**Giornata Europea della Logopedia 2015**

**Disturbi Acquisiti della Comunicazione**

**Che cosa si intende per disturbo acquisito della comunicazione**?

Un disturbo comunicativo acquisito è un disturbo a carico della comunicazione e del linguaggio che si manifesta in seguito ad una lesione cerebrale acquisita.

**Il disturbo acquisito della comunicazione può presentarsi lungo tutto l’arco della vita. Esso, tuttavia, più tipicamente si presenta durante l’età adulta e geriatrica.**

Per lesione cerebrale acquisita si intende una lesione che

* non è congenita o causata da un trauma peri o immediatamente post-natale,
* causa una condizione di disabilità, generalmente permanente e spesso di grave entità, che compromette in modo significativo la condizione di salute della persona in termini di possibilità di svolgere le normali attività della vita quotidiana in ambito sociale
* è causata da un trauma a livello cerebrale quale
  + ictus di origine ischemica o emorragica
  + Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA) o Trauma Cranio-Encefalico (TCE), generalmente conseguenza di gravi incidendi stradali o cadute accidentali
  + altre patologie di tipo neurologico ad evoluzione degenerativa quali Sclerosi Multipla (SM), Morbo di Parkinson (MP), Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Morbo di Huntington o Demenza
  + anossia o ipossia cerebrale da arresto cardio-respiratorio o avvelenamento da monossido di carbonio o altro
  + tumori cerebrali
  + patologie infettive quali meningiti o encefaliti
  + esposizione a sostanze tossiche
* si manifesta con un declino a carico del funzionamento cognitivo dell’individuo, inclusi disturbi a carico delle funzioni neuropsicologiche (linguaggio, memoria, attenzione, funzioni esecutive, etc.), modificazioni della personalità, del giudizio, dell’umore o della consapevolezza dei propri disturbi.

I sintomi possono variare, sia come tipologia di funzioni compromesse che come gravità della compromissione, in relazione alla causa che ha determinato il danno, alla sede della lesione, all’entità del danno e a variabili di tipo personale (età, risorse cognitive precedenti, ambiente, etc.).I principali quadri patologici comprendono i seguenti disturbi.

*Afasia.*

L’afasia è un disturbo acquisito della comunicazione e del linguaggio conseguente a lesione delle strutture cerebrali implicate nell’elaborazione di aspetti diversi delle capacità linguistiche (tipicamente lateralizzate nell’emisfero sinistro).

Essa può essere causata tipicamente

* dall’ictus cerebrale (stroke) che è un disordine vascolare caratterizzato da improvvisa morte di cellule cerebrali causata dall’insorgenza di una alterazione della perfusione ematica. In Italia l’incidenza dello *stroke* varia da 1.8/1.000 a 4.5/1.000 nuovi casi ogni anno; la prevalenza complessiva è di 6.5/100 (65/1.000 individui). Questi valori, rapportati alla popolazione italiana (circa 60 milioni) indicano una prevalenza di individui portatori di esiti di *stroke* pari a 3.9 milioni di casi. L’incidenza di comparsa dell’afasia in seguito a *stroke* varia secondo gli studi da 21% a 38%; gli individui afasici oggi in Italia sono quindi circa un 1.000.000
* dai tumori cerebrali (che si riferiscano alla formazione neoplastica che si origina nel cervello stesso o alle metastasi originate da un altro organo).

E’ impossibile stabilire un profilo unitario delle persone con afasia, dal momento che ciascuna presenta peculiarità proprie, tuttavia possiamo schematicamente distinguere

* persone che hanno maggiori difficoltà (più o meno severe) a comprendere ciò che le altre persone intendono comunicare (di norma senza che vi sia un disturbo di tipo cognitivo generalizzato)
* persone che hanno maggiori difficoltà a a produrre messaggi verbali per far comprendere ciò che intendono comunicare
* persone che presentano entrambi i disturbi di produzione e di comprensione con un livello di gravità variabile

Le difficoltà possono riguardare non solo il linguaggio parlato, ma anche il linguaggio scritto.

I deficit linguistici possono comprendere tutti i livelli del linguaggio

* a livello fonetico-fonologico: difficoltà a produrre i suoni della lingua (o delle lingue) precedentemente parlate e/o difficoltà a mettere i suoni nella giusta sequenza per produrre parole
* a livello semantico-lessicale: difficoltà ad evocare le parole della lingua (sensazione di avere la parola „sulla punta della lingua“) e/o difficoltà a comprendere il significato delle parole
* a livello morfo-sintattico: difficoltà a strutturare frasi semplici o complesse e/o difficoltà a comprendere il significato di frasi semplici o complesse
* a livello testuale: difficoltà a strutturare tesi o racconti e/o a comprendere testi o racconti
* a livello pragmatico: difficoltà a produrre e/o comprendere messaggi non letterali, metaforici.

Tali difficoltà, pur non evidenti esteriormente, possono compromettere in modo significativo la possibilità di partecipare attivamente alle attività della propria vita quotidiana; inoltre spesso presentano ripercussioni su tutto l’ambito famigliare e sociale con frequenti importanti ripercussioni sul vissuto emotivo.

*Disartria.*

La disartria è un disturbo acquisito del linguaggio derivante da debolezza, lentezza o mancanza di coordinazione nella produzione verbale. La disartria può coinvolgere alcune o tutte le componenti di base, come l’accuratezza della pronuncia, , il controllo respiratorio, il tono, il volume e la qualità della voce, il timbro orale o nasale.

A differenza delle persone con afasia, le persone con disartria non hanno alcuna difficoltà nel comprendere il linguaggio parlato o scritto o nel pensare la parola corretta da dire, la difficoltà è legata all’organizzazione dei movimenti corretti per produrre i suoni della lingua in modo sufficientemente preciso e veloce. A differenza delle persone con afasia, spesso le persone con disartria hanno difficoltà a dire ciò che desiderano, ma possono scriverlo (a mano o utilizzando supporti tecnologici) senza incontrare grosse difficoltà.

La disartria può essere conseguenza di ictus, TCE o patologie di tipo neuro-degenerativo (SM, MP, SLA).

I sintomi possono variare a seconda della natura e della gravità della disartria, includendo:

* Parole biascicate
* Voce bassa o appena bisbigliata
* Lentezza dell’eloquio
* Movimenti ridotti di lingua, labbra e mandibola
* Voce soffiata
* Scialorrea, perdita di saliva

*Aprassia verbale*

L’aprassia è un disturbo motorio acquisito che compromette l’abilità di pianificare o completare singole azioni o sequenze di azioni, come prepararsi una tazza di tè o vestirsi, anche se la persona è generalmente in grado di spiegare come eseguirle (aprassia ideomotoria o ideativa), l’abilità di disegnare figure semplici (aprassia costruttiva) o l’abilità di eseguire volontariamente movimenti del viso (aprassia buccofacciale).

L’aprassia verbale è un peculiare disturbo motorio della parola che compromette l’abilità di pianificare e coordinare i movimenti per mettere in sequenza i suoni nelle sillabe e nelle parole. È la perdita dell’abilità di far lavorare insieme la voce, le labbra e la lingua con la coordinazione che è necessaria per parlare. La disprassia buccale e/o verbale sono molto spesso accompagnate da disturbi del linguaggio.

A seconda della natura e della gravità della disprassia, si possono avere problemi con:

* Ripetere i suoni delle parole
* Imitare movimenti non linguistici, come tirare fuori la lingua
* Produrre i suoni (nei casi più gravi ciò può significare incapacità assoluta a produrre suoni)

*Disturbi cognitivo-comunicativi.*

I disturbi cognitivo-comunicativi sono disturbi acquisiti della comunicazione,del linguaggio e delle funzioni cognitive, di solito conseguenti ad un danno cerebrale diffuso, quale quello conseguente un TCE o un ictus che coinvolga l’emisferocerebrale destro.

Dati relativi agli USA riferiscono che ogni anno si verificano circa 200.000 nuovi casi di trauma cranico e di questi circa 63.000, soprattutto maschi fino ai 40 anni, con maggior interessamento della fascia di età compresa tra i 15-24 anni, richiedono di essere curati presso centri di riabilitazione. Sull’incidenza complessiva della patologia non esistono dati riferibili a tutto il territorio nazionale italiano.

I disturbi cognitivo-comunicativi sono caratterizzati da importanti alterazioni delle funzioni cognitive (attenzione, concentrazione, memoria, ma anche capacità di pianificazione, astrazione, problem solving etc.) che influenzano la capacità di portare a termine le attività proprie della vita quotidiana e possono influenzare il percorso riabilitativo, sia per quanto concerne la valutazione che per quanto concerne il trattamento.

In alcuni casi le difficoltà linguistiche prosentano le caratteristiche peculiari dell’afasia e/o della disartria.In altri casi le difficoltà sono meno evidenti, dal momento che la persona può non avere difficoltà di tipo strettamente linguistico, ma avere problemi a carico delle abilità pragmatiche della comunicazione con importante influenza sulla comunicazione nella vita quotidiana.

Anche se possono parlare possono avere difficoltà a concentrarsi durante una conversazione, rispettare le convenzioni sociali e l’“etichetta“, scegliere e mantenere l’argomento di conversazione, trarre conclusioni adeguate, comprendere l’umorismo e/o il linguaggio metaforico.

Ciò può avere un impatto su:

* La capacità di conversazione in generale
* Comprendere ciò che si ascolta
* Leggere libri, riviste e corrispondenza
* Esprimere pensieri, sentimenti e idee
* Comprendere ed esprimere l’umorismo
* Capire i conti, documenti e certificazioni
* Comunicare sui social media

Di conseguenza può essere molto complesso per le persone con questo tipo di problema instaurare e mantenere relazioni sociali adeguate o svolgere una attività lavorativa in modo indipendente.

*Demenza.*

Il termine demenza racchiude una serie di quadri patologici differenti caratterizzati dall’avere in comune una serie di sintomi che includono un progressivo declino sul piano delle funzioni cognitive (quali orientamento nel tempo, nello spazio e personale, memoria, attenzione, funzioni esecutive, abilità visuospaziali, ragionamento, etc.), del linguaggio e della comunicazione e del comportamento. Le difficoltà osservate, aggravandosi con l’avanzare della malattia, determinano progressive difficoltà nel portare avanti in modo autonomo e indipendente le attività della propria vita quotidiana, con un impatto evidente sui famigliari.

Tra le demenze i quadri più frequenti sono la Demenza di Alzheimer, la Demenza Vascolare e la Demenza Fronto-temporale.

Le demenze costituiscono sempre di più un problema rilevante di sanità pubblica, tali patologie rappresentano, infatti, una delle maggiori cause di disabilità nella popolazione generale ed hanno un considerevole impatto socio-sanitario.

A testimonianza della consapevolezza della complessità della situazione, accanto all’impegno dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, che da qualche anno ha inserito i disturbi neurologici tra le priorità della sua agenda globale, anche l’Unione e la Commissione Europea hanno posto il tema specifico delle demenze al centro delle attività di ricerca e di azione congiunta che vengono promosse e sostenute negli Stati Membri.

Com’è noto il maggior fattore di rischio associato all'insorgenza delle demenze è l'età.

La popolazione anziana è in continua crescita nel mondo ed in Italia, e la speranza di vita aumenta con ritmo costante, sia per gli uomini che per le donne, con uno sbilanciamento a favore delle donne soprattutto nelle classi più vecchie.

Il peso di questo invecchiamento contribuisce a confermare le stime di numerosi studi epidemiologici internazionali che prevedono, nel 2020, un numero di casi di persone con demenza di oltre 48 milioni, che potrebbe raggiungere, nei successivi venti anni, una cifra superiore agli 81 milioni di persone, per la stragrande maggioranza concentrata nei paesi in via di sviluppo.

La demenza di Alzheimer (DA) rappresenta, il 54% di tutte le demenze con una prevalenza nella popolazione ultra sessantacinquenne del 4,4%.

La prevalenza di questa patologia aumenta con l'età e risulta maggiore nelle donne, che presentano valori che vanno dallo 0,7% per la classe d'età 65-69 anni al 23,6% per le ultranovantenni, rispetto agli uomini i cui valori variano rispettivamente dallo 0,6% al 17,6%.

I tassi d'incidenza per DA, osservati in Europa, indicano un incremento nei maschi da 0,9 casi per 1.000 anni-persona nella fascia d'età' 65-69 anni a 20 casi in quella con età maggiore di 90 anni; nelle donne, invece, l'incremento varia da 2,2 nella classe d'età 65-69 a 69,7 casi per 1.000 anni-persona in quella maggiore di 90 anni.

Il tema delle demenze è stato inserito fra le priorità d'azione del Piano Nazionale della Prevenzione 2010 - 2012: è evidente la necessità di un governo clinico complessivo delle demenze per migliorare la qualità della cura e superare le disuguaglianze territoriali.

Anche se i profili cognitivi degli individui con diagnosi di demenza variano a seconda dell’eziologia, il grado di deterioramento rappresenta un calo rispetto ai precedenti livelli di funzionamento ed è sufficiente per interferire con il funzionamento sociale e lavorativo.

Nelle persone con demenza gli aspetti prettamente linguistici sono generalmente preservati nelle fasi iniziali di malattia (con l’eccezione della Demenza Fronto-Temporale per cui possono essere i sintomi di inizio della patologia), ma la comunicazione, ed in particolare la comuicazione funzionale (cioè la capacità di comunicare in modo efficace ed indipendente in un determinato ambiente), sono spesso compromesse fin dai primi momenti di esordio della malattia. Le difficoltà comunicative che si possono osservare sono molto simili a quelle descritte per i disturbi cognitivo-comunicativi, ma in particolare si osserva

* ridotto contenuto informativo
* difficoltà nella comunicazione referenziale
* ripetizione degli argomenti
* difficoltà di comprensione
* difficoltà in compiti più complessi di lettura, scrittura e calcolo.

**Come si interviene per la riabilitazione**?

Il logopedista lavora con individui che, a causa dei loro disturbi cognitivo-comunicativo-linguistici o motori/deglutitori, presentano o hanno probabilità di presentare problemi di integrazione e adattamento nel loro contesto familiare, professionale e sociale.

L’obiettivo della riabilitazione logopedica (in team con altri professionisti sanitari) è quello di ristabilire per il paziente/utente la massima autonomia possibile e la miglior qualità di vita possibile, incrementando la piena partecipazione dell’individuo alle proprie attività di vita quotidiana, tenendo conto che molto frequentemente tali patologie lasciano una sintomatologia destinata a durare (pur con evoluzioni del quadro sintomatologico individuale) per tutta la vita del paziente/utente.

Il ruolo del logopedista comprende gli aspetti di prevenzione, valutazione, trattamento riabilitativo, counselling e follow-up.

Tenendo presente che ogni persona presenta caratteristiche sue proprie e quindi una generalizzazione è impossibile (al contrario è necessario che il progetto riabilitativo sia confezionato su misura per ogni specifica persona in ogni momento del percorso riabilitativo) possiamo fornire alcune linee generali.

*Valutazione logopedica*.

Deve raccogliere informazioni almeno su:

* grado di funzionamento delle principali aree cognitive
* funzione linguistica (in tutte le sue compoenenti fonetico-fonologica, semantico-lessicale, morfo-sintattica, testuale, in comprensione e in produzione)
* abilità comunicativo-pragmatiche (include le abilità verbali, paraverbali e non verbali e la comunicazione funzionale)
* le abilità comunicative del/dei partner conversazionali nel saper supportare la persona con disturbi della comunicazione
* la qualità di vita

La valutazione dovrà servirsi di strumenti standardizzati ogni volta che questo è possibile in relazione alle condizioni cliniche del paziente ed alla fase di progressione della malattia o della fase riabilitativa (fase acuta vs fase degli esiti o fase terminale).

*Trattamento riabilitativo logopedico*.

Deve mirare a garantire la migliore partecipazione alle attività di vita quotidiana, con le migliori abilità comunicativo-linguistiche possibili in relazione al quadro clinico.

In particolare risulta essenziale:

* migliorare le abilità comunicative
* stimolando tutte le aree della pragmatica della comunicazione (non verbali, paraverbali, verbali)
* includendo l’uso di modalità di comunicazione alternative (inclusa la gestualità, il disegno)
* stimolando la comunicazione funzionale
* migliorare la funzione articolatoria e linguistica tramite esercizi specifici
* migliorare le funzioni cognitive correlate alla comunicazione ed al linguaggio
* considerare la possibilità di utilizzare sistemi di Comunicazione Aumentativa Alternativa ad alta e bassa tecnologia per migliorare le possibilità comunicative della persona, perché possa esprimersi in modo efficace (incluso l’uso di smartphone, tablet, etc.)
* effettuare un training dei partner conversazionali perché sappiano utilizzare tecniche di supporto alla comunicazione (Supported Conversation o similari) per facilitare le persone con disturbi comunicativi ad esprimere i loro pensieri, desideri, sentimenti o qualunque altra cosa desiderino comunicare

I programmi riabilitativi devono essere attentamente calibrati sulla persona, sulla sua famiglia, sul suo ambiente e sulle specifiche necessità comunicative e può pertanto comprendere uno o più obiettivi tra quelli sopra elencati.

*Follow up logopedico*

Il follow-up si pone come obiettivo il monitorare l’evoluzione delle abilità cognitivo-comunicativo-linguistiche, della partecipazione alle attività di vita quotidiana e della qualità di vita nel tempo, al fine minimo di

* stimare gli outcome riabilitativi attraverso la rivalutazione di specifiche funzioni, attività, partecipazione e qualità della vita;
* proporre, se e quando necessario, la prosecuzione o la ripresa del trattamento riabilitativo;
* proporre, se e quando necessario, modifiche rispetto alle strategie compensative utilizzate;
* proporre, se e quando necessario, attività di supporto al caregiver.