede a Roma. Dal 2005 l'Associazione è autonoma dall'Associazione Nazionale.

La Sede è il Centro di Audiologia e Fonetica – ORL dell'Azienda Ospedaliero – Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine.

I membri dell'A.IT.A. solitamente svolgono a cadenza settimanale un incontro, tenuto in presenza; in seguito alla situazione venutasi a creare dalla pandemia da COVID-19, le riunioni settimanali hanno subito una modifica, e si è passati dalla modalità in presenza alla modalità online, usufruendo della piattaforma "Zoom".

Gli incontri sono aperti a tutti, sia a soggetti afasici che caregivers, poiché l'aspetto educativo-informativo è uno dei principali obiettivi del gruppo.

Durante le riunioni vi è la condivisione, da parte di tutti i partecipanti, delle proprie esperienze legate alle problematiche venutesi a creare in seguito all'esordio della sintomatologia afasica, in modo da poter avere un confronto con chi sta attraversando lo stesso disagio.

Da gennaio 2017 è stato nominato presidente dall'assemblea Giuseppe Bobbo, ex membro afasico dell'A.IT.A. da circa 8 anni, il quale ha succeduto la Signora Rossana Di Tommaso, che attualmente riveste il ruolo di segretaria dell'associazione.

L'A.IT.A. FVG è stata invitata alla partecipazione di diversi incontri con altre Associazioni Italiane Afasici della nazione, andando oltre quelli che sono i confini territoriali della regione e permettendo l'incontro e la condivisione con membri di altre regioni, come ad esempio "Racconti e proverbi sull'inverno" e la presentazione del libro "Ballando le parole" di Francesca Fedrizzi.

Durante questi due incontri, organizzati dall'A.IT.A. Umbria, si è trattato nel primo evento della presentazione di un libro interamente decorato a mano, che racchiude numerosi proverbi, e nel secondo evento è stato esposto il libro "Ballando le parole", che racchiude testimonianze sull'afasia e sulla tango-terapia in soggetti afasici.



Biblioteca Villa Urbani e A.IT.A Umbria  
propongono



**RACCONTI E PROVERBI  
SULL'INVERNO**

a cura di Gaia Rossetti

Si parlerà del libro interamente decorato a mano dal gruppo del "Mercato gratuito dell'amicizia" donato al Comune di Perugia e consultabile presso la Biblioteca Villa Urbani

Giovedì 21 gennaio ore 15:30  
Zoom Meeting  
ID: 825 7336 5611 / PSW: 038461

Per info scrivere a [biblio.villaurbani@comune.perugia.it](mailto:biblio.villaurbani@comune.perugia.it)  
Biblioteca comunale Villa Urbani - Via Pennacchi 19 - tel. 0755772960



A.I.T.A. Umbria ODV  
A.I.T.A. Federazione  
Associazione Italiana Afasici

Comune di Perugia

**Francesca Fedrizzi**  
 presenterà il libro  
**BALLANDO  
LE PAROLE**

**VENERDI' 5 MARZO - ore 18.00**  
sulla piattaforma zoom  
**ID 883 6402 7535 PW 502235**

una storia di afasia fra  
Italia, Francia e Argentina

con intermezzi musicali del chitarrista  
**Brian Chambouleyron**

Locandine di due degli eventi online a cui ha partecipato l'A.IT.A. Friuli-Venezia Giulia

## 2.4. TESTIMONIANZE DEI MEMBRI

L'A.IT.A. FVG è stata coinvolta nella produzione di uno spot per sensibilizzare la popolazione sul che cosa fosse l'afasia e come sia vivere nei panni di chi presenta questa sintomatologia dopo la dimissione dall'ospedale.

Le principali emozioni emerse sono legate allo sconforto e alla rabbia, apparentemente distanti concettualmente ma molto vicine per chi presenta un quadro afasico.

Lo sconforto è dato dall'abbandono, molte persone dopo il presentarsi della sintomatologia afasica si ritrovano a dover affrontare la solitudine di amici, e talvolta anche di parenti; questo perché il carico emotivo che porta con sé l'afasia risulta essere molto pesante, e non tutti sono in grado di sostenerlo.

Per quanto riguarda la rabbia, questa viene provocata dalla sensazione di non essere capiti, nel vedere di fronte a sé persone che non hanno né la pazienza né l'empatia

necessaria per mettere a proprio agio un soggetto con afasia che prova a prendere parte in una conversazione, andando ad anticipare l'afasico nei momenti di tentennamento.

Dalla rabbia poi si passa alla rassegnazione, molti di loro perdono la grinta di combattere e si abbandonano nella convinzione che nessuno possa essere in grado di capirli.

Viene anche sottolineata l'importanza della famiglia in primis, ma anche degli amici, che nel momento del bisogno possono essere un grande appiglio, e fungere da "ancora di salvezza in un periodo di mareggiata".

"L'ictus non è solo questione di un attimo, ma ti condiziona tutta la vita", queste sono le parole dette da uno dei membri durante un incontro. L'afasia stravolge completamente il modo di vivere, ma non solo negativamente: un altro membro ha affermato che la sua vita dopo l'ictus è "migliore rispetto alla vita n.1", questo perché è riuscito a prendere maggiore consapevolezza dei propri limiti ed ha imparato ad accettare anche le piccole cose.

## 3 TELEMEDICINA

### 3.1. STORIA DELLA TELEMEDICINA

Per la prima volta il termine telemedicina viene utilizzato nel 1970 dallo statunitense Thomas Bird, come “la pratica della medicina senza l’usuale confronto fisico tra medico e paziente, utilizzando un sistema di comunicazione interattivo multimediale” [Bird, 1975].

La telemedicina viene utilizzata per la prima volta millenni fa, quando antiche popolazioni utilizzarono segnali di fumo per avvertire clan vicini del diffondersi di una malattia contagiosa. Nonostante questi segnali avevano un raggio di azione abbastanza limitato, erano comunque in grado di scambiare informazioni mediche a distanza.

Nel 1999 viene ricordato uno dei momenti più salienti che sottolineò l’importanza della telemedicina, che vede come protagonista Jerri Nielsen, medico con un incarico di ricerca in Antartide. La dottoressa, durante la sua spedizione, notò un nodulo al seno, e, viste le pessime condizioni metereologiche, si vide costretta a farsi fare diagnosi e trattamento a distanza, solo tramite connessione satellitare e attrezzatura video. Successivamente, grazie ai piloti dell’aeronautica americana, si fece recapitare i farmaci chemioterapici.



Copertina di una nota rivista che vede come protagonista Jerri Nielsen

Questi due avvenimenti ci dovrebbero portare a capire quanto l'esigenza di fornire e ricevere cure mediche a distanza sia risultato fondamentale per far fronte a situazioni in cui non ve ne era la possibilità di averne da vicino.

Al fisiologo olandese Willem Einthovenm va riconosciuta la prima realizzazione di un'applicazione di tele-refertazione, che permise la trasmissione di un elettrocardiogramma a un chilometro e mezzo di distanza. I dati furono poi trasmessi utilizzando una linea telefonica.

Nel settore sanitario la telemedicina inizia ad essere effettivamente sperimentata negli anni Sessanta, soprattutto nell'ambito psichiatrico. Nel 1965 il Nebraska Psychiatric Institute si mise in collegamento con il Norfolk State Hospital utilizzando un sistema televisivo via cavo a circuito chiuso, per consulti tra specialisti, attività didattiche e sedute di terapia di gruppo.

Negli anni Settanta e Ottanta i costi delle tecnologie di comunicazione sono ancora elevati e la telemedicina viene applicata nell'erogazione di servizi sanitari assistenziali per il settore militare, aerospaziale, nelle stazioni petrolifere offshore e nelle spedizioni di ricerca antartiche.

A partire dagli anni Novanta, con l'avvento di nuovi sistemi tecnologici, la telemedicina inizia ad essere utilizzata per fornire servizi assistenziali sanitari a quei cittadini residenti in aree rurali e remote. Paesi come Norvegia e Stati Uniti, iniziarono a implementare le applicazioni di telemedicina, grazie a programmi di finanziamenti governativi messi in atto per far fronte alla carenza di specialisti sia nelle zone rurali che nelle strutture penitenziarie, soprattutto nell'ambito della radiologia, dell'anatomia-patologica e della dermatologia.

Nell'ultimo decennio, grazie alla diffusione di internet, le sperimentazioni di nuove soluzioni e di nuovi sistemi di telemedicina si sono diffuse in molti paesi. Questo fenomeno si è sviluppato anche per far fronte all'allungarsi dell'età media di vita e alla crescente incidenza di patologie croniche, con l'obiettivo di poter garantire servizi assistenziali sostenibili nel lungo termine e per favorire la continuità delle cure.

### 3.2. DEFINIZIONE DI TELEMEDICINA

La Food and Drug Administration (FDA) definisce la telemedicina come “L’offerta di cure sanitarie e di servizi di consulenza sanitaria al paziente e la trasmissione a distanza di informazioni sanitarie usando tecnologie delle telecomunicazioni, che comprendono: servizi clinici di prevenzione, diagnosi e terapia; servizi di consulenza e follow-up; monitoraggio remoto dei pazienti; servizi di riabilitazione; educazione dei pazienti. In definitiva la telemedicina è tutto ciò che, grazie alla telematica, viene praticato a distanza e che per qualsiasi motivo è legato alla medicina come possibilità di prestare assistenza e/o di condividere informazioni sanitarie tramite: diagnosi a distanza, didattica/aggiornamento professionale, elaborazione dati/immagini a distanza, consulto medico/medico, medico/infermiere”.



### 3.3. FINALITA' DEI SERVIZI DI TELEMEDICINA

Le finalità dei servizi sanitari di telemedicina sono state descritte dalle “Linee di indirizzo della telemedicina”, in un documento rilasciato dal ministero della salute, il quale le identifica in:

- ❖ Prevenzione secondaria

- ❖ Diagnosi
- ❖ Cura
- ❖ Riabilitazione
- ❖ Monitoraggio

## PREVENZIONE SECONDARIA

La prevenzione secondaria viene effettuata per quelle categorie di persone che, nonostante conducano una normale vita, sono però costrette a sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali.

Le patologie per le quali viene più utilizzata la prevenzione secondaria sono il diabete o patologie cardiovascolari, o categorie di persone che sono già classificate a rischio. Ad esempio pazienti diabetici hanno bisogno di controllare in maniera costante il tasso glicemico, al fine di prevenire il rischio di insorgenza di qualche complicazione.

## DIAGNOSI

Un iter diagnostico completo non può avvalersi esclusivamente della telemedicina, ma questa può fungere da completamento o consentire approfondimenti utili al processo di diagnosi e cura.

Grazie alla telemedicina sono le informazioni diagnostiche che compiono movimenti e non i pazienti stessi, ad esempio si può completare una diagnosi attraverso la possibilità di usufruire di esami diagnostici refertati online dallo specialista, presso l'ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente, non facendo compiere spostamenti ai pazienti.

## CURA

Grazie alla telemedicina si ha la possibilità di operare scelte terapeutiche e di valutare l'andamento prognostico in quei pazienti in cui è stata già definita una diagnosi.

Vengono citati come esempi i servizi di Teledialisi o la possibilità di svolgere interventi chirurgici online.

## RIABILITAZIONE

Servizi di Telemedicina, con ambito di applicazione della Riabilitazione, vengono forniti a pazienti fragili, bambini, disabili cronici e anziani, a cui viene data la possibilità di usufruire di servizi erogati presso il domicilio o altre strutture assistenziali.

## MONITORAGGIO

Grazie al Tele-monitoraggio vi è un continuo scambio di dati, in particolar modo dei parametri vitali, tra il paziente e una postazione di monitoraggio per l'interpretazione dei dati.

### **3.4. CLASSIFICAZIONE DELLA TELEMEDICINA**

La telemedicina può essere suddivisa in macro-categorie: tele-medicina specialistica, tele-salute, tele-assistenza e tele-riabilitazione.

#### **3.4.1. TELEMEDICINA SPECIALISTICA**

La categoria della Telemedicina specialistica comprende le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari.

Le prestazioni della Telemedicina Specialistica si possono realizzare secondo tre diverse modalità:

#### 1) Tele-visita

Con Tele-visita si intende una pratica sanitaria in cui il medico può visitare a distanza il paziente, avvalendosi dell'aiuto di un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente. Il medico può fare diagnosi e successivamente prescrivere farmaci o cure.

La Tele-visita deve consentire un collegamento che permetta l'interazione con il paziente in tempo reale o differito.

#### 2) Tele-consulto

Il Tele-consulto è un'attività in cui il medico curante del paziente può richiedere consulenza a uno o più medici, nel caso in cui presentino una maggiore competenza nel campo di diagnosi o trattamento di una determinata patologia.

Il Tele-consulto, quindi, non richiede la presenza fisica del paziente.

#### 3) Tele-cooperazione sanitaria

La Tele-cooperazione sanitaria consiste nell'assistenza reciproca tra medici o operatori sanitari, che sono coinvolti in un atto sanitario. Questo termine viene anche utilizzato per servizi di consulenza nel soccorso di emergenza.

Possono essere ricompresi nella Telemedicina Specialistica i Servizi di Telemedicina del Territorio erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS).

### **3.4.2. TELESALUTE**

La Tele-salute attiene principalmente al dominio dell'assistenza primaria. Riguarda i sistemi e i servizi che collegano i pazienti, in particolar modo i cronici, con i medici



per assistere nella diagnosi, monitoraggio, gestione, responsabilizzazione degli stessi. Permette a un medico di interpretare a distanza i dati necessari al Tele-monitoraggio di un paziente, e, in quel caso, alla presa in carico del paziente stesso. La registrazione e trasmissione dei dati può essere automatizzata o realizzata da parte del paziente stesso o di un operatore sanitario.

La Tele-salute prevede un ruolo attivo sia del medico, che partecipa alla presa in carico del paziente, che del paziente, in quanto è protagonista del programma di autocura, prevalentemente pazienti affetti da patologie croniche, e in questo si differenzia dal Tele-monitoraggio.

La Tele-salute comprende il Tele-monitoraggio, ma lo scambio di dati, ossia dei parametri vitali, tra il paziente e una postazione di monitoraggio non avviene solo per l'interpretazione dei dati, ma anche per supportare i programmi di gestione della terapia e per migliorare la informazione e formazione del paziente.

### **3.4.3. TELEASSISTENZA**

Per Teleassistenza, si intende un sistema socio-assistenziale per la presa in carico della persona anziana o fragile a domicilio, tramite la gestione di allarmi, di attivazione dei servizi di emergenza, di chiamate di “supporto” da parte di un centro servizi.

La Teleassistenza ha un contenuto prevalentemente sociale, con confini sfumati verso quello sanitario, con il quale dovrebbe connettersi al fine di garantire la continuità assistenziale. (Telemedicina, linee guida di indirizzo nazionale)

### **3.4.4. TELE-RIABILITAZIONE**

Nelle linee guida emanate dal Ministero della salute, del 28 gennaio 2021, viene definita la Tele-riabilitazione come una pratica che prevede l'erogazione a distanza di prestazioni e servizi intesi ad abilitare, ripristinare, o comunque migliorare, il funzionamento psicofisico di persone di tutte le fasce di età, con disabilità o disturbi, congeniti o acquisiti, transitori o permanenti, oppure a rischio di svilupparli.

È un'attività sanitaria di pertinenza dei professionisti sanitari, può avere carattere multidisciplinare e, quando ciò costituisca un vantaggio per il paziente, può richiedere la collaborazione di caregiver, familiari e non, e/o di insegnanti.

Per il completamento dei trattamenti volti a tutelare la salute dei cittadini, come qualsiasi intervento riabilitativo “tradizionale”, le prestazioni di tele-riabilitazione trovano complementarità con altre prestazioni di cura, riabilitazione, assistenza o prevenzione, attuate esse stesse in presenza o in telemedicina.

Nelle attività di tele-riabilitazione vanno comprese anche quelle volte alla valutazione a distanza del corretto utilizzo di ausili, ortesi e protesi durante le normali attività di vita condotte all'interno dell'ambiente domestico o lavorativo.

### **3.5. TELEMEDICINA E AFASIA**

L'accesso alle cure logopediche per pazienti che presentano disturbi del linguaggio e della comunicazione appare molto difficoltosa, soprattutto nel fatto di poter garantire cure di alta qualità a tutti i soggetti.

L'età media di vita è in aumento, e da questo ne deriva un aumento della prevalenza di condizioni neurologiche e disturbi della comunicazione neurogena acquisiti.

Spesso viene sottovalutata la difficoltà incontrata da coloro che hanno significative difficoltà motorie di accedere a strutture di cura regolarmente, e, visto che all'afasia vengono spesso associati disfunzioni a livello fisico, questo problema riguarda anche la popolazione afasica.

Ad aggravare il problema di accesso è il fatto che molti disturbi della comunicazione e della deglutizione richiedono periodi di trattamento intensivi, seguiti da una gestione a lungo termine che dura diversi anni.

Anche se il trattamento face-to-face è stato considerato il gold standard per il trattamento logopedico, si ha bisogno di considerare modalità alternative di erogazione

di questo servizio, per soddisfare le esigenze di comunicazione di una comunità in cambiamento, e per garantire le migliori cure ai pazienti.

Una possibile soluzione a questi problemi di servizio è l'utilizzo della telemedicina per integrare, o, in alcune situazioni, sostituire i tradizionali interventi in presenza.

La telemedicina ha il potenziale per ottimizzare i tempi, l'intensità e la sequenza degli interventi, producendo un maggior risultato funzionale per il paziente. Questo è particolarmente rilevante per la gestione dei disturbi cronici della comunicazione, in cui l'elevata flessibilità della telemedicina consente allo specialista di progettare programmi di gestione e trattamento a breve e lungo termine, andando a soddisfare gli obiettivi del trattamento stesso e le esigenze del cliente e della famiglia.

Le piattaforme online di somministrazione della terapia forniscono allo specialista la capacità di poter monitorare i progressi nel tempo, aiutando così i pazienti nel mantenimento delle funzioni linguistiche.

Altro vantaggio della Tele-riabilitazione logopedica sta nel fatto che è uno strumento per facilitare la generalizzazione del trattamento in contesti di vita quotidiana. Il trattamento condotto all'interno dell'ambiente sociale, educativo e professionale della persona trattata può implementare la funzionalità del trattamento stesso e creare una maggiore integrazione con la sua famiglia e la sua comunità.

## **4 OBIETTIVO**

L'obiettivo del presente progetto di tesi è quello di condurre uno studio di tipo qualitativo sul mantenimento delle funzioni linguistiche in periodo COVID-19, attraverso esercizi somministrati grazie alla Tele-riabilitazione e valutare, grazie ai dati raccolti da un questionario di gradimento, se questo modello risulti vantaggioso o meno per i soggetti afasici che per i caregiver.

Il gruppo preso in esame in questo studio è composto da otto membri del gruppo A.IT.A. del Friuli-Venezia Giulia, che hanno partecipato a incontri svolti online sulla piattaforma "Zoom".

In un momento in cui tutti sono stati costretti a vivere dentro le proprie mura domestiche, si è cercato un modo per poter effettuare incontri mirati al mantenimento del linguaggio tramite piattaforme online, in soggetti che presentano un quadro afasico ormai stabile da anni, presentando loro esercizi volti a stimolare le funzioni linguistiche preservate dopo l'incidente cerebro-vascolare.

La Tele-riabilitazione in soggetti afasici ha numerosi vantaggi, in quanto dopo un ictus, un affaticamento significativo e una disfunzione motoria rendono sicuramente più difficile l'accesso a strutture di riabilitazione che prevedano sedute in presenza.

Con la Tele-riabilitazione, inoltre, i pazienti hanno la possibilità di impiegare le proprie energie sulla riabilitazione stessa, piuttosto che disperderne parte di esse per gli spostamenti verso i centri di terapia.

## **5 MATERIALI E METODI**

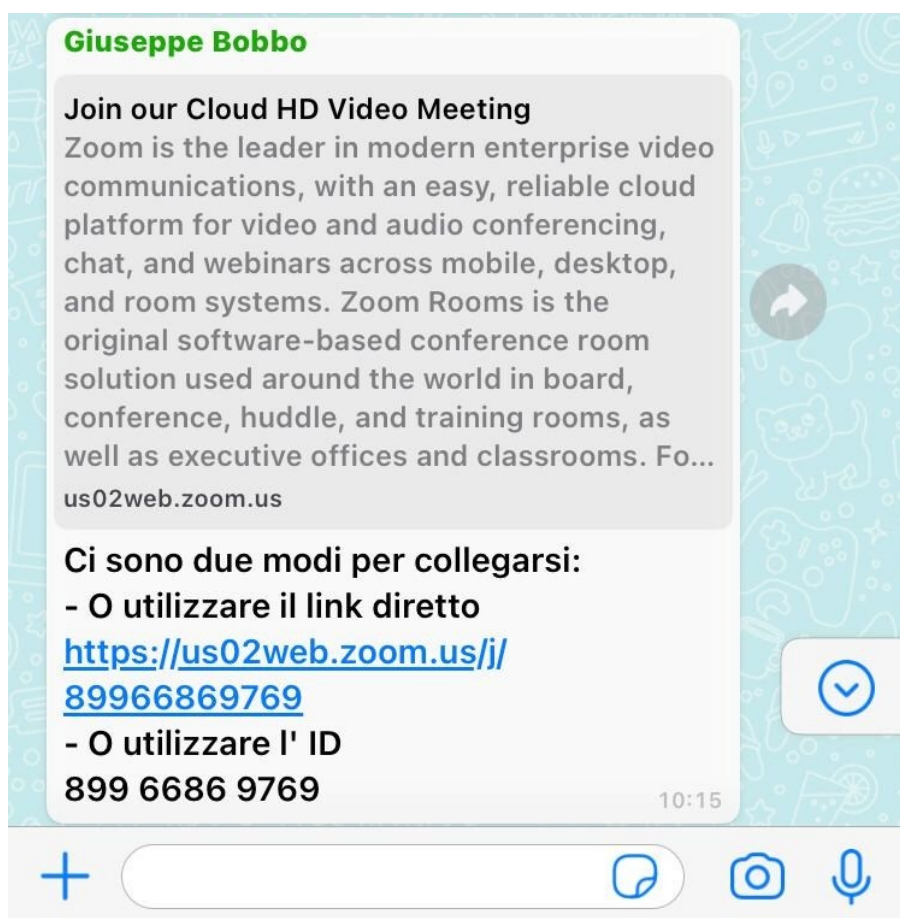
### **5.1. MATERIALI**

Le riunioni sono state svolte ogni lunedì, a partire dal 15 marzo 2021, in modalità online, sulla piattaforma zoom.

Zoom è una piattaforma cloud semplice e affidabile per video, voce, condivisione di contenuti e chat che può essere utilizzata su dispositivi mobili, desktop e telefoni.

Essa è risultata essere di facile utilizzo per quasi tutti i partecipanti, in quanto molti di loro erano in grado di connettersi autonomamente, a differenza di altri membri che necessitavano del supporto dei caregivers per potervi accedere.

La partecipazione alla riunione avveniva tramite un link inviato dal presidente dell'associazione Giuseppe Bobbo, il giorno prima, a tutti i membri dell'associazione grazie all'applicazione Whatsapp.



Le riunioni avevano una durata di circa due ore, una della quale era dedicata all'esecuzione di esercizi e attività volte al mantenimento delle funzioni linguistiche, l'altra era dedicata alla condivisione di esperienze personali dei membri afasici e dei caregivers.

Grazie alla modalità di condivisione dello schermo è stato possibile proiettare immagini, testi word, tabelle e svolgere attività su piattaforme online quali "Training Cognitivo" e "Esercizi Per La Mente".

Successivamente al completamento di tutte le riunioni svolte online, è stato somministrato ai membri afasici e ai caregivers un questionario di gradimento, con l'intento di valutare le attività proposte e di poter fare un confronto tra lo svolgimento delle riunioni che prima si tenevano in presenza e la modalità online.

## 5.2. POPOLAZIONE

Hanno aderito alla partecipazione del progetto di tesi otto membri afasici del gruppo A.IT.A. Friuli-Venezia Giulia, alcuni partecipanti durante le riunioni erano affiancati dai caregiver, principalmente mariti, mogli e figli, altri invece prendevano parte alle riunioni in maniera autonoma.

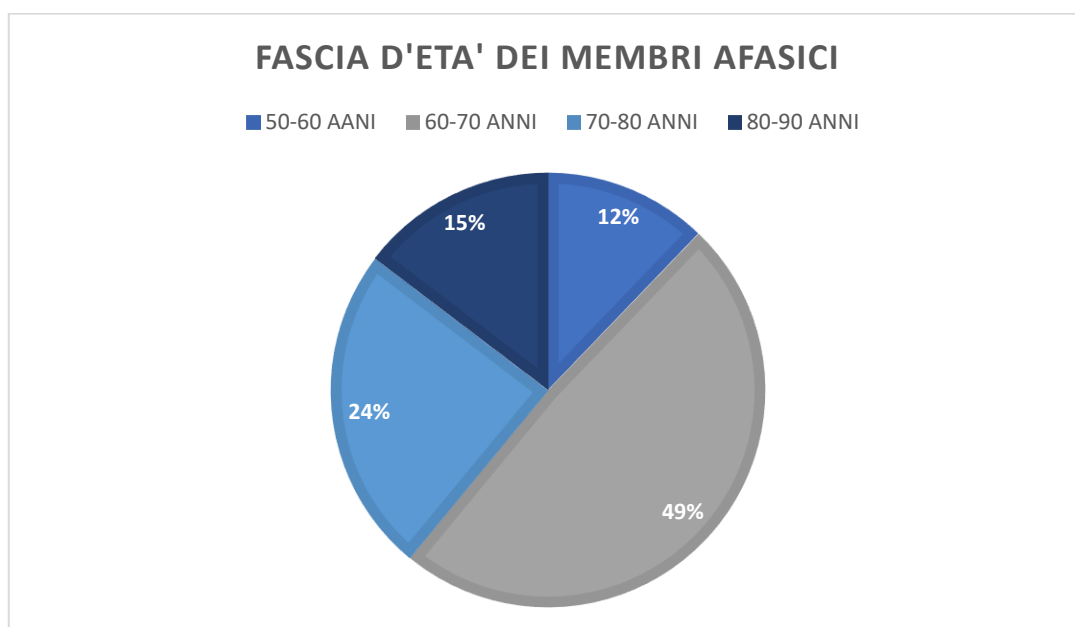
Attraverso un'indagine conoscitiva formale, ottenuta dalla compilazione di un questionario creato tramite la piattaforma Moduli di Google, sono state raccolte le informazioni dei membri dell'A.IT.A. che hanno preso parte agli incontri online.

Attraverso il questionario sono state raccolte informazioni su:

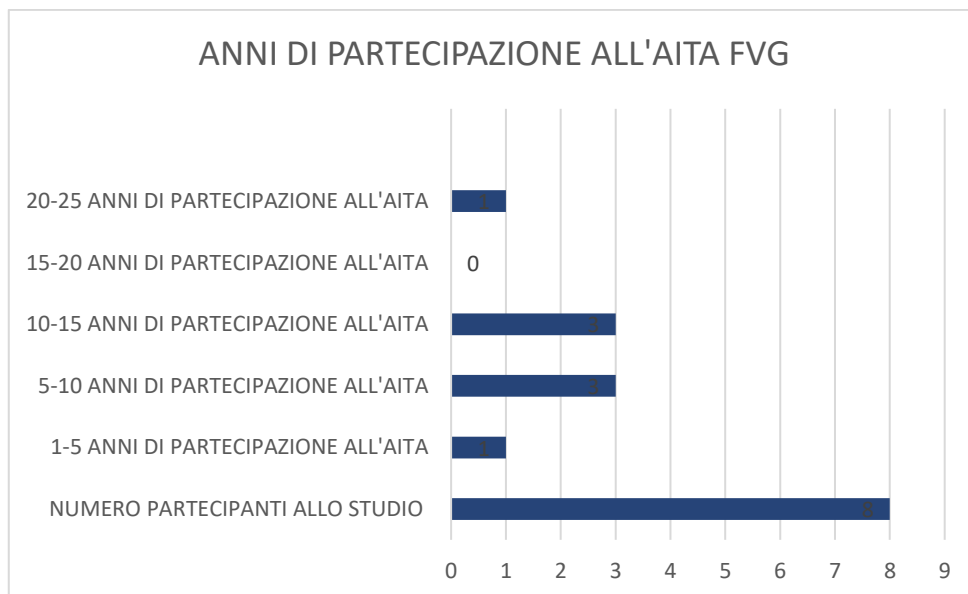
- ❖ Data di nascita
- ❖ Periodo di esordio della malattia
- ❖ Durata del trattamento logopedico in seguito al presentarsi della sintomatologia afasica
- ❖ Periodo di interruzione dal trattamento logopedico
- ❖ Scolarità
- ❖ Anni di partecipazione all'A.IT.A. Friuli-Venezia Giulia
- ❖ Svolgimento di altre terapie, oltre a quella logopedica, specificando quali

<b>INIZIALI NOME E COGNOME</b>	<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>PERIODO DI ESORDIO DELLA MALATTIA</b>	<b>DURATA DEL TRATTAMENTO LOGOPEDICO</b>	<b>PERIODO DI INTERRUZIONE DAL TRATTAMENTO LOGOPEDICO</b>	<b>DA QUANTO FA PARTE DELL'AITA</b>
G.P.	7.09.1952	31.07.2010	24 MESI	9 ANNI	11 ANNI
E.C.	26.09.1947	2.05.2008	9 ANNI	4 ANNI	12 ANNI

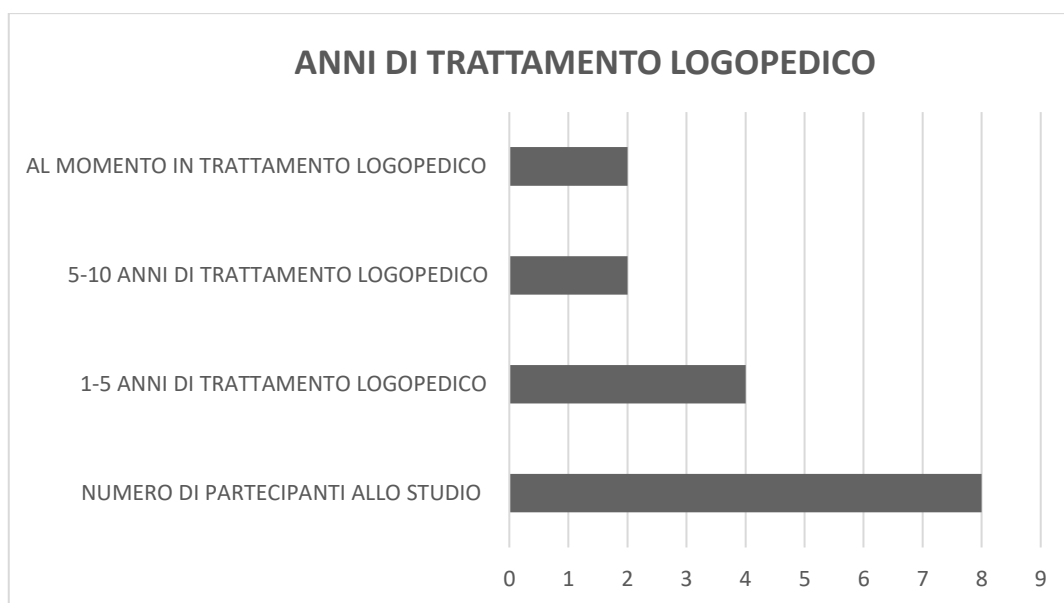
A.D.	13.11.1964	10.09.2019	ANCORA IN TRATTAMENTO		1 ANNO
N.C.	27.04.1955	2013	2 ANNI	6 ANNI	8 ANNI
M.P.	22.10.1936	1995	10 ANNI	15 ANNI	25 ANNI
G.B.	11.10.1959	2007	2 ANNI	12 ANNI	12 ANNI
A.C.	25.05.1945	2010	3 ANNI	4 ANNI	7 ANNI
P.N.	28.03.1960	2013	ANCORA IN TRATTAMENTO		7 ANNI



Nel grafico appena riportato, viene evidenziato che il target dello studio sembra essere rivolto principalmente a una fascia di popolazione anziana, in quanto solo 12% del campione ha un'età compresa tra i cinquanta e i sessanta anni, mentre la percentuale maggiore, 49%, è rappresentata da soggetti che hanno un'età compresa tra i sessanta e i settanta anni.

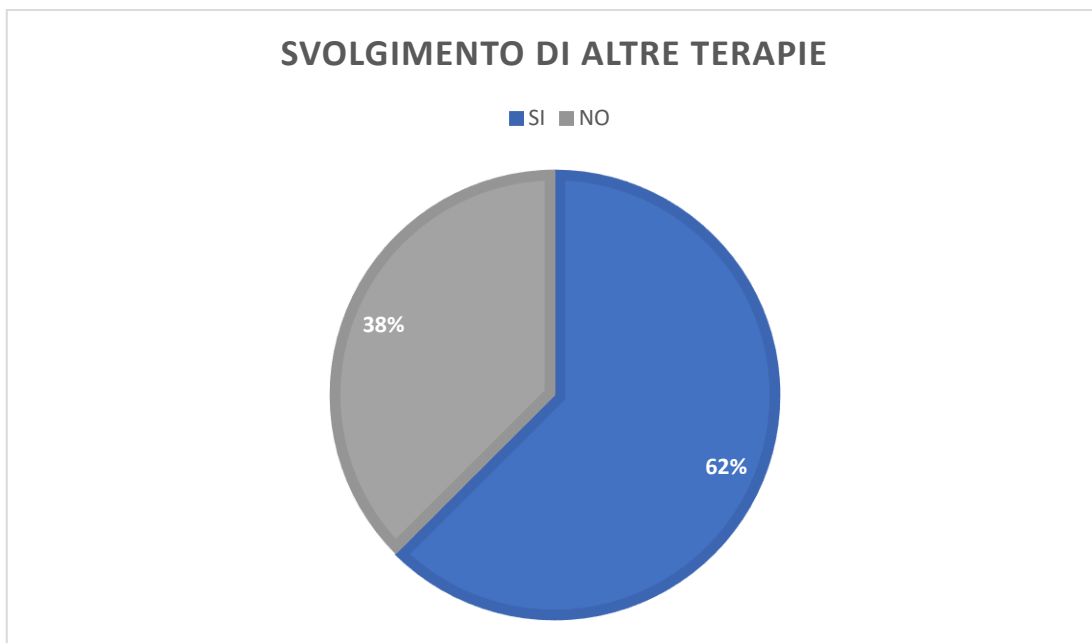


Il gruppo A.IT.A. è un gruppo molto longevo, sette partecipanti su otto fanno parte dell'associazione e prendono parte alle riunioni da più di 5 anni.

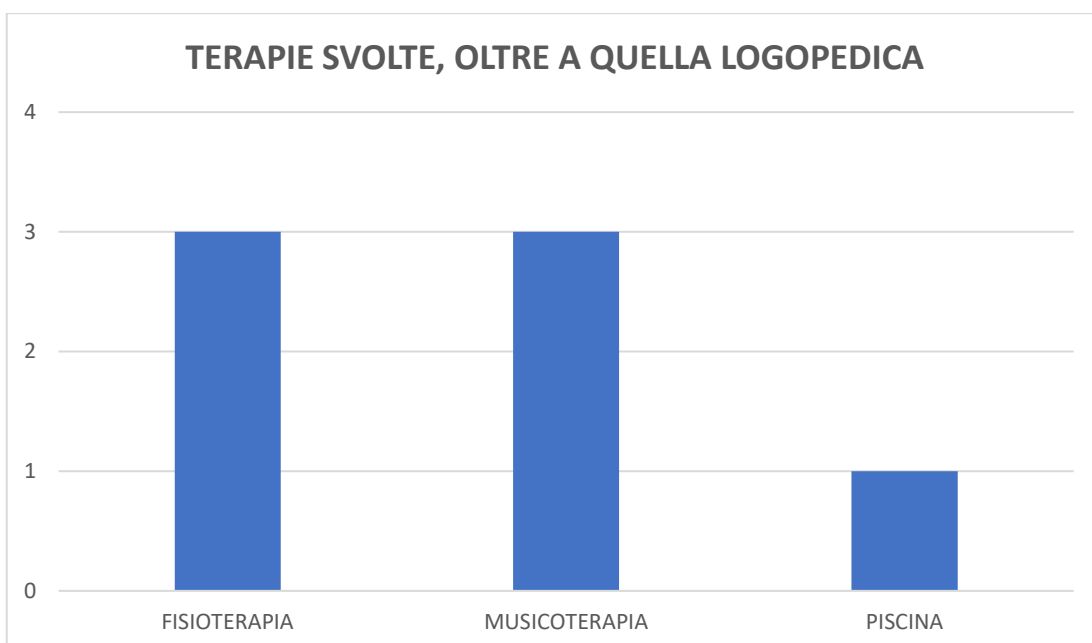


Due partecipanti su otto, al momento della somministrazione del questionario, erano in trattamento logopedico, a fronte di sei partecipanti, che avevano interrotto la logopedia da almeno quattro anni.

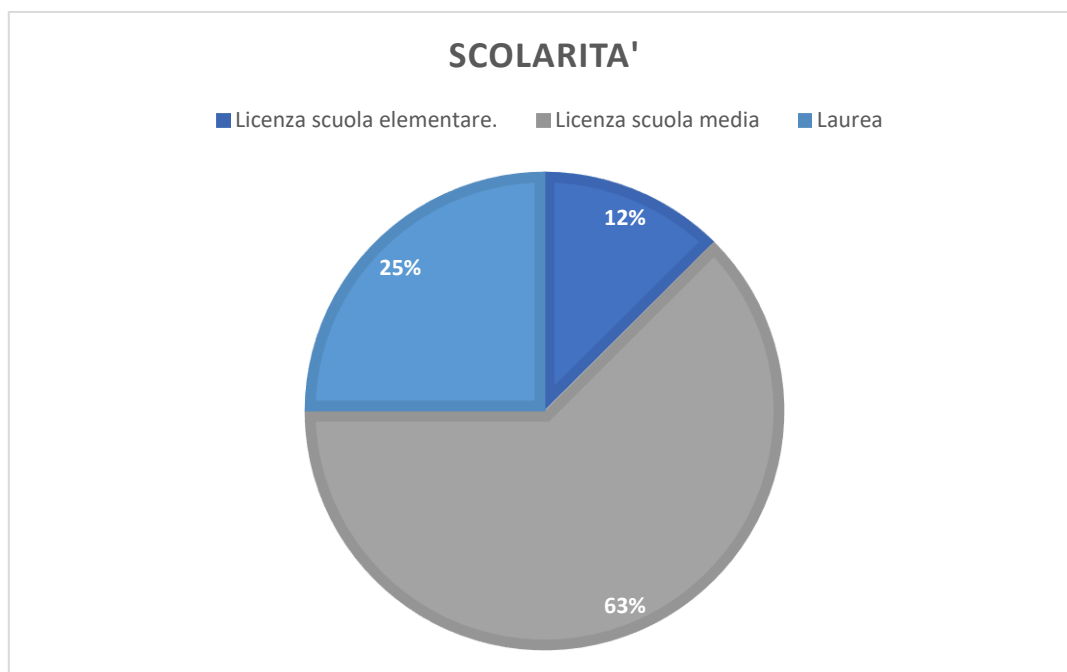




Il 62 % dei partecipanti, hanno svolto e stanno svolgendo altre terapie oltre a quella logopedica.



Tre partecipanti su sei svolgono sedute di fisioterapia, tre su sei svolgono incontri di musicoterapia, uno su sei frequenta abitualmente corsi in piscina. Un partecipante svolge sedute sia di fisioterapia, sia di musicoterapia.



Il seguente grafico mostra l'indice di scolarità dei componenti del gruppo, su 8 membri, 5 hanno la licenza di scuola media, 1 la licenza di scuola elementare e 2 titoli di laurea.

### 5.3. INCONTRI ONLINE

Qui di seguito viene riportato il calendario delle riunioni, con relative attività e numero dei partecipanti.

<b>DATA RIUNIONE</b>	<b>ATTIVITA' PROPOSTA</b>	<b>NUMERO PARTECIPANTI AFASICI</b>
15 MARZO 2021	Proiezione di tre dipinti ed esposizione delle sensazioni evocate dall'immagine	7
22 MARZO 2021	Esercizi di categorizzazione	6
29 MARZO 2021	Completamento delle parti mancanti dei testi delle canzoni	8
19 APRILE 2021	Cruciverba	7
3 MAGGIO 2021	Anagrammi	8

17 MAGGIO 2021	Completamento dei proverbi	6
31 MAGGIO 2021	Funzioni esecutive, memoria e attenzione	7
7 GIUGNO 2021	Funzioni esecutive, memoria e attenzione	6

### 5.3.1. RIUNIONE 15 MARZO 2021

Membri partecipanti: 7

Prima della riunione sono stati inviati, tramite il gruppo Whatsapp con tutti i membri dell'associazione, 3 dipinti: "L'Urlo" di Edvard Munch, "Il bacio" di Francesco Hayez e "Il viandante sul mare di nebbia" di Caspar David Friedrich, ed è stato chiesto loro di sceglierne uno e di pensare a quali emozioni e sensazioni rimandavano i dipinti. Essendo la prima riunione è stata preferita un'attività più libera per poter valutare il livello delle funzioni linguistiche dei partecipanti, e per poter poi sviluppare attività che non risultassero né troppo difficili, né troppo facili, ma alla portata delle loro capacità.

### 5.3.2. RIUNIONE 22 MARZO 2021

Membri partecipanti: 6

Sono stati svolti esercizi di categorizzazione, sono state proposte tre categorie e a turno ognuno dei partecipanti doveva elencare un oggetto o una persona appartenente a quell'insieme.

Le categorie prese in considerazione sono state: Oggetti della cucina, Nomi con 5 lettere e Cantanti famosi. Qui di seguito vengono riportate tutte le risposte date dai partecipanti alla riunione.

<b>OGGETTI DELLA CUCINA</b>	<b>NOMI CON CINQUE LETTERE</b>	<b>CANTANTI FAMOSI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schiaccia patate</li> <li>• Pentole</li> <li>• Termometro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diana</li> <li>• Nadia</li> <li>• Piero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lucio battisti</li> <li>• Inti Limani</li> <li>• Iglesias</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gas</li> <li>• Tavolo</li> <li>• Sedia</li> <li>• Scodella</li> <li>• Padella</li> <li>• Batticarne</li> <li>• Scolapasta</li> <li>• Coltello</li> <li>• Fornetto</li> <li>• Affila coltelli</li> <li>• Moka</li> <li>• Pela patate</li> <li>• Frigorifero</li> <li>• Cucchiaino</li> <li>• Spremi agrumi</li> <li>• Bicchiere</li> <li>• Mestolo</li> <li>• Bottiglia</li> <li>• Tovaglia</li> <li>• Colino</li> <li>• Piatto</li> <li>• Schiaccia noci</li> <li>• Sveglia</li> <li>• Frullatore</li> <li>• Bistecchiera</li> <li>• Porta frutta</li> <li>• Teiera</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carlo</li> <li>• Laura</li> <li>• Paola</li> <li>• Velma</li> <li>• Greta</li> <li>• Michi</li> <li>• Diego</li> <li>• Marco</li> <li>• Mario</li> <li>• Frida</li> <li>• Bruno</li> <li>• Guido</li> <li>• Denis</li> <li>• Marta</li> <li>• Maria</li> <li>• Lucia</li> <li>• Lella</li> <li>• Mirco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Claudio Villa</li> <li>• Genesis</li> <li>• Zucchero</li> <li>• Celentano</li> <li>• Claudio Baglioni</li> <li>• Venditti</li> <li>• Lucio Dalla</li> <li>• Tiziano Ferro</li> <li>• Rita pavone</li> <li>• De Gregori</li> <li>• Morandi</li> <li>• Mina</li> <li>• Bee Gees</li> <li>• Elisa</li> <li>• Santana</li> <li>• Abba</li> <li>• Pino Daniele</li> <li>• Pooh</li> <li>• Vanoni</li> <li>• Mia Martini</li> <li>• Orietta Berti</li> <li>• Domenico Modugno</li> <li>• Pink Floyd</li> <li>• Vasco Rossi</li> <li>• Led Zeppelin</li> <li>• Giacomo Rondinella</li> <li>• Rino Gaetano</li> <li>• Laura Pausini</li> </ul>
---	--	---

### **5.3.3. RIUNIONE 29 MARZO 2021**

Membri partecipanti: 8

Durante l'incontro del 29 marzo è stato proposto un esercizio di completamento del testo di 5 canzoni differenti. Grazie alla modalità "Condivisione schermo" di zoom, è stato possibile proiettare le canzoni, una alla volta, e i partecipanti alla riunione erano tenuti al completamento delle parti mancanti.

Le canzoni scelte sono state selezionate in base alla musica che più ascoltavano nella gioventù, sono state usate i seguenti testi:

- ❖ "Azzurro" di Adriano Celentano
- ❖ "Felicità" di Albano e Romina
- ❖ "Perdere l'amore" di Massimo Ranieri
- ❖ "Canzone del sole" di Lucio Battisti
- ❖ "Quel mazzolin di fiori"

### **5.3.4. RIUNIONE 19 APRILE 2021**

Membri partecipanti: 7

La riunione del 19 aprile si è incentrata sullo svolgimento di cruciverba selezionati in base alla difficoltà e alla frequenza d'uso delle parole.

Tramite la proiezione dello schermo i membri del gruppo visionavano il cruciverba, e lette le definizioni una alla volta, tutti i partecipanti a turno hanno provveduto al completamento dei cruciverba.

Sono stati completati tre cruciverba differenti, uno con le definizioni dei mestieri, uno con le definizioni degli oggetti di uso comune e uno con definizioni non appartenenti a una singola categoria.



ORIZZONTALE



VERTICALE

- 1) ANIMALE AMICO DELL'UOMO
- 4) IL CONTRARIO DI FALSO
- 7) OGNI PIANETA SEGUE LA SUA
- 8) SI STRINGE PER FARE PACE
- 9) RIFUGIO DEGLI ANIMALI
- 11) E' BIANCA E FREDDA
- 13) PREPOSIZIONE ARTICOLATA
- 14) NE HA TANTI CHI HA LA PELLE CHIARA
- 15) META' OLIO
- 16) IL...POLLICE DEL PIEDE
- 17) LA CASA DEGLI ESCHIMESI

- 1) VI ARDE LA LEGNA
- 2) IL 2 OTTOBRE E' LA LORO FESTA
- 3) PUO' ESSERE SUPER
- 4) IL FIGLIO DELLA MUCCA
- 5) OGNI ANNO...AUMENTA
- 6) GRACIDA NELLO STAGNO
- 10) IL LETTO DEL FIUME
- 12) CON IL VENTO LO PRENDE L'AQUILONE
- 16) META' ALCE

Sopra viene riportato uno dei tre cruciverba utilizzati durante la riunione.

### 5.3.5. RIUNIONE 3 MAGGIO 2021

Membri partecipanti: 8

L'esercizio proposto durante la riunione del 3 maggio è stato la risoluzione di anagrammi, prima con aiuto visivo e successivamente solo tramite definizione.

Sono stati utilizzati gli anagrammi presenti sul sito di training cognitivo, e attraverso la modalità di "Condivisione schermo" sono stati proiettati sui dispositivi di tutti partecipanti.

Sono stati utilizzati anagrammi delle seguenti categorie:

- ❖ Emozioni
- ❖ Attori italiani
- ❖ Tipi di vino
- ❖ Tipi di pizza
- ❖ Sinonimi



E C I E L F



◀ 1 / 9 ▶



Esempio di anagramma con aiuto visivo

passeggiare

e i r c n a m a m



◀ 1 / 10 ▶



Esempio di anagramma solo con definizione

### 5.3.6. RIUNIONE 17 MAGGIO 2021

Membri partecipanti: 6

Nella riunione del 17 maggio è stato chiesto ai partecipanti di completare le varie parti mancanti dei proverbi, attraverso la scelta tra diverse quattro alternative.

Lo stesso lavoro è stato svolto anche per i modi di dire, sul capire e riconoscere il significato di diversi luoghi comuni presentati.

**1 - Amicizia stretta ..... non dura da sera a mattino**  
dal cibo  || dal vino  || dalla fame  || dalla disgrazia

**2 - A buon ....., poche parole**  
intenditor  || ascoltator  || intellettual  || lettor

**3 - A caval donato non si guarda .....**  
in faccia  || negli occhi  || in bocca  || lo zoccolo

**4 - Chi sempre ....., vergogna non sente**  
mangia  || dorme  || mente  || spende

**5 - Beltà e follia van spesso .....**  
in allegria  || in compagnia  || alla deriva  || in disgrazia

**6 - Bellezza è come ....., presto nasce e presto muore**  
un dono  || una pianta  || un cane  || un fiore

**7 - A chi nulla ....., nulla riesce**  
tenta  || stenta  || fa  || vede

**8 - Chi risparmia il bastone fa il figlio .....**  
mattacchione  || delinquente  || birbone  || secchione

**9 - Figlio troppo accarezzato, non fu mai ben .....**  
amato  || riuscito  || allevato  || capito

**10 - Chi dice ..... dice danno**  
donna  || femmina  || mamma  || bimbo

**11 - Chi troppo ..... nulla stringe**  
desidera  || mangia  || vuole  || lavora

**12 - Chi tutto vuole, di ..... muore**  
dolore  || disgrazia  || fame  || rabbia

**13 - Trentadue ..... non riescono a tenere a bada una lingua**  
uomini  || leggi  || denti  || bastoni

Esercizio di completamento con modi di dire di uso comune

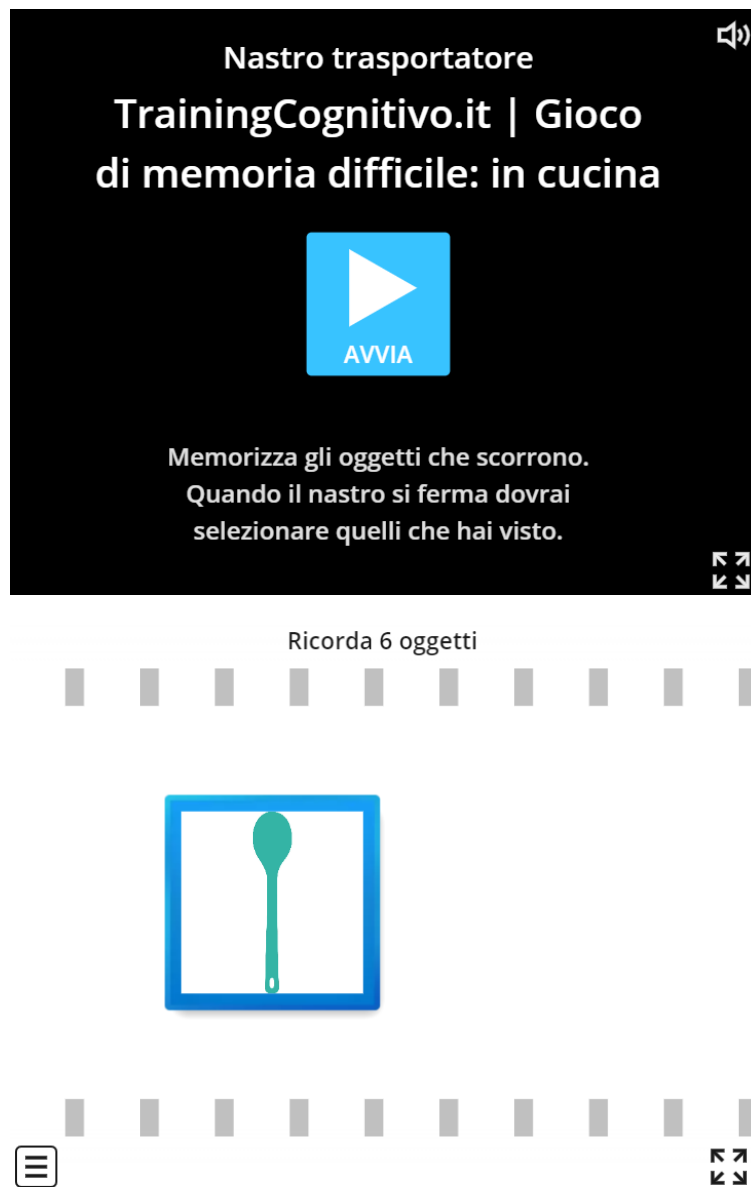


### 5.3.7. RIUNIONE 31 MAGGIO 2021

Membri partecipanti: 7

Durante l'incontro del 31 maggio si è lavorato sulle funzioni esecutive, in particolar modo su attenzione e memoria.

Sono stati utilizzati gli esercizi sulla piattaforma di "Training Cognitivo", nella sezione dedicata alle funzioni esecutive.

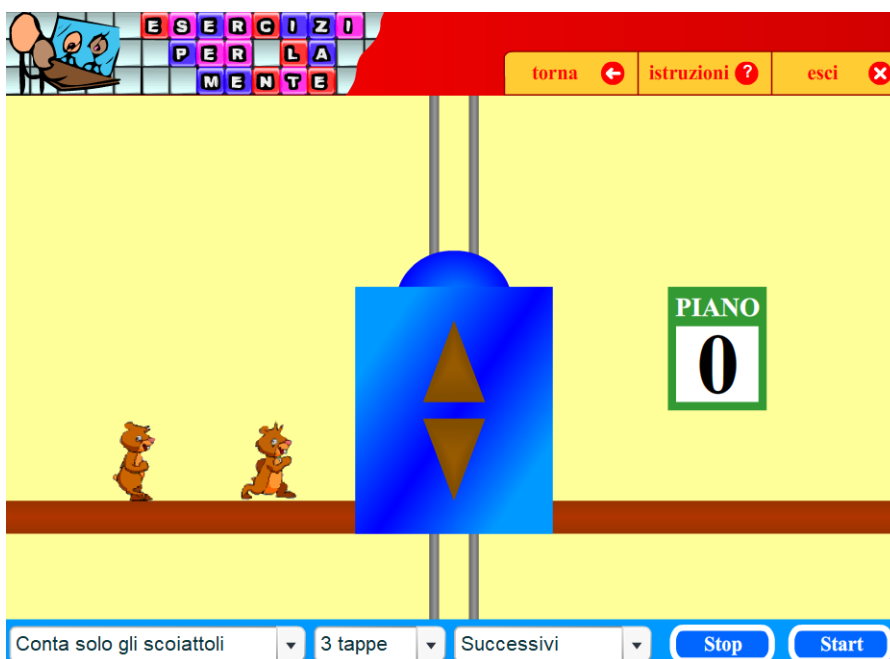
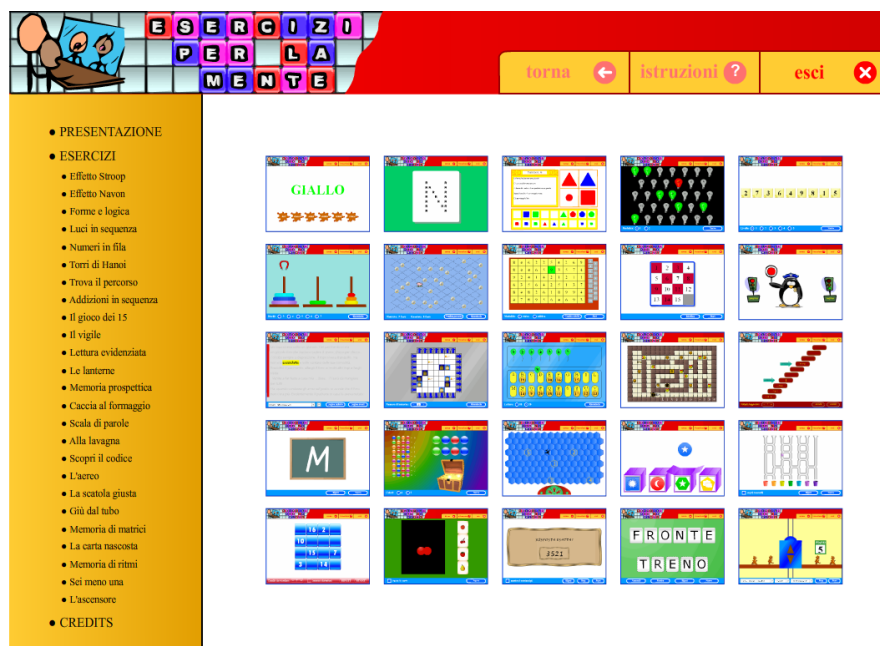


Esercizio di memoria, sulla piattaforma di "Training Cognitivo"

### 5.3.8. RIUNIONE 7 GIUGNO 2021

Membri partecipanti: 6

Durante l'incontro del 7 giugno sono stati proposti esercizi sulle funzioni esecutive, utilizzando la piattaforma "Esercizi per la Mente", la quale è stata possibile visionare da tutti i partecipanti attraverso la modalità "Condivisione Schermo".



Esercizio di memoria, sulla piattaforma di "Esercizi per la mente"

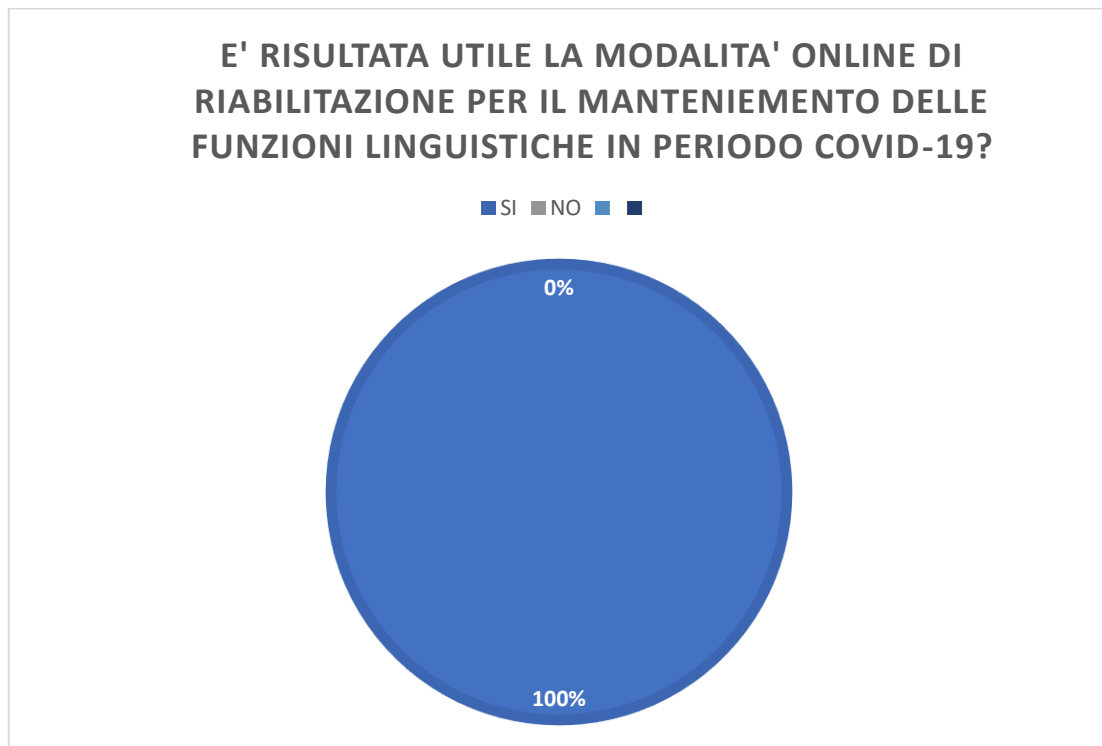
## 6 RISULTATI

Alle riunioni c'è stata una partecipazione attiva e costante da parte di tutti i membri afasici che hanno preso parte allo studio e anche da parte dei caregivers che li affiancavano, anche chi aveva grosse difficoltà di linguaggio, soprattutto nel reperire le parole, è riuscito ad essere membro attivo dell'incontro.

La possibilità di svolgere le riunioni da casa è risultato funzionale, soprattutto nell'attività di categorizzazione con gli oggetti della cucina, dove una signora afasica, non riuscendo a reperire la parola, ha avuto la possibilità di farsi comprendere andando a recuperare in cucina l'oggetto in questione, e farsi aiutare nel pronunciare il nome dell'utensile.

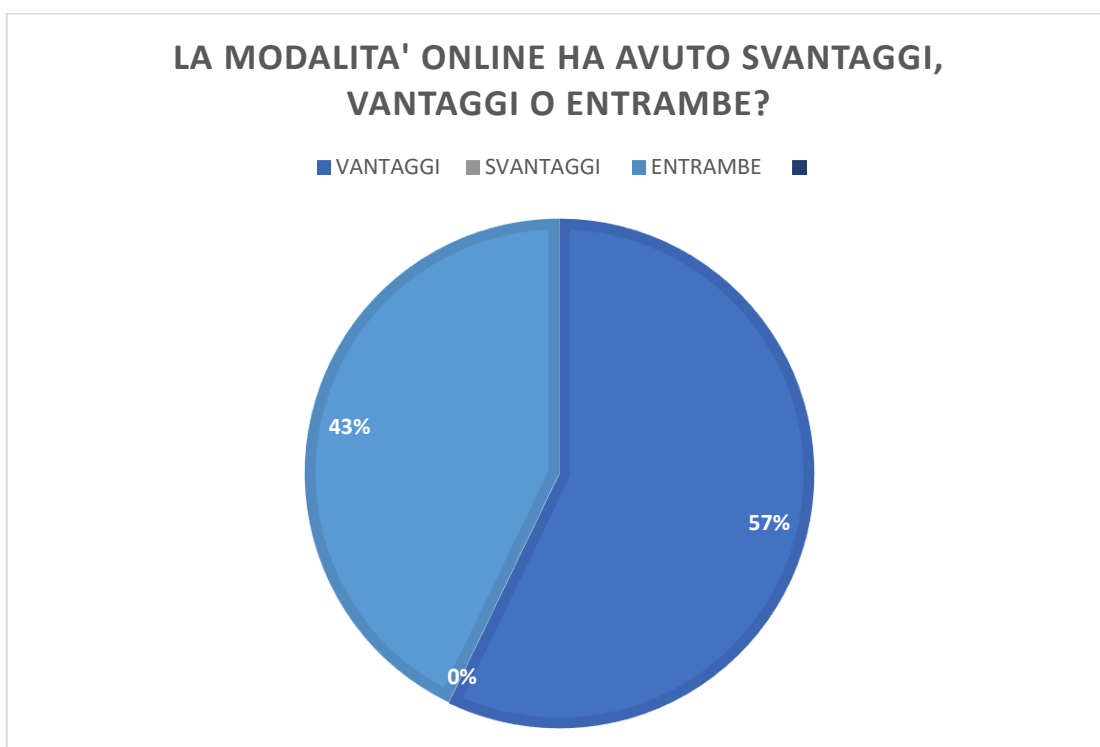
Durante le riunioni si è creato un clima costruttivo e di collaborazione tra i diversi componenti, ognuno aspettava e rispettava i tempi dell'altro, fornendo aiuto, nel caso in cui fosse necessario, a reperire le parole a quei soggetti afasici che ne avevano bisogno.

Al termine degli incontri è stato somministrato un questionario di gradimento ai caregivers e ai soggetti afasici, da completare insieme, riguardante le attività svolte insieme.



Il 100% dei partecipanti ritiene utile la modalità di tele-riabilitazione per il mantenimento delle funzioni linguistiche durante la pandemia da COVID-19, perché ha consentito ai membri afasici e ai caregivers di continuare le attività, seppur in maniera ridotta, in un periodo definito difficile.

Questa modalità è stata definita “divertente e avveniristica”, grazie anche all’impiego di siti online, quali “Training Cognitivo” e “Esercizi per la mente”, che hanno permesso l’esecuzione di attività dinamiche e interattive.

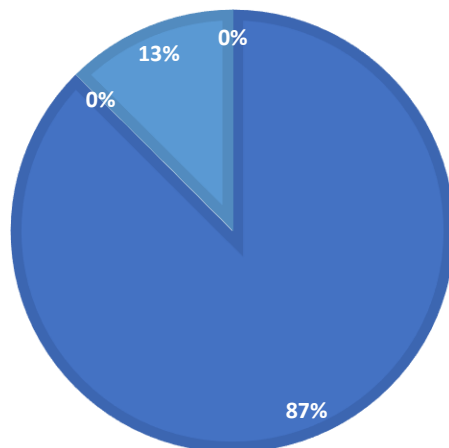


Alla domanda se la modalità online abbia avuto svantaggi, vantaggi o entrambe, il 57% dei partecipanti ha ritenuto vi siano stati solo vantaggi, a fronte del 43 % ha individuato sia vantaggi che svantaggi. Quest’ultimi sono dati principalmente dal fatto che con gli incontri online, si va a perdere tutto quell’aspetto relazionale, che si sarebbe instaurato attraverso gli incontri in presenza.

Allo stesso tempo però tra i vantaggi individuati, è emersa comunque la comodità di poter usufruire di servizi online, soprattutto per persone che hanno ridotte capacità di deambulazione e trovano faticoso, sia a livello fisico che mentale, accedere a strutture di riabilitazione.

### E' RIUSCITO A SEGUIRE LE ATTIVITA' PROPOSTE?

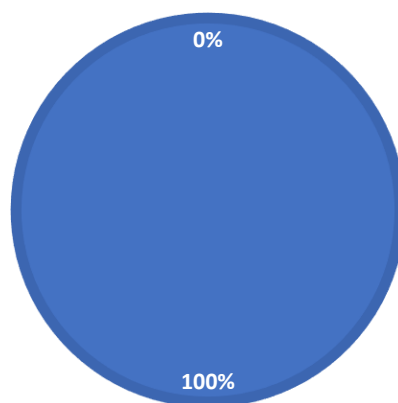
■ SEMPRE ■ SPESSO ■ A VOLTE ■ MAI



Per la maggior parte dei soggetti partecipanti alle riunioni, equiparabile all'87%, le attività proposte sono risultate accessibili, e sono state descritte dai partecipanti stessi utili, coinvolgenti e interessanti.

### LA MODALITA' ONLINE PUO' ESSERE ANCHE IN FUTURO, QUALORA SIA IMPOSSIBILITATA LA MODALITA' IN PRESENZA?

■ SI ■ NO



All'unanimità tutti i membri ritengono possa essere utile il mantenimento della modalità online, qualora non sia possibile svolgere attività in presenza, per via della

comodità emersa nel non spostarsi di casa, soprattutto per quelle persone che hanno ridotte capacità di deambulazione.

La modalità online consente, inoltre, il proseguimento di attività, che in casi di emergenza come la situazione legata al COVID-19, sarebbero state annullate, mantenendo i contatti e instaurando relazioni anche in un momento di pandemia.

## 7 CONCLUSIONI

Con l'avvento della pandemia da COVID-19, si sono trovate nuove strategie per poter colmare i vuoti creati dall'isolamento e dalla sospensione di attività, e tra queste strategie quella della tele-riabilitazione è stata più utilizzata rispetto a prima dell'emergenza sanitaria.

Gli incontri mirati al mantenimento delle funzioni linguistiche in pazienti afasici che presentano sintomatologia da almeno otto anni, si sono svolti online, sulla piattaforma zoom, ed è stata valutata nel complesso in maniera positiva da tutto il gruppo preso in esame, sia dai soggetti afasici che dai caregivers.

Sono stati riscontrati diversi vantaggi, in merito all'erogazione di servizi di riabilitazione online, e tra questi il più condiviso è il non doversi spostare per effettuare la terapia logopedica e di poter usufruire del servizio direttamente da casa, non comportando né fatica, sia fisica che mentale, per coloro che hanno difficoltà nella deambulazione, né impegno da parte dei caregivers per quanto riguarda la gestione degli spostamenti verso le strutture riabilitative.

La modalità online ha permesso la costruzione di attività dinamiche, tramite l'utilizzo di software online, stimolando l'interesse dei membri e la partecipazione attiva e rendendo la terapia logopedica maggiormente accattivante in quanto vista come una forma ludica del fare riabilitazione.

Quello che è emerso durante le riunioni e poi tramite il questionario di gradimento, completato al termine degli incontri, è il fatto che la modalità online non permette un pieno scambio relazionale, soprattutto in soggetti afasici dove la comunicazione non verbale è il canale principalmente utilizzato, e questa viene inficiata con la modalità online.

Allo stesso tempo però gli incontri online hanno permesso di mantenere vivi i rapporti tra i membri del gruppo, che non avrebbe potuto riunirsi altrimenti, vista la situazione di isolamento venutasi a creare in seguito alla pandemia da COVID-19.

## BIBLIOGRAFIA

- ❖ A. Basso. Conoscere e rieducare l'afasia, 2005, "Il pensiero scientifico editore"
- ❖ Alsup D. Doctor rescued from Antarctica in 1999 dies at 57 [Electronic]. CNN2009 [cited 2018 June 20].
- ❖ Articolo di giornale della Repubblica 2019
- ❖ Basso A. Prognostic factors in aphasia. *Aphasiology* 1992; 6: 337–348
- ❖ Benaim C, Cailly B, Perennou D, Pelissier J. Validation of Aphasic Depression Rating Scale Stroke 2004; 35: 1692-1696.
- ❖ Berthier ML. Poststroke aphasia: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs Aging* 2005; 22:163-182.
- ❖ Bloomert L. What functional assessment can contribute to setting goals for aphasia therapy *Aphasiology* 1990; 4: 307–320.
- ❖ Chang EF, Raygor KP, Berger MS. Contemporary model of language organization: an overview for neurosurgeons. *J Neurosurg.* 2015 Feb;122(2):250-61. [pubmed]
- ❖ Code C. Multifactorial Processes in recovery from aphasia: developing the foundations for a multileveled framework. *Brain Lang* 2001; 77: 25–44.
- ❖ De Renzi E., Faglioni P., Normative data and screening power of shortened version of the Token Test *Cortex* 1978; 14: 41-49.
- ❖ De Renzi E., Vignolo L.A. The Token Test: a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics *Brain* 1962; 85:665-678.
- ❖ Demeurisse G, Demol O, Derouck M, De Beuckelaer R, Coekaerts MJ, Capon A. Quantitative study of the rate of recovery from aphasia due to ischemic stroke. *Stroke* 1980; 11: 455-458.
- ❖ Deng X, Zhang Y, Xu L, Wang B, Wang S, Wu J, Zhang D, Wang R, Wang J, Zhao J. Comparison of language cortex reorganization patterns between cerebral arteriovenous malformations and gliomas: a functional MRI study. *J Neurosurg.* 2015 May;122(5):996-1003.
- ❖ Dewitt I, Rauschecker JP. Wernicke's area revisited: parallel streams and word processing. *Brain Lang.* 2013 Nov;127(2):181-91. [PMC free article] [pubmed]
- ❖ Ferro JM, Crespo M. Young adult stroke: neuropsychological dysfunctions and recovery. *Stroke* 1988; 19: 982-986.



- ❖ Grossman M, Irwin DJ. Primary Progressive Aphasia and Stroke Aphasia. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2018 Jun;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):745-767. [PMC free article] [pubmed]
- ❖ Hillis AE. Mechanisms of early aphasia recovery. *Aphasiology* 2002; 16: 885–895
- ❖ Hurst EJ. Evolutions in telemedicine: from smoke signals to mobile health solutions. *J Hosp Librariansh*. 2016;16(2):174–85.
- ❖ Javed K, Reddy V, M Das J, Wroten M. Statpearls [Internet]. Statpearls Publishing; Treasure Island (FL): Jul 31, 2020. Neuroanatomy, Wernicke Area. [pubmed]
- ❖ Kertesz A, Sheppard A. The epidemiology of aphasic and cognitive impairment in stroke: Age, sex, aphasia type and laterality differences. *Brain* 1981; 104: 117-128.
- ❖ Lahiri D, Dubey S, Sawale VM, Das G, Ray BK, Chatterjee S, Ardila A. Incidence and Symptomatology of Vascular Crossed Aphasia in Bengali. *Cogn Behav Neurol*. 2019 Dec;32(4):256-267.
- ❖ Laska AC, Hellblom A, Murray V, Kahan T, Von Arbin M. Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Intern Med* 2001; 249: 413-422.
- ❖ Lendrem W, Lincoln NB. Spontaneous recovery of language in patients with aphasia between 4 and 34 weeks after stroke. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1985; 48: 743-748.
- ❖ Linee guida sulla gestione logopedica del paziente afasico adulto- fli 2009
- ❖ Luzzatti C, Willmes K, De Bleser R, Bianchi A, Chiesa G, De Tanti A, Gonella ML, Lorenzi L, Pozzoli C. Nuovi dati normativi per la versione italiana dell'aachener Aphasia Test (AAT). *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1994; 55: 1086-1131
- ❖ Luzzatti C, Willmes K, Taricco M, Colombo C, Chiesa G. Language disturbances after severe head injury: do neurological or other associated cognitive disorders influence type, severity and evolution of the verbal impairment ? A preliminary report. *Aphasiology* 1989; 3: 643-653.
- ❖ Mackay S, Holmes DW, Gersumky AT. Methods to assess aphasic stroke patients. *Geriatr Nurs* 1988; 9: 177-179.

- ❖ Marciniak CM, Sliwa JA, Heinemann AW, Semik PE. Functional outcomes of persons with brain tumors after inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 457-63.
- ❖ Meinzer M, Djundia D, Barthel G, Elbert T, Rockstroh B. Long-term stability of improved language functions in chronic aphasia after constraint-induced aphasia therapy. *Stroke* 2005; 36: 1462-1466.
- ❖ Mishra V. Fattori che influenzano l'adozione della telemedicina durante COVID-19. *Indian J Public Health* 2020;64, Suppl S2:234-6
- ❖ Moss A, Nicholas M. Language rehabilitation in chronic aphasia and time post-onset. A review of single-subject data. *Stroke* 2006; 37: 3043-3051.
- ❖ Ochfeld E, Newhart M, Molitoris J, Leigh R, Cloutman L, Davis C, Crinion J, Hillis AE. Ischemia in broca area is associated with broca aphasia more reliably in acute than in chronic stroke. *Stroke*. 2010 Feb;41(2):325-30. [PMC free article]
- ❖ Pedersen PM, Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. Aphasia in acute stroke: incidence, determinants, and recovery. *Ann Neurol* 1995; 38: 659-666.
- ❖ Pedersen PM, Vinter K, Olsen TS. Aphasia after stroke: type, severity and prognosis. The Copenhagen aphasia study. *Cerebrovasc Dis* 2004; 17: 35-43.
- ❖ Saadatpour, Leila MD\*; Tariq, Usama MBBS\*; Parker, Alicia MD\*; Doty, Leilani phd\*†; Heilman, Kenneth M. MD\*†‡ A Degenerative Form of Mixed Transcortical Aphasia, *Cognitive And Behavioral Neurology*: March 2018 - Volume 31 - Issue 1 - p 18-22 doi: 10.1097/WNN.0000000000000144
- ❖ Steele RD, Aftonomos LB, Munk MW, CCC-SLP Evaluation and treatment of aphasia among the elderly with stroke. *Topics Geriatric Rehabil* 2003; 19: 98–108.
- ❖ Strehle EM, Shabde N: One hundred years of telemedicine: does this new technology have a place in paediatrics. *Archives of Disease in Childhood* 2006;91:956-959.
- ❖ Teodoro DG. Telerabilitazione per l'erogazione di servizi in logopedia. *J Telemed Telecare*. 2008;14:221-4

- ❖ Thiel A, Habedank B, Herholz K, Kessler J, Winhuisen L, Haupt WF, Heiss W-D. From the left to the right: how the brain compensates progressive loss of language function. *Brain Lang* 2006; 98: 57-65.
- ❖ Two-Way Television: Helping the Medical Center Reach Out. CECIL L. WITTON, and REBA BENSCHOTER
- ❖ Vandemark, AA. Predicting post-treatment scores on the Boston Diagnostic Aphasia Examination. In: Brookshire RH. (Ed.) *Clinical Aphasiology*. Minneapolis 1982; BRK Publishers: 103-111.
- ❖ Vignolo, LA. Evolution of aphasia and language rehabilitation: a retrospective exploratory study. *Cortex* 1964; 1: 344-367
- ❖ Villardita C, Quattropani MC, Lomeo C, Gruppo Italiano WAB. La Western Aphasia Battery Italiana (WABIT). Phoenix 1984; IV : 379-398.
- ❖ Waller, M., Stotler, C. Telemedicine: a Primer. *Curr Allergy Asthma Rep* 18, 54 (2018).

## SITOGRAFIA

- ❖ <http://www.aitafederazione.it/aita/statuto/>
- ❖ <http://www.aita-fvg.it/>
- ❖ <https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/5352/473833/Manuale.pdf>
- ❖ <https://it.sainte-anastasio.org/articles/neurociencias/giro-supramarginal-funciones-y-trastornos-asociados-a-esta-regin-cerebral.html>
- ❖ <https://it.sainte-anastasio.org/articles/psicologa-clnica/afasia-transcortical-sensorial-motora-y-mixta.html>
- ❖ [https://salute.regione.veneto.it/c/document\\_library/get\\_file?uuid=2015b6c1-5f2d-403a-bd70-3591ff3f41e9&groupId=10136](https://salute.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?uuid=2015b6c1-5f2d-403a-bd70-3591ff3f41e9&groupId=10136)
- ❖ <https://www.docsity.com/it/classificazione-semiologica-delle-afasie/791511/>
- ❖ <https://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>
- ❖ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559315/>
- ❖ <https://www.trainingcognitivo.it/gamecenter/>
- ❖ [https://www.treccani.it/enciclopedia/area-di-broca\\_%28Dizionario-di-Medicina%29/](https://www.treccani.it/enciclopedia/area-di-broca_%28Dizionario-di-Medicina%29/)
- ❖ [www.fda.gov](http://www.fda.gov)