

## **La valutazione e la riabilitazione neuropsicologica nell'ictus.**

Carpinelli Mazzi M<sup>1</sup>, Iavarone A<sup>1</sup>, Coppola A<sup>1</sup>, Mastrolorenzo L<sup>1</sup>, Nappo R<sup>1</sup> e Lualdi F<sup>1\*</sup>

1. Gruppo di Progetto “Salute psicologica nell’ambito della terza età”, Ordine degli Psicologi della Campania.

\* Referente del Gruppo di Progetto.

### **PREMESSA**

Alla luce dello stato dell’arte sulle attuali conoscenze in ambito neuropsicologico riabilitativo e delle indicazioni fornite dalle più recenti linee guida sullo stroke, risultano non differibili iniziative volte a:

1. Incrementare il livello di competenze e di preparazione tecnica degli psicologi in ambito neuropsicologico valutativo e riabilitativo;

2. Promuovere una “cultura della riabilitazione cognitiva” ove risulta **indispensabile** l’istituzione di un tempestivo percorso riabilitativo neuropsicologico tale da ridurre al massimo gli effetti a lungo termine delle lesioni cerebrali acute in termini di disabilità comportamentale, cognitiva ed emotivo-motivazionale. Ciò vale anche quando il deficit cognitivo si configuri come “puro” ovvero in assenza di disturbi motori.

3. Istituire figure professionali psicologiche di ruolo a partire dalle strutture coinvolte nel processo riabilitativo del paziente ictato sia in prima battuta sia nella successiva presa in carico.

### **INTRODUZIONE**

L'ictus è una delle principali cause di morte e disabilità in tutto il mondo con circa 15 milioni di persone che ne vengono colpite ogni anno e circa 5 milioni di vittime (1). Come riportato dall’Alleanza Italiana per le Malattie Cardio-Cerebrovascolari (AIMCCV; 2), in Italia l’ictus è la seconda causa di morte e rappresenta la prima causa di invalidità. Ogni anno, in Italia si registrano 90.000 ricoveri dovuti all’ictus cerebrale, con un aumento del numero complessivo dei cittadini colpiti. Il 20-30% delle persone colpite da ictus cerebrale muore entro un mese dall’evento e il 40-50% entro il primo anno. Solo il 25% dei pazienti sopravvissuti ad un ictus guarisce completamente, il 75% sopravvive con una qualche forma di disabilità, e di questi la metà è portatore di un deficit così grave da perdere l’autosufficienza. Oltre ai danni senso-motori l'ictus può causare significativi danni neuropsicologici che limitano l’autonomia delle persone che ne sono affette e ne peggiorano la qualità di vita. Ad esempio, un disturbo afasico post-ictale è frequente, verificandosi in circa un terzo dei pazienti e può avere un

impatto significativo sul recupero funzionale e sulla qualità della vita (3-7). In Italia l'incidenza dell'afasia varia, secondo gli studi, da 21% a 38%. Riportati alla popolazione italiana questi dati indicano un'incidenza che va da 22.000 a 99.000 nuovi casi di afasia all'anno (8). Numeri importanti si registrano anche per l'emi-inattenzione spaziale (o neglect). Una meta-analisi (9) ha stimato che un disturbo emi-inattentivo sia presente nel 43% dei pazienti con cerebrolesione destra e nel 21% dei pazienti con cerebrolesione sinistra. In Italia, si può stimare, ci siano circa 167.000 casi di pazienti con emineglect, di cui circa 35.900 nuovi casi (10). Anche disturbi aprassici e anosoagnosici sono frequenti dopo evento cerebrovascolare (10). Questi dati, insieme a un più generico aumento della vita e alla riduzione della mortalità nella fase acuta di un ictus, evidenziano la necessità di un trattamento riabilitativo neuropsicologico tempestivo che possa contenere gli effetti a lungo termine delle cerebrolesioni acute sulla sfera cognitiva, affettivo-emotiva e comportamentale, così come promuovere il recupero funzionale e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

## **I RIFERIMENTI SCIENTIFICI E LE LINEE GUIDA (11)**

L'importanza di una tempestiva valutazione neuropsicologica e riabilitazione cognitiva dell'ictus è ampiamente enunciata dalle linee guida italiane di prevenzione e trattamento per l'ictus cerebrale, VIII edizione, SPREAD. Di seguito vengono indicati punti salienti relativi alla sfera neuropsicologica:

- *È raccomandato offrire al paziente livelli di intensità del trattamento riabilitativo adeguati alle condizioni cliniche ed alle potenzialità di recupero attraverso il Progetto Riabilitativo Individuale articolato in programmi applicati dalle figure professionali disponibili ed appropriate (medico, fisioterapista, logopedista, psicologo, terapeuta occupazionale ed infermiere).*
- *Dopo un ictus la valutazione neuropsicologica è suggerita in presenza di un rilievo di disfunzionalità cognitiva, oltre che per l'identificazione di fattori predittivi precoci di disfunzione cognitiva e per la definizione del progetto di riabilitazione cognitiva.*
- *Prima di eseguire un programma di riabilitazione neuropsicologica si ritiene opportuno eseguire un corretto inquadramento diagnostico per le singole funzioni cognitive da parte dello psicologo mediante test psicometrici specifici e procedure di indagine clinica. La valutazione neuropsicologica deve essere inoltre corredata dal profilo emotivo e comportamentale del paziente.*

# **L'INTERVENTO RIABILITATIVO NEUROPSICOLOGICO NELLE CEREBROLESIONI ACUTE (12)**

## **1. Diagnosi**

Propedeutica ed indispensabile alla programmazione di un piano riabilitativo è la fase diagnostica, con l'obiettivo di individuare la presenza e l'entità delle alterazioni cognitive, affettivo-emotive e comportamentali nonché il loro potenziale impatto sulle attività di vita del paziente in considerazione del contesto e della funzionalità quotidiana premorbosa e delle aspettative future. La prima fase consta nella raccolta anamnestica delle informazioni cliniche utili, inclusi i dati strumentali e di neuroimaging (13), e nel colloquio clinico. L'obiettivo è l'individuazione di potenziali deficit insorti a seguito della lesione - e a tal riguardo è fondamentale l'analisi di una correlazione anatomo funzionale tra sede della lesione e deficit cognitivo-comportamentali attesi –ed il loro potenziale impatto sulle attività di vita quotidiana.

Di seguito, sulla base dei dati raccolti in precedenza è necessario eseguire una valutazione neuropsicologica formalizzata con l'utilizzo di strumenti standardizzati e/o prove cliniche costruite ad hoc per verificare specifiche ipotesi diagnostiche.

## **2. Programmazione dell'intervento riabilitativo**

Sulla base degli elementi clinici emersi nella fase diagnostica sarà possibile eseguire dei programmi riabilitativi personalizzati. Coerentemente con il provvedimento permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (7 Maggio 1998), il programma riabilitativo: 1) definisce le modalità della presa in carico da parte di una struttura dell'area riabilitativa; 2) definisce gli interventi specifici durante il periodo di presa in carico; 3) individua ed include gli obiettivi immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo; 4) definisce modalità e tempi delle singole prestazioni previste negli stessi interventi; 5) definisce le misure appropriate per la valutazione degli interventi, l'esito atteso in base a tali misure ed il tempo di verifica del raggiungimento di un dato esito; 6) individua i singoli operatori coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali; 7) viene puntualmente verificato ed aggiornato periodicamente durante il periodo di presa in carico; 8) costituisce un elemento di verifica del progetto riabilitativo. Inoltre, l'attività riabilitativa deve essere distinta in tre fasi di intervento: 1) intensiva; 2) estensiva; 3) di mantenimento.

### **2.1 Obiettivi riabilitativi**

In primo luogo, sarà necessario prefissare degli obiettivi riabilitativi sulla base delle dimensioni cognitive, affettivo-emotive e comportamentali coinvolte, dando precedenza a quelle maggiormente

compromesse, con maggiore impatto funzionale o sulle autonomie. Nella scelta della sequenza di attività da svolgere, è indispensabile seguire un principio “gerarchico” della riabilitazione cognitiva, ove il trattamento delle funzioni lese più elementari è propedeutico a quello delle funzioni più complesse. Le azioni e gli interventi dovranno essere, inoltre, finalizzati a garantire alla persona la massima partecipazione possibile alla vita sociale con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili al fine di contenere le difficoltà, promuovere le autonomie e migliorare la qualità di vita.

## **2.2 Approcci metodologici**

Una volta stabiliti gli obiettivi riabilitativi, sarà necessario stabilire gli approcci metodologici da utilizzare: il metodo restitutivo, che consiste nel trattamento specifico della funzione deficitaria con lo scopo di recuperarne in tutto o in parte la sua efficienza premorbosa; ed il metodo compensativo, che consiste nell’acquisizione di strategie sia cognitive che ausiliarie esterne atte a vicariare la funzione lesa per il raggiungimento della specifica autonomia persa, piuttosto che il recupero del deficit. La scelta dell’approccio deve necessariamente derivare da modelli e conoscenze accreditati in ambito scientifico (evidence-based).

Particolare attenzione andrebbe rivolta a nuovi approcci metodologici che utilizzano la combinazione tra metodi di riabilitazione “tradizionali” e strumenti tecnologici (14).

## **2.3 Programma d’intervento**

Sarà necessario stilare una sequenza di attività da svolgere che abbiano carattere di: progressività, ove le attività aumentino progressivamente di difficoltà raggiungendo una percentuale prestabilita di successi (es, 80% di risposte esatte); e variabilità degli stimoli e delle attività onde evitare che la progressione delle prestazioni non sia effetto di un apprendimento dei materiali e degli esercizi, ma di un effettivo miglioramento della funzione target. Inoltre, la difficoltà del compito dovrebbe essere tale da risultare stimolante per il paziente: non troppo facile, ma neanche tale da eccedere le sue capacità. In altre parole, il paziente dovrebbe percepirsi capace di affrontare le prove fornite dal clinico.

## **2.4 Piano temporale**

Nella scelta della durata del trattamento è importante tenere in considerazione che una elevata frequenza settimanale di sedute (effetto drill), con relativo aumento dell’intensità del trattamento, è un parametro fondamentale per una sua efficacia.

## **2.5 Valutazione dell'efficacia del trattamento**

A seguito del trattamento è particolarmente utile eseguire una rivalutazione atta ad esaminare gli effetti del percorso riabilitativo; è opportuna altresì una rivalutazione di follow-up per verificarne gli effetti stabilizzati in assenza del trattamento. È di fondamentale importanza utilizzare materiali di assessment differenti da quelli utilizzati durante la fase riabilitativa. Seguendo il principio di generalizzazione, è importante che il miglioramento abbia luogo sulla funzione lesa a prescindere dagli stimoli utilizzati; in caso contrario, il miglioramento della prestazione sarebbe conseguenza di un apprendimento del materiale utilizzato piuttosto che un genuino incremento della funzione deficitaria.

## **2.6 Interventi di psicoterapia (15, 16 e 17)**

Negli ultimi vent'anni, numerosi ricercatori hanno evidenziato i notevoli benefici che la psicoterapia può apportare nella vita di questi pazienti e dei loro familiari, migliorando il senso di auto-efficacia, auto-accettazione, ma anche aiutandoli a ritrovare uno scopo nelle loro vite (Klonoff, Lage, & Chiapello, 1993). Inoltre, in un articolo del Quotidiano Sanità del 1 luglio 2023 si evidenzia che “Lo sviluppo della Depressione Post Ictus (PSD - Post-Stroke Depression), può avere un andamento non lineare, con sintomi che talvolta possono comparire anche a lunga distanza dall'ictus e si mantengono per lungo tempo. Le persone mostrano un maggior tasso di mortalità, presenza di declino cognitivo, più elevati livelli di disabilità e qualità della vita complessivamente ridotta. Lo stato dell'umore, quindi, influenza non solo il recupero motorio, ma anche il rischio di morte per un successivo evento cardio-cerebrovascolare”.

Per tali condizioni di rilievo psicopatologico, come dagli Atti Tipici del Cnop di gennaio 2023 (a)“si interviene sia su condizioni di disagio o malessere psicologico, sia su condizioni di psicopatologia, opportunamente diagnosticata e valutata come adatta ad essere sottoposta a programma psicoterapeutico”.

## Riferimenti bibliografici

1. SIN-Società Italiana di Neurologia  
<https://www.neuro.it/web/eventi/NEURO/patologia.cfm?p=ictus>
2. Alleanza Italiana per le Malattie Cardio-Cerebrovascolari:  
<https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioFaqAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=267>
3. Pedersen, Jorgensen, Nakayama et al. (1995) Aphasia in acute stroke: incidence, determinants and recovery. *Annal Neurol.* 38:659-666
4. Laska, Hellblom, Murray et al. (2001) Aphasia in acute stroke and relation to outcome. *J Intern Med* 249:413-422
5. Engelter, Gostynski, Papa et al. (2006) Epidemiology of aphasia attributable to first ischemic stroke: incidence, severity, fluency, etiology, and thrombolysis. *Stroke* 37:1379-1384
6. Dickey, Kagan, Lindsa et al. (2010) Incidence and profile of inpatient stroke-induced aphasia in Ontario, Canada. *Arch Phys Med Rehabil* 91:196-202
7. Kyrozis, Potagas, Ghika et al. (2009) Incidence and predictors of post-stroke aphasia: the Arcadia Stroke Registry. *Eur J Neurol* 16:733-739.
8. Associazioni Italiane Afasici (A.IT.A) <http://www.aitafederazione.it/aita/libretto-afasia/>
9. Bowen, McKenna, Tallis (1999) Reasons for variability in the reported rate of occurrence of unilateral spatial neglect after stroke. *Stroke* 30:1196-1202
10. Stefano Paolucci (2010) Epidemiologia dei deficit neuropsicologici acquisiti nell'adulto, Consensus Conference La riabilitazione neuropsicologica. Vallar, Cantagallo, Cappa, Zoccolotti (a cura di), Springer.
11. SPREAD (2016), VIII Edizione Ictus cerebrale: linee guida italiane di prevenzione e trattamento Raccomandazioni e sintesi.
12. Ladavas E (2012), La riabilitazione Neuropsicologica, Società editrice il Mulino, Bologna.
13. SINP-Società Italiana di Neuropsicologia (2022), Individuazione degli standard di qualità per la buona pratica in ambito neuropsicologico clinico: Il neuropsicologo clinico, le strutture di diagnosi e riabilitazione, la formazione in neuropsicologia clinica e in riabilitazione neuropsicologica.
- 13.14. Zhou, Feng, Li, Xu, Wu, Li (2022) Efficacy of computerized cognitive training on improving cognitive functions of stroke patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Nurs Pract.*
- 14.15. Klonoff, P. S., Lage, G. A., & Chiapello, D. A. (1993). Varieties of the catastrophic reaction to brain injury: A self psychology perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57(2), 227–241.

15.16. Parere per Commissione Atti Tipici Cnop gennaio 2023

16.17. Quotidiano Sanità [https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=102016#:~:text=Dopo%20un%20ictus%20cerebrale%2C%20la,diagnostica%20e%20spesso%20non%20trattata](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=102016#:~:text=Dopo%20un%20ictus%20cerebrale%2C%20la,diagnostica%20e%20spesso%20non%20trattata)