



Aphasia United
www.aphasiaunited.org
Raccomandazioni di Best Practice per l'Afasia
Introduzione

L'afasia è una disabilità acquisita della comunicazione dovuta ad un danno alle aree cerebrali del linguaggio, causata principalmente da un ictus cerebrale ma anche da altre eziologie come un trauma cranico o un tumore cerebrale. L'afasia è caratterizzata da una compromissione delle competenze linguistiche quali parlare, comprendere, leggere e scrivere; considerato il ruolo centrale della comunicazione nella vita di tutti i giorni, l'afasia generalmente ha un impatto negativo sulle relazioni sociali, sulla partecipazione e sul benessere della persona. Le persone con afasia mantengono la loro intelligenza premorboza nonostante questa possa essere mascherata dalla difficoltà a comunicare; pertanto, non si dovrebbe mai partire dal presupposto che una persona con afasia sia mentalmente inadeguata. Le persone con afasia sono generalmente in grado di prendere decisioni e di partecipare alle attività se le informazioni o le attività vengono rese accessibili dal punto di vista comunicativo.

Le persone con afasia hanno il diritto di essere trattate con dignità e rispetto e hanno il diritto di ottenere lo stesso livello di assistenza sanitaria al quale hanno accesso gli individui non afasici (incluso ottenere informazioni e partecipare al processo decisionale riguardo la propria salute). Le persone con afasia e i loro familiari hanno diritto a servizi specifici pensati ad hoc per l'individuo in modo tale da stimolare la comunicazione e la partecipazione alle scelte nelle attività quotidiane. I servizi sanitari rivolti alle persone con afasia dovrebbero essere centrati sull'individuo e dovrebbero essere progettati e realizzati in collaborazione con le persone stesse.

Di seguito sono indicate le "*Raccomandazioni di Best Practice*" per il servizio sanitario ospedaliero e territoriale rivolto a persone con afasia. Le raccomandazioni sono state stilate sulla base di numerosi contributi internazionali. Le fonti sono menzionate insieme al livello di raccomandazione citato nelle fonti stesse; queste non sono state citate direttamente, ma ne sono state estrapolate delle tematiche comuni in modo da essere rappresentative del loro contenuto.

Per maggiori informazioni sui livelli di evidenza si deve fare riferimento al documento originale sulle fonti. Si potrà notare che la maggior parte delle raccomandazioni sono tratte dalle linee guida per l'ictus cerebrale piuttosto che da quelle per altre patologie o da linee guida specifiche per l'afasia.

Aphasia United
Raccomandazioni di Best Practice per l'Afasia

1. Tutti i pazienti con danno cerebrale o malattia degenerativa dovrebbero essere sottoposti ad uno screening per i deficit comunicativi.^{1,2,3,5,7,8,9} (Livello C)
2. Le persone con un sospetto deficit nella comunicazione dovrebbero essere valutate da professionisti qualificati (a seconda del paese di origine); la valutazione dovrebbe essere approfondita ulteriormente, oltre allo screening, al fine di determinare la natura, la gravità e le conseguenze personali del sospetto deficit comunicativo.^{1,2,3,4,5,6,8,9} (Livelli B, C)
3. Le persone con afasia dovrebbero ricevere informazioni riguardanti l'afasia, l'eziologia dell'afasia (ad es. l'ictus) e le diverse opzioni per il trattamento.^{1,5,6,7,8,9} (Livelli A, C) Le informazioni dovrebbero essere fornite durante tutto il percorso clinico del paziente, dalla fase acuta alla fase cronica.
4. Nessuna persona con afasia dovrebbe essere dimessa senza uno strumento per comunicare i suoi bisogni e desideri (ad esempio usando la comunicazione aumentativa alternativa - CAA; dei supporti comunicativi; un caregiver addestrato) oppure un buon piano che documenti come e quando questo potrà essere ottenuto. (Livello: Buona Pratica)
5. Le persone con afasia dovrebbero avere la possibilità di accedere a trattamenti individualizzati che mirino ad ottenere un impatto significativo sulla comunicazione e sulla vita della persona.^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} (Livelli A e Buona Pratica a seconda dell'approccio, dell'intensità e del timing)
L'intervento dovrebbe essere progettato ed eseguito sotto la supervisione di un professionista qualificato.
 - a) L'intervento può consistere in un trattamento basato sul deficit, un training compensatorio, un trattamento conversazionale, un trattamento orientato al funzionamento/partecipazione, un intervento che miri alla modificazione dei contesti e/o al training all'uso di supporti comunicativi (*Communication Supports*) o alla CAA.
 - b) Le modalità di esecuzione della terapia possono includere il trattamento individuale, la terapia di gruppo, la teleriabilitazione e/o il trattamento al computer.
 - c) Beneficiano dell'intervento le persone con afasia causata sia da patologie non progressive (es. ictus cerebrale) che degenerative.
 - d) Le persone con afasia causata da ictus o da altre forme di danno cerebrale non progressivo possono beneficiare dell'intervento sia nella fase acuta che in quella cronica.
6. I partner comunicativi dovrebbero essere formati allo scopo di migliorare la comunicazione della persona con afasia.^{1,2,3,5,8} (Livelli A ,B)
7. Le famiglie o i caregiver delle persone con afasia dovrebbero essere coinvolti nel processo riabilitativo^{1,2,3,4,5,7,8,9} (Livelli A, C)
 - a) le famiglie e i caregiver dovrebbero essere educate e sostenute relativamente alle cause e alle conseguenze dell'afasia. (Livello A)
 - b) le famiglie e i caregiver dovrebbero imparare a comunicare con la persona con afasia. (Livello B)

8. I servizi dedicati alle persone con afasia dovrebbero essere appropriati dal punto di vista culturale e rilevanti dal punto di vista personale. (Livello: Buona pratica)
9. Tutto il personale sanitario medico e non, a contatto con le persone con afasia durante tutto il percorso di cura (dalla fase acuta fino alle fasi terminali), dovrebbe ricevere una formazione sull'afasia ed essere addestrato nel facilitare la comunicazione con la persona afasica. ^{2,3} (Livello C)
10. L'informazione rivolta alle persone con afasia dovrebbe essere disponibile in formato *aphasia-friendly* e accessibile dal punto di vista comunicativo. ^{1,3,5,7,8} (Livello C)

Livelli di raccomandazione / Evidenze

- Livello A: Le evidenze sono affidabili nel guidare la pratica clinica
- Livello B: Le evidenze sono affidabili nel guidare la pratica clinica nella maggior parte delle situazioni
- Livello C: Le evidenze possono fornire parziale supporto a sostegno delle raccomandazioni
- Livello D: Le evidenze sono scarse
- Buona pratica: Le raccomandazioni si basano sull'opinione o sul consenso di esperti

Fonti per le Raccomandazioni di Best Practice per l'Afasia

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). Australian Aphasia Rehabilitation Pathway. <http://www.aphasiapathway.com.au/>
2. Intercollegiate Stroke Working Party. *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.
3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) Clinical guidelines for stroke prevention and management. Melbourne Australia. http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_management_2010_interactive.pdf
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005). RCSLT Clinical Guidelines
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online/>