



Meeting A.IT.A. Lombardia 2024  
“SEMPLICEMENTE... ESPRIMERSI!”  
Darfo Boario Terme, 17-19 maggio 2024

# LINEE GUIDA ITALIANE PER LA RIABILITAZIONE DELL'AFASIA

Costanza Papagno  
Centro di Riabilitazione Neurocognitiva  
CIMeC, Università di Trento

Darfo Boario Terme, 17 maggio 2024

Sviluppata dalla SINP

Dipartimento di  
Epidemiologia del Lazio  
(gruppo metodologico:  
*evidence review team*)

Fondazione Gianfranco  
Salvini



# AFASIA E STROKE



La frequenza di afasia conseguente a ictus varia tra i diversi studi a causa di una serie di variabili:

- ✓ patologia responsabile: ictus emorragico/o e ischemico, con alcuni studi che includono pazienti con ESA;
  - ✓ popolazione: pazienti in fase acuta, subacuta o cronica;
  - ✓ tempo trascorso tra evento acuto e valutazione;
  - ✓ metodologia diagnostica: valutazione clinica o utilizzo di test standardizzati.
-

## ***FASE ACUTA***



## ***FASE CRONICA***



## FASE ACUTA



- ✓ Prevalenza mediana: **30% di ictus** qualsiasi origine (*Flowers et al., 2016*)
- ✓ 9% in ESA (*Caeiro et al., 2005*)
- ✓ 62% in ictus ischemico entro 3 ore dall'esordio (*Jauss et al., 2007*)
- ✓ 69% solo pazienti con lesione sinistra

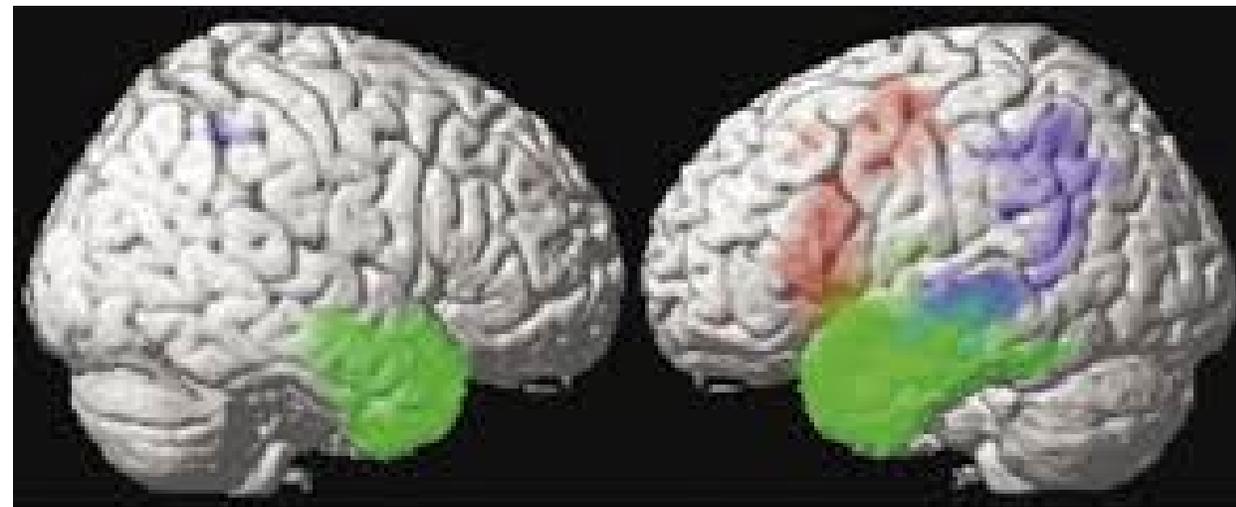
- ✓ 34% dei pazienti
- ✓ 15% ESA (*Anderson et al., 2006*)
- ✓ Prevalenza di afasia pari a oltre il 20% dei pazienti a 10 anni dopo lo stroke.
- ✓ Italia: **dal 42%** alla baseline al **30%** a un anno (*Paolucci e collaboratori, 2001*)

## ***FASE CRONICA***



# AFASIA PROGRESSIVA

- l'obiettivo del riabilitatore è mantenere il più a lungo possibile l'autonomia comunicativa del paziente. In linea di massima, all'afasia primaria progressiva si applicano attualmente interventi analoghi a quelli usati nell'afasia post-stroke
- importante capire se la logopedia possa invertire o ritardare l'evoluzione della malattia



- Non-fluent variant PPA
- Semantic variant PPA
- Logopenic variant PPA



AFASIA? Che  
cos'è?  
MAI SENTITA!

# Il problema è poco conosciuto, ma molto serio

- Studiato l'impatto di 60 malattie e di 15 sintomi sulla QoL (Lam & Wodchis, 2010)

L'afasia ha dimostrato la maggior relazione negativa con un indice di qualità di vita seguita da cancro e malattia di Alzheimer.

L'afasia ha un impatto negativo sulla qualità della vita dell'individuo maggiore del cancro e della malattia di Alzheimer

La riabilitazione della persona con disturbi del linguaggio pone al professionista scelte complesse che riguardano aspetti fondamentali:

- ✓ tipo di trattamento,
- ✓ integrazione fra trattamenti,
- ✓ modalità, durata e intensità del trattamento.

Di fronte a queste scelte il riabilitatore non ha punti di riferimento chiari e le sue decisioni sono affidate all'**esperienza personale** (o a quella del gruppo in cui è inserito), o a parametri stabiliti nel contesto di un **protocollo sperimentale** in atto.





**IDENTIFICAZIONE  
DEI QUESITI  
CLINICI: STUDIO DI  
FATTIBILITÀ E  
SCELTA AREE  
TEMATICHE**



**FASE 1**

**FASE 2**

**FASE 3**

**FASE 4**

**FASE 5**

**FASE 6**

**IDENTIFICAZIONE  
DEI QUESITI  
CLINICI: STUDIO DI  
FATTIBILITÀ E  
SCELTA AREE  
TEMATICHE**

**PRIMA BOZZA DEI  
PICO**





**FASE 1**

**IDENTIFICAZIONE  
DEI QUESITI  
CLINICI: STUDIO DI  
FATTIBILITÀ E  
SCELTA AREE  
TEMATICHE**



**FASE 2**

**PRIMA BOZZA DEI  
PICO**



**FASE 3**

**DISCUSSIONE DI  
TUTTO IL GRUPPO  
DI LAVORO**



**FASE 4**



**FASE 5**



**FASE 6**





**FASE 1**



**FASE 2**



**FASE 3**



**FASE 4**



**FASE 5**



**FASE 6**

**IDENTIFICAZIONE  
DEI QUESITI  
CLINICI: STUDIO DI  
FATTIBILITÀ E  
SCELTA AREE  
TEMATICHE**

**PRIMA BOZZA DEI  
PICO**

**DISCUSSIONE DI  
TUTTO IL GRUPPO  
DI LAVORO**

**LISTA DI ESITI  
CLINICI E  
VALUTARNE  
L'IMPORTANZA**





**FASE 1**

**IDENTIFICAZIONE  
DEI QUESITI  
CLINICI: STUDIO DI  
FATTIBILITÀ E  
SCELTA AREE  
TEMATICHE**



**FASE 2**

**PRIMA BOZZA DEI  
PICO**



**FASE 3**

**DISCUSSIONE DI  
TUTTO IL GRUPPO  
DI LAVORO**



**FASE 4**

**LISTA DI ESITI  
CLINICI E  
VALUTARNE  
L'IMPORTANZA**



**FASE 5**

**REVISIONE  
SISTEMATICA DELLA  
LETTERATURA SULLE  
PRINCIPALI BANCHE  
DATI**



**FASE 6**



FASE 1

FASE 2

FASE 3

FASE 4

FASE 5

FASE 6

IDENTIFICAZIONE  
DEI QUESITI  
CLINICI: STUDIO DI  
FATTIBILITÀ E  
SCELTA AREE  
TEMATICHE

PRIMA BOZZA DEI  
PICO

DISCUSSIONE DI  
TUTTO IL GRUPPO  
DI LAVORO

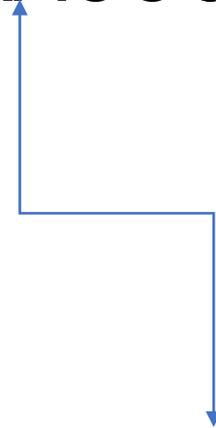
LISTA DI ESITI  
CLINICI E  
VALUTARNE  
L'IMPORTANZA

REVISIONE  
SISTEMATICA DELLA  
LETTERATURA SULLE  
PRINCIPALI BANCHE  
DATI

SINTESI  
STATISTICA: META-  
ANALISI



# STESURA DELLE RACCOMANDAZIONI



REVISORI ESTERNI

{Mazzucchi, Denes, Reverberi}

## FASE 1

# IDENTIFICAZIONE DEI QUESITI CLINICI

- È meglio intensa?
- Frequente a «basse dosi» o «alte dosi»?
- Quando è meglio iniziare?
- È lo stesso se somministrata da un non-professionista?
- È efficace in fase cronica?
- È più efficace individuale o in gruppo?
- Quale metodo è più efficace?
- La stimolazione non invasiva è utile?

## FASE 2

# FORMULAZIONE DELLA PRIMA BOZZA DEI PICO

Formulati utilizzando il framework  
**PICO**

- patient
- intervention
- comparison
- outcome

## FASE 4

# LISTA DEGLI ESITI CLINICI

- Per ogni quesito clinico è stata fornita al Panel una lista di esiti clinici e richiesto di valutarne l'importanza, utilizzando una scala da 1 a 9 punti.
- Sulla base del punteggio medio ottenuto, gli esiti sono stati classificati in:
- “**poco rilevanti**” per il processo decisionale (punteggio 0-3);
- “**importanti**”, ma non critici per il processo decisionale (punteggio 4-6);
- “**critici**” ai fini del processo decisionale (punteggio 7-9).

# ESITI CRITICI AI FINI DEL PROCESSO DECISIONALE

- Comunicazione funzionale post-trattamento e al più lungo follow-up
- Linguaggio recettivo
- Linguaggio espressivo
- Tono dell'umore
- Qualità della vita

## FASE 5

# REVISIONE DELLA LETTERATURA BANCHE DATI

Cochrane Library

Ovid medline

Embase

APA PsycInfo

Epistemonikos

CINAHL EBSCOHOST



## FASE 6

# METANALISI E VALUTAZIONE qualità delle prove (GRADE)

- **ALTA**: ulteriori ricerche difficilmente possono cambiare i risultati sulla stima dell'effetto
- **MODERATA**: ulteriori ricerche potrebbero modificare i risultati, ma è probabile che l'effetto vero sia uguale a quello stimato
- **BASSA**: ulteriori ricerche sono necessarie e potrebbero modificare sostanzialmente i risultati sulla stima dell'effetto
- **MOLTO BASSA**: la stima dell'effetto è molto incerta

# Forza della raccomandazione clinica

## **Raccomandazione forte a favore**

la maggioranza delle persone che ricevono l'intervento otterrà un beneficio superiore agli effetti indesiderabili

L'intervento in esame dovrebbe essere considerato come prima opzione terapeutica

## **Raccomandazione condizionata a favore**

gli effetti benefici probabilmente prevalgono sugli effetti dannosi. Può implicare che si debba valutare attentamente in quali condizioni e a quali individui proporre il trattamento.

L'intervento in esame può essere considerato come **opzione di prima intenzione**, consapevoli dell'esistenza di alternative ugualmente proponibili (incertezza riguardo alla prevalenza dei benefici sui danni)

# RACCOMANDAZIONE FORTE

*Per i pazienti.* Molte delle persone in questa situazione preferirebbero che venisse proposto quanto indicato nella raccomandazione e solo alcuni non lo vorrebbero.

*Per i clinici.* La maggioranza delle persone dovrebbe seguire quanto indicato nella raccomandazione. È probabile che non siano necessarie azioni/attività per il processo decisionale condiviso per aiutare i singoli individui a prendere decisioni coerenti con i propri valori e preferenze.

*Per policy maker.* Nella maggior parte dei casi, la raccomandazione può essere adottata per le decisioni di politica sanitaria. L'aderenza a questa raccomandazione potrebbe essere usata come criterio di qualità o indicatore di performance.

*Per i ricercatori.* La raccomandazione è supportata da evidenze robuste o altri giudizi attendibili, tali da rendere improbabile che ulteriori ricerche modifichino la raccomandazione. Talvolta, una raccomandazione forte si può basare su una qualità bassa o molto bassa delle prove. In questi casi, ulteriori ricerche potrebbero fornire informazioni importanti che potrebbero modificare la raccomandazione.

# RACCOMANDAZIONE CONDIZIONATA

*Per i pazienti.* La maggioranza delle persone vorrebbe che si seguisse quanto suggerito dalla raccomandazione ma molti altri non lo vorrebbero. Potrebbero essere utili azioni/attività per il processo decisionale condiviso per aiutare le persone a prendere decisioni coerenti con i rischi e con i propri valori e preferenze.

*Per i clinici.* Poiché scelte differenti possono essere appropriate a seconda della persona, i clinici devono aiutare ciascun individuo a prendere la decisione che meglio riflette i rischi e suoi valori e preferenze. Azioni/attività per il processo decisionale condiviso potrebbero aiutare gli individui a prendere decisioni coerenti.

*Per policy makers.* La pianificazione sanitaria necessita di un ampio dibattito pubblico con il coinvolgimento degli Stakeholder. Una valutazione della performance relativamente a quanto suggerito dalla raccomandazione dovrebbe assicurare che il processo decisionale sia appropriato e debitamente documentato.

*Per i ricercatori.* È probabile che la raccomandazione venga rafforzata (per futuri aggiornamenti o adattamenti) da ulteriore ricerca. Una valutazione delle condizioni e dei criteri che hanno determinato la raccomandazione condizionata (piuttosto che forte) aiuterà a identificare possibili lacune nella ricerca.

# REVISORI ESTERNI

- revisionare il draft delle raccomandazioni e restituire le osservazioni al Panel per integrazioni (valutazione del contenuto)
- Valutazione del report e della metodologia
- Valutazione dell'applicabilità e fattibilità

## QUESITO 1

Efficacia del trattamento con professionista vs. non professionista

## QUESITO 2

Efficacia del trattamento in fase cronica

## QUESITO 3

Efficacia della neuromodulazione

## QUESITO 4

Neuromodulazione non invasiva in combinazione con il trattamento logopedico nell'afasia progressiva

RAZIONALE

RACCOMANDAZIONI

OSSERVAZIONI

## PROBLEMI RISCONTRATI PRIORITÀ DELLA RICERCA

Necessari ulteriori studi randomizzati controllati multicentrici per aumentare le evidenze

Si raccomandano studi con

campioni ampi

gruppi di pazienti il più possibile omogenei rispetto alle caratteristiche dei sintomi afasici, al tipo di trattamento ricevuto (trattamento patient-tailored) e per livello di prestazione prima del trattamento

durata e intensità adeguate

Nel caso della neuromodulazione mancano protocolli che definiscano le modalità di stimolazione e cosa si vuole trattare.

## QUESITO 1

Efficacia del trattamento con professionista vs. non professionista

RAZIONALE

- ✓ Non esistono linee guida per favorire l'implementazione dei risultati sperimentali nella pratica clinica (Shrubsole et al. 2016).
- ✓ Le raccomandazioni, se presenti, accennano solo brevemente al trattamento dei disturbi afasici, senza definire le caratteristiche del trattamento (v. per esempio National Clinical Guideline for Stroke, 2016).
- ✓ Aspetti economici da tenere in considerazione (a parità di efficacia, l'intervento tenuto da non professionisti risulterebbe più economico)

## QUESITO 1

Efficacia del trattamento con professionista vs. non professionista

RACCOMANDAZIONI

Quesito clinico 1: Nel paziente con afasia da ictus il trattamento riabilitativo da parte di professionisti è più efficace rispetto ad un trattamento con personale non specializzato?

Qualità delle prove	Raccomandazione	Forza della raccomandazione
Molto bassa	Nel paziente con afasia da ictus si suggerisce il trattamento riabilitativo logopedico da parte di professionisti, rispetto al trattamento di vario tipo con personale non specializzato.	Condizionata a favore dell'intervento del professionista.

## QUESITO 1

Efficacia del trattamento con professionista vs. non professionista

## OSSERVAZIONI

- 1) La formazione del personale non specialistico richiede in ogni caso il coinvolgimento di personale specialistico;
- 2) Per i trattamenti effettuati in autonomia da personale non specialistico non sono disponibili dati che ne dimostrino l'accettabilità da parte del paziente;
- 3) Nei training autogestiti l'aderenza al trattamento (e dunque la sua intensità) è più difficile da mantenere in quanto non vincolata a specifici appuntamenti. È provato (Brady et al., 2016; Breitenstein et al. 2017), invece, che l'efficacia del trattamento dipende dalla sua **intensità**
- 4) Importante tenere distinti i gruppi in cui (in qualunque fase) c'è l'intervento del professionista della riabilitazione da quelli in cui il trattamento è effettuato esclusivamente da personale non professionista  
**si consiglia una durata non inferiore alle 3 settimane per 10 ore la settimana o 12 settimane con un'intensità di 5 ore alla settimana**

## QUESITO 2

Efficacia del trattamento in fase cronica

RAZIONALE

- La letteratura esistente suggerisce che il trattamento logopedico è efficace se iniziato precocemente dopo l'ictus.
- Vi sono invece dubbi se abbia ancora efficacia in fase cronica. I risultati sono discordanti ma indicherebbero che, se somministrato con sufficiente intensità, il trattamento logopedico produce risultati positivi (Breitsentein et al., 2017). Quindi richiederebbe un impegno costante e prolungato nel tempo. Anche in questo caso non esistono indicazioni precise per il clinico.
- Ciò potrebbe sensibilizzare il SSN a introdurre nei LEA il trattamento dell'afasia in fase cronica

## QUESITO 2

Efficacia del trattamento in fase cronica

RACCOMANDAZIONI

Quesito clinico 2: Nel paziente con afasia da ictus in fase cronica (almeno 6 mesi dall'evento) il trattamento logopedico da parte di professionisti è più efficace rispetto a nessun trattamento?

Qualità delle prove	Raccomandazione	Forza della raccomandazione
Molto bassa	Nel paziente con afasia da ictus in fase cronica si raccomanda il trattamento riabilitativo logopedico rispetto a nessun trattamento.	Forte a favore dell'intervento riabilitativo

## QUESITO 2

Efficacia del trattamento in fase cronica

OSSERVAZIONI

Nonostante la **qualità molto bassa** delle evidenze, il panel ha espresso una raccomandazione forte a favore dell'intervento logopedico, giustificata da una tendenza pressoché sistematica a favore del trattamento riabilitativo, anche se la significatività non viene raggiunta.

Elevata eterogeneità alla baseline (caratteristiche dei pazienti, tipologia e frequenza dei trattamenti, trattamenti non sempre ritagliati sul paziente, misure di outcome predisposte, tempistiche di follow-up considerate).

Non sottoposte a logopedia hanno effettuato un trattamento per l'aprassia e quindi comunque trattati da professionisti (Smania et al. 2006)

## QUESITO 2

Efficacia del trattamento in fase cronica

OSSERVAZIONI

- Tenere conto dei **diversi livelli di partenza**: effetti se si valuta pre- vs. post trattamento e follow-up (migliorano i gruppi sperimentali sia in diade che gruppo rispetto ai non trattati) (Dede et al. 2019)
- La revisione di Brady et al., in ogni caso, mostra l'efficacia della logopedia nel migliorare la comunicazione funzionale nelle PCA, indipendentemente dalla cronicità, rispetto a nessun trattamento, sottolineando l'importanza di somministrare una dose adeguata e con una frequenza accettabile per il paziente: **intensità**.

## QUESITO 3

Efficacia della neuromodulazione

RAZIONALE

- Attualmente la neuromodulazione è ampiamente applicata in neuroriabilitazione, ma questo avviene o in ambito di ricerca o in strutture private (Lefaucheur et al. 2017; 2020).
- I caregivers delle persone con afasia spesso ne fanno richiesta, ma non possono usufruirne tramite il SSN, a meno che non rientrino in specifici protocolli di ricerca.
- La dimostrazione di una sua efficacia potrebbe far inserire questa prestazione nei tariffari, garantendo un accesso equo a tutti i pazienti. Al contrario, se non ci fossero variazioni associandola al trattamento logopedico, non avrebbe nessuna utilità inserire la neuromodulazione fra i trattamenti accessibili con il SSN.

## QUESITO 3

### Efficacia della neuromodulazione

### RACCOMANDAZIONI

Quesito clinico 3: Nel paziente con afasia da ictus il trattamento con neuromodulazione non invasiva (transcranial Direct Current Stimulation- tDCS o transcranial magnetic stimulation - TMS) in combinazione con il trattamento logopedico è più efficace rispetto al solo trattamento logopedico?

Qualità delle prove	Raccomandazione	Forza della raccomandazione
Molto bassa	Nel paziente con afasia da ictus si suggerisce di associare il trattamento con neuromodulazione non invasiva al trattamento riabilitativo logopedico.	Condizionata a favore dell'intervento combinato. *

\* valutare il singolo paziente e le eventuali controindicazioni, scegliere funzione linguistica da trattare e impostare adeguato trattamento logopedico.

## QUESITO 3

Efficacia della neuromodulazione

OSSERVAZIONI

### Tecnica di stimolazione

I risultati sono significativamente a favore della combinazione del trattamento logopedico in associazione alla neuromodulazione:

- Nel sottogruppo con stimolazione transcranica magnetica (TMS) per comunicazione funzionale (4 studi), comprensione uditiva post-trattamento (8 studi), **denominazione post-trattamento\*** (12 studi) e al maggiore follow-up (5 studi) e scrittura (4 studi).
- Nel sottogruppo con stimolazione a corrente diretta (tDCS) per gli esiti scrittura (1 studio) e fluency verbale (1 studio).

\* Certezza delle prove moderata

## QUESITO 3

Efficacia della neuromodulazione

OSSERVAZIONI

### Sottotipo di afasia

I risultati dell'analisi sono a favore della neuromodulazione in associazione al trattamento logopedico:

- Nel sottogruppo **afasia non-fluente** per la maggior parte degli esiti: comunicazione funzionale (3 studi), comprensione uditiva (5 studi), denominazione post-trattamento (7 studi) e al più lungo follow-up (3 studi) e fluenza verbale (1 studio).
- Nel sottogruppo **afasia fluente o mista** solo per l'esito denominazione al più lungo follow-up (4 studi).

## QUESITO 3

Efficacia della neuromodulazione

OSSERVAZIONI

### Fase post-ictus

I risultati sono a favore della neuromodulazione in associazione al trattamento logopedico:

- Nel sottogruppo afasia **acuta o sub-acuta** per la maggior parte degli esiti: comprensione uditiva (8 studi), denominazione post-trattamento (15 studi) e al più lungo follow-up (6 studi) e scrittura (4 studi).
- Nel sottogruppo **afasia cronica** per gli esiti comunicazione funzionale (4 studi) e scrittura (1 studio).

## QUESITO 4

Neuromodulazione non invasiva in combinazione con il trattamento logopedico nell'afasia progressiva

RAZIONALE

I risultati del trattamento tramite neuromodulazione associato a logopedia sono disponibili per casistiche limitate, di bassa numerosità, data anche la rarità dell'afasia progressiva.

Analogamente a quanto riferito per l'afasia post-stroke, anche in questo caso i caregivers delle persone con afasia spesso ne fanno richiesta, ma non possono usufruirne tramite il SSN, a meno che non rientrino in specifici protocolli di ricerca.

Considerata l'assenza di alternative farmacologiche e la progressività della malattia, è importante verificare l'efficacia o meno della neuromodulazione associata al trattamento logopedico per valutarne l'inserimento nei tariffari del SSN.

## QUESITO 4

Neuromodulazione non invasiva in combinazione con il trattamento logopedico nell'afasia progressiva

RACCOMANDAZIONI

Quesito clinico 4: Nel paziente con afasia progressiva il trattamento con neuromodulazione non invasiva (transcranial Direct Current Stimulation- tDCS o repetitive Transcranial Magnetic Stimulation - rTMS) in combinazione con il trattamento logopedico è più efficace rispetto al solo trattamento logopedico?

Qualità delle prove	Raccomandazione	Forza della raccomandazione
Molto bassa	Nel paziente con afasia progressiva si suggerisce il trattamento con neuromodulazione non invasiva con Transcranial Direct Current Stimulation- tDCS in combinazione con il trattamento logopedico o il solo trattamento logopedico	Condizionata a favore sia dell'intervento che del confronto

## QUESITO 4

Neuromodulazione non invasiva in combinazione con il trattamento logopedico nell'afasia progressiva

OSSERVAZIONI

Si suggerisce che sia il clinico, in accordo con le circostanze personali, le preferenze del paziente o dei caregiver, a proporre uno dei due interventi.

### Monitoraggio e valutazione

La valutazione della risposta all'intervento deve includere:

- ✓ scale ecologiche di valutazione dell'impatto del deficit di linguaggio sulla vita quotidiana
- ✓ prove standardizzate comunemente utilizzate nella pratica clinica o comunque da test psicolinguistici o neurolinguistici adeguati alla valutazione delle funzioni e/o delle componenti del linguaggio trattate.

## QUESITO 4

Neuromodulazione non invasiva in combinazione con il trattamento logopedico nell'afasia progressiva

**PROBLEMI  
RISCONTRATI**

- Necessari studi multicentrici con pazienti il più possibile omogenei rispetto a:
  - ✓ Lesione
  - ✓ Disturbo afasico
  - ✓ Trattamento logopedico che tenga conto delle caratteristiche progressive della patologia

# CONSIDERAZIONI GENERALI E APPLICABILITA'

- ✓ **Necessità di identificare un adeguato numero di centri con logopedisti specificamente formati nel trattamento di persone con afasia**, che possano garantire la rapida implementazione delle raccomandazioni.
- ✓ **Istituzione di corsi di alta formazione e stage pratici presso centri con specifica competenza** consentirà la graduale estensione dell'applicazione. Attualmente in Italia vi sono 29 Università con corsi di logopedia, per un totale nel 2021-22 di 856 posti ma in molti di questi corsi il numero **di crediti formativi e le ore di tirocinio pratico dedicati allo specifico trattamento del paziente afasico sono insufficienti**. Inoltre, a fronte di 25000 logopedisti impiegati nel Regno Unito nel 2021, risultavano in Italia solo 15000 (dal Libro Bianco della Logopedia, 2021).

# IMPLICAZIONE SULLE RISORSE

- Numero dei logopedisti che lavorano in Italia **24 per 100000** abitanti
- media europea di **40 per 100000**.
- In considerazione del fatto che in Italia ci sono circa 60 milioni di abitanti, sarebbero necessari circa **10.000** nuovi terapisti del linguaggio.
- Negli USA i costi per il trattamento dell'afasia della durata di un anno circa **2513.50** (2022).
- Ellis et al. (2017): il costo per la cura della PCA era di circa **32000 dollari per 6 giorni di degenza**
- costo del trattamento specifico durante la degenza, calcolando circa 3 sedute: **962 dollari**.
- Calcolando le spese annuali mediche, salari persi, caregiver nei pazienti con afasia da ictus il costo annuo stimato è di 30,599.78 dollari, mentre in soggetti con le stesse caratteristiche ma non affetti da afasia, il costo annuo è di 24,276.33 dollari, con una differenza annua maggiore di 6,323.45 dollari da attribuire al peso dell'afasia (Jacobs & Ellis, 2023).
- Quindi, da un lato sono richieste risorse per la formazione e la successiva assunzione di personale specializzato, dall'altro lato, il costo di gestione della PCA richiede un impiego ancora maggiore di risorse

# CONCLUSIONI

## Sul piano della ricerca

- **Mancanza di studi randomizzati controllati** con pazienti con caratteristiche omogenee
- E' possibile al momento produrre raccomandazioni generali ma poi la specifica terapia per ciascuna PCA va impostata sul singolo individuo.

## Sul piano clinico

- Spesso **mancanza di una adeguata formazione del personale sanitario e assistenziale** che si occupa di questi pazienti
- Il trattamento avviene spesso con metodi generali, diversi tra loro, e non sempre integrati.

**GRAZIE PER L'ATTENZIONE**

**Linee guida consultabili e scaricabili:**

<https://www.iss.it/-/valutazione-riabilitazione-afasia-in-paziente-con-ictus-e-in-paziente-con-afasia-progressiva-1>