



#28 Update afasie: cosa aiuta quando?

Studio originale: [Bürkle, L., Collasius, V., Djuric, A., Heinemann, S., Beushausen, U. & Grötzbach, H. \(2022\): Update Aphasietherapie: Aktuelle evidenzbasierte Empfehlungen für die Sprachtherapie bei Aphasie. In: Neurologie & Rehabilitation, 28 \(1\), 7–15.](#)

La scelta di un metodo riabilitativo adeguato ed efficace per l'afasia è spesso una sfida per le logopediste e i logopedisti. Le linee guida possono fornire spunti di riferimento utili nel processo decisionale; tuttavia, nella quotidianità terapeutica spesso manca il tempo di familiarizzare con loro.

Il gruppo di lavoro di Bürkle, Collasius, Djuric, Heinemann, Beushausen e Grötzbach del 2022 ha voluto fornire una panoramica delle attuali evidenze sulla terapia dell'afasia, classificate per stadio di gravità. Attraverso una ricerca sistematica della letteratura sono state individuate linee guida inglesi e tedesche, così come *randomised controlled trials (RCTs)* recenti, che sono stati confrontati con metodi terapeutici non invasivi e non farmacologici per le afasie.

La ricerca delle linee guida ha incluso tutte le raccomandazioni degli ultimi cinque anni che si basavano su *RCTs*, meta-analisi o revisioni. Livelli inferiori di evidenze, come ad es. studi *single case*, non sono stati presi in considerazione. Per la ricerca, sono state utilizzate anche dati come *Cochrane*, *Speechbite*, *Pubmed* o il database dell'ASHA (*American Speech-Language Hearing Association*).

Sono stati inclusi studi *RCTs* che non avevano più di cinque anni. Nella ricerca, sono stati presi in considerazione anche metodi non invasivi come la stimolazione magnetica transcranica o la stimolazione transcranica con correnti dirette. Anche in questo caso sono state utilizzate anche dati come *Cochrane*, *PubMed* o *Speechbite*. Gli studi identificati sono stati valutati utilizzando un sistema a punti sviluppato sulla base del *Critical Appraisal Skills Programme* per quanto concerne la qualità.

In totale sono state incluse sei linee guida, che però propongono raccomandazioni piuttosto vaghe riguardo il trattamento dell'afasia. Inoltre, la maggior parte degli studi sui quali si basano, hanno più di cinque anni e/o non sono *RCT*, motivo per cui sono poche le linee guida citate nello studio di Bürkle e collaboratori. In primo luogo, viene suggerito di avviare il trattamento il prima possibile. Comunque, anche la terapia nella fase cronica viene valutata come efficace. In alcuni casi, si raccomanda una terapia logopedica intensiva, anche se non sono state trovate informazioni chiare



riguardo l'intensità, la distribuzione e la durata del trattamento. Una linea guida raccomanda anche una terapia logopedica ad alta intensità, come la *Constraint-Induced Aphasia Therapy (CIAT)*, per migliorare la comunicazione funzionale. Oltre a questa tipologia di trattamento, vengono consigliati anche la teleterapia e un training specifico dei partner comunicativi. Le terapie di gruppo sono consigliate per aumentare la frequenza del trattamento, sebbene queste non dovrebbero prevalere sui trattamenti individuali. Nel complesso, tutte le linee guida incluse sono concordi nell'affermare che la terapia logopedica dovrebbe sempre essere condotta per migliorare la comunicazione funzionale nell'afasia.

Su un totale di 124 studi RCTs trovati, ne sono stati infine inclusi 23 e sono stati suddivisi in fase acuta, post-acuta e cronica.

Per la fase acuta dell'afasia, che definisce il periodo di tempo che va dalle quattro alle sei settimane dall'esordio, è stata riportata l'efficacia di trattamenti prevalentemente intensivi secondo gli approcci *CIAT* o *Language Enriched Therapy (LET)*. L'approccio *LET* prevede 45 minuti di trattamento in ogni giorno lavorativo, per una durata di tre settimane. In questo studio non vengono però fornite informazioni più concrete e dettagliate sull'argomento. La *Constraint Induced Aphasia Therapy* è stata invece organizzata secondo tempistiche differenti in diversi studi. Nello studio di Woldag et al. (2017) è stata condotta per tre ore al giorno per tre settimane, mentre nello studio di Ciccone et al. (2016) sono stati previsti incontri di 45-60 minuti al giorno per cinque settimane. Entrambi gli studi sono giunti alla conclusione che la *CIAT* è efficace. Inoltre, è emerso che la *constraint therapy* secondo l'approccio *CIAT* nella fase acuta è altrettanto efficace quanto la normale terapia intensiva di gruppo (Woldag et al, 2017) e la terapia intensiva individualizzata (Ciccone et al., 2016).

La fase post-acuta è stata ulteriormente suddivisa in fase post-acuta iniziale, da uno a sei mesi dall'esordio dell'afasia e fase post-acuta avanzata, da sette a dodici mesi dall'esordio. Per la fase post-acuta iniziale, è stata riportata soprattutto l'efficacia del trattamento delle anomalie. Non è stato invece riscontrato alcun beneficio aggiuntivo della stimolazione in corrente continua (*tDCS*). Anche la terapia intensiva individuale nella fase iniziale post-acuta è risultata efficace. La terapia intensiva descritta comprendeva dodici sessioni terapeutiche di 60 minuti nell'arco di quattro settimane (Kesav et al., 2017).



La terapia intensiva è risultata efficace anche nella fase post acuta avanzata, così come egualmente la *tDCS* non ha mostrato una particolare efficacia. Tra le varie metodologie terapeutiche, sono state messe in particolare evidenza la *CIAT*, l'approccio *Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness (PACE)* e *Intensive Language-Action Therapy (ILAT)*. Anche in questo caso, non sono stati forniti ulteriori dettagli riguardo la concreta strutturazione del trattamento secondo questi metodi.

Per le afasie croniche, a partire dai dodici mesi dall'esordio, è stata rilevata l'efficacia della terapia intensiva per la comunicazione funzionale. Lo studio di Meinzer et al. (2016) ha inoltre rivelato che la *tDCS* insieme al trattamento per le anomalie può migliorare la comunicazione funzionale e generare anche effetti di generalizzazione per gli *item* non trattati. Altri due studi (Stahl et al., 2016 e 2018) hanno valutato l'approccio *ILAT* come efficace. Inoltre, è emerso che più di due ore al giorno di trattamento non hanno generato alcun valore aggiunto, mentre un prolungamento del percorso terapeutico di due settimane sì! Infine, può risultare utile sostenere il trattamento con esercizi di richiamo lessicale al computer.

Si può quindi riassumere che :

Il trattamento intensivo è efficace in tutte le fasi dell'afasia. Nella fase acuta possono essere consigliati in particolare gli approcci *CIAT* e *LET*. Nella fase post-acuta può essere utile condurre dei trattamenti per il richiamo lessicale con gli approcci *CIAT*, *LET* e *PACE*. Per la fase cronica sono state sottolineate l'efficacia del trattamento per il richiamo lessicale e del metodo *ILAT*. Infine, può essere anche impostato un trattamento delle anomalie che preveda l'utilizzo di app o computer. Al contempo, in questa fase, può essere efficace combinare il trattamento con la *tDCS*.

In relazione agli RCTs analizzati, il gruppo di Bürkle ha criticato la mancanza di dettagli nella descrizione degli interventi applicati, che sono invece necessari per implementare i trattamenti descritti nella quotidianità terapeutica. Si può comunque affermare che sussistono buone evidenze riguardo l'efficacia degli approcci terapeutici per le afasie, che possono essere tradotte in consigli utili per tutte le diverse fasi dell'afasia.

In relazione al trattamento intensivo delle afasie tuttavia salta subito all'occhio la difficoltà di realizzazione, soprattutto in ambienti ambulatoriali, in particolare se la persona è seguita privatamente. Risulta ancora una volta necessario riflettere su



come poter implementare l'offerta logopedica italiana e renderla più fruibile alla popolazione interessata, indipendentemente dalle disponibilità economiche della singola persona.

Studio riassunto da Sarah Blöching, studentessa di terapia del linguaggio alla LMU di Monaco di Baviera. Traduzione di Carolina Zanchi.

Commento di Federica Lucia Galli, Logopedista presso l'Azienda Sanitaria Territoriale di Pesaro-Urbino, Docente presso l'Università Politecnica delle Marche, l'Università degli Studi di Roma Tor Vergata e il Consorzio Universitario Humanitas, Researcher and Board Member del gruppo di lavoro internazionale *Collaboration of Aphasia Trialists - CATs*.

Il mio commento avrà un focus specifico sull'afasia post ictus, tematica ricorrente non solo ricorrente nella mia pratica clinica, ma anche nella mia attività didattica e di ricerca.

Il trattamento dell'afasia è un intervento complesso, mirato ed articolato, che si rivolge ad una popolazione di persone eterogenea, in setting altrettanto variegati.

Il lavoro di Bürkle e colleghi focalizza l'attenzione su RCTs, metanalisi e revisioni degli ultimi cinque anni.

Vorrei iniziare il mio commento da tale finestra temporale, simile a quella di una revisione sistematica effettuata da Vaughan and Manning relativa all'inclusione delle persone afasiche nei trial che trattano l'ictus.

Lo studio mostra che dal 2016 al 2022, su 20.753 records identificati solo 57 erano elegibili per la revisione sistematica, ma solo 3 esplicitavano l'inclusione di persone afasiche. Infatti in tali trial relativi all'ictus o non venivano definiti i disturbi comunicativi tra i criteri di inclusione oppure l'afasia, soprattutto se moderata-severa, rappresentava un criterio di esclusione.

Questo articolo del 2023 riporta un messaggio ben chiaro: le persone afasiche nei trial relativi all'ictus, dal 2016 al 2022, sono sottorappresentate. E ciò chiaramente ha implicazioni in termini di validità esterna, efficacia ed implementazione delle evidenze nei trial dedicati allo stroke, che ad oggi resta la causa primaria di afasia.

Communicating simply, but not too simply. Abbiamo intitolato così uno studio pubblicato nel 2020 sull'*International Journal of Speech and Language Pathology*, risultato di un bellissimo gruppo di lavoro internazionale della *Collaboration of Aphasia Trialists*.

In questo articolo analizziamo la complessità degli interventi logopedici nell'afasia post stroke, che includono numerose variabili:

- la persona afasica (obiettivi, ambizioni, contesto familiare e sociale, motivazione);



- il profilo individuale (età, sesso, lateralità, scolarità, status socioeconomico, supporto sociale);
- i dettagli dell'ictus (tempo di esordio, area lesionale, severità, esiti e disturbi associati);
- le caratteristiche dell'afasia (compromissione comunicativo-linguistica, partecipazione, livello di attività);
- personalizzazione del trattamento (livello di difficoltà, rilevanza funzionale);
- modalità di trattamento (in presenza, a distanza, autotrattamento);
- il logopedista (esperienza, formazione, contesto di lavoro);
- il programma di trattamento (frequenza, durata, intensità);
- gli obiettivi di trattamento (comunicazione funzionale, comprensione, produzione, lettura, scrittura...);
- l'approccio riabilitativo all'afasia;

Ma prima di definire quale trattamento è efficace ed in quale fase di stato dell'afasia, occorre migliorare la qualità metodologica di reporting, come riportato da Burkle ed anche dal nostro studio.

Nel nostro lavoro analizziamo i dati di 5928 persone afasiche post ictus (provenienti sia da lavori di ricerca pubblicati, sia da database di singoli professionisti), adottando la checklist *Template for Intervention Description and Replication* (TIDieR), che consente una dettagliata descrizione narrativa dei razionali di intervento, degli obiettivi, dei materiali, delle procedure. Avere informazioni dettagliate sull'approccio riabilitativo all'afasia è fondamentale, sia in termini di riproducibilità che di implementazione delle evidenze. Tale checklist ci ha consentito di classificare i trattamenti logopedici dell'afasia post stroke in due macrocategorie:

- approccio teorico (semantico, fonologico, semantico e fonologico, funzionale e pragmatico, constraint induced aphasia therapy, melodic intonation therapy, conversational partner training, terapia verbale, terapia multimodale);
- approccio al deficit afasico (linguaggio verbale, anomia, comprensione uditiva, comprensione uditiva e linguaggio verbale), lettura e scrittura).

Tale checklist ci ha anche permesso di analizzare chi effettua il trattamento dell'afasia (92,5% logopedisti), come (89,6% in presenza), dove (71,6% in ospedale e centri di riabilitazione), quando e quanto (98,5% è indicata la frequenza del trattamento in numero di giorni a settimana, 95,5% la durata del trattamento in numero di settimane, 89,6% l'intensità in numero di ore a settimana).

Successivamente nel 2021, sempre all'interno del gruppo di lavoro internazionale della Collaboration of Aphasia Trialists, abbiamo pubblicato su *Stroke* un lavoro che tratta i predittori del recupero nell'afasia post ictus.

La revisione sistematica, effettuata nel nostro database internazionale contenente i dati delle persone afasiche raccolte dai partecipanti al gruppo di lavoro, ha mostrato due predittori positivi ai fini del recupero dei deficit afasici: la giovane età (<55 anni) e la presa in carico precoce (<1 mese dall'esordio).

Infine nel 2022, abbiamo provato a rispondere al quesito "Precision rehabilitation for aphasia by patient age, sex, aphasia severity, and time since stroke?", che ha fornito anche il titolo al nostro articolo nell'*International Journal of Stroke*.

Anche in tale lavoro le conclusioni ci hanno portato a riflettere sulla necessità di avere maggiori studi con buone qualità metodologica per effettuare una riabilitazione dell'afasia "di precisione", che tenga in considerazione l'età della persona afasica, il tempo di esordio dall'ictus, la severità dei deficit afasici, prima ancora dei singoli approcci riabilitativi.

Last but not least... la neuroplasticità. I meccanismi neurali ad essa correlati hanno delle peculiarità se parliamo di afasia. Nella riabilitazione dell'afasia di "precisione" comprendere tali meccanismi di neuroplasticità è essenziale. Per approfondire l'argomento vi invito a leggere il paper di Kiran e Thompson riportato in bibliografia.

La possibilità di realizzare database condivisi di big data rappresenta il futuro della ricerca in afasiologia. Elevare la qualità metodologica di reporting consentirà di definire evidenze a supporto del trattamento logopedico dell'afasia.

Ricordare che lavoriamo con persone afasiche, non pazienti, guiderà il percorso di cura di ogni singolo professionista nella complessità degli interventi logopedici nell'afasia post-stroke.

Voce di Carolina Zanchi ed editing a cura di Giorgio Benedetti.

Questo testo è disponibile anche per essere ascoltato come podcast sulle più comuni piattaforme di streaming (Spotify, Apple Podcast, Google Podcast e Amazon Podcast) e sul sito www.lingo-lab.de/podcastit. A questo indirizzo è possibile trovare anche altri studi riassunti sia in versione podcast che come PDF da scaricare.

Ulteriori fonti:

Brady, M. C., Ali, M., et al. (2022). Precision rehabilitation for aphasia by patient age, sex, aphasia severity, and time since stroke? A prespecified, systematic review-based, individual participant data, network, subgroup meta-analysis. *International Journal of Stroke*, 17(10), 1067-1077.

Ciccone, N., West, D., Cream, A., Cartwright, J., Rai, T., Granger, A., ... Godecke, E. (2016) Constraint-induced aphasia therapy (CIAT): a randomised controlled trial in very early stroke rehabilitation. *Aphasiology*; 30: 566–584. doi:10.1080/02687038.2015.1071480

Galli, F.L. in Rehabilitation and Recovery of People With Aphasia After Stroke (RELEASE) Collaborators. (2021). Predictors of poststroke aphasia recovery: A systematic review-informed individual participant data meta-analysis. *Stroke*, 52(5), 1778-1787.

Galli, F.L. in Release Collaboration. (2020). Communicating simply, but not too simply: Reporting of participants and speech and language interventions for aphasia after stroke. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 22(3), 302-312.

Kesav, P., Vrinda, S. L., Sukumaran, S., Sarma, P. S. & Sylaja, P. N. (2017). Effectiveness of speech language therapy either alone or with add-on computer-based language therapy software (Malayalam version) for early post stroke aphasia: A feasibility study. *J Neurol Sci*; 380: 137–41.

Kiran, S., & Thompson, C. K. (2019). Neuroplasticity of language networks in aphasia: Advances, updates, and future challenges. *Frontiers in neurology*, 10, 295.

Meinzer, M., Darkow, R., Lindenberg, R. & Flöel, A. (2016). Electrical stimulation of the motor cortex enhances treatment outcome in post-stroke aphasia. *Brain*; 139: 1152–63.



Stahl, B., Mohr, B., Büscher, V., Dreyer, F. R., Lucchese, G. & Pulvermüller, F. (2018). Efficacy of intensive aphasia therapy in patients with chronic stroke: a randomised controlled trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*; 89(6): 586–92.

Stahl, B., Mohr, B., Dreyer, F. R., Lucchese, G. & Pulvermüller, F. (2016). Using language for social interaction: Communication mechanisms promote recovery from chronic non-fluent aphasia. *Cortex*; 85: 90–99.

Vaughan, E., & Manning, M. X. (2023). Are People with Aphasia Included in Stroke Trials? A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Clinical Rehabilitation*, 02692155231172009.

Woldag, H., Voigt, N., Bley, M. & Hummelsheim, H. (2017). Constraint-Induced Aphasia Therapy in the Acute Stage: What Is the Key Factor for Efficacy? A Randomized Controlled Study. *Neurorehabil Neural Repair*; 31: 72–80