



Podcast I: L'afasia da una prospettiva scientifica con la Prof. Dr. med. Susanne Wegener

"Capire l'afasia" da diverse prospettive. Nella nostra serie di podcast, forniamo approfondimenti, chiariamo e creiamo comprensione per un disturbo che cambia il linguaggio e la vita. Mi chiamo Ines Conzett, sono una logopedista e sono lieta di partecipare a questa serie di podcast sul tema "Afasia e interprofessionalità". Sono molto contenta perché sono proprio questi i due argomenti che mi interessano nella mia vita professionale quotidiana.

I: Oggi è con me Susanne Wegener. Sentitevi liberi di dirci come ci conosciamo e di presentarvi.

S: Con piacere, grazie Ines. Mi chiamo Susanne Wegener e anch'io lavoro a livello interprofessionale, in realtà ogni giorno. Ci conosciamo grazie al Comitato interprofessionale SSN di neurologia. Sono un medico, un neurologo dell'Ospedale Universitario di Zurigo e un professore dell'Università di Zurigo, e le mie specializzazioni sono in realtà l'ictus e le cefalee. Ma mi occupo di afasia molto spesso ogni giorno. Non vedo l'ora di parlare con voi.

I: Molto bene. Afasia. Che cosa significa afasia? Ce lo può spiegare, in termini semplici e comprensibili a tutti, l'afasia?

S: Sì, l'afasia è innanzitutto un disturbo della comunicazione vocale e deve essere differenziata dalla disatria. È sempre la prima cosa che si impara alla facoltà di medicina. Nel caso della disatria, gli strumenti del linguaggio non funzionano, per così dire. Quindi si parla in modo indistinto o bisciato o strano, ma si capisce il linguaggio o si capisce di cosa si tratta. Con l'afasia, il problema è che il linguaggio può non essere compreso correttamente in termini di contenuto, o che ciò che si capisce e si vuole dire non viene fuori correttamente. In altre parole, il linguaggio prodotto non è corretto. Si distingue tra afasia fluente e non fluente. Con l'afasia non fluente, semplicemente non si riesce a produrre un linguaggio fluente, ma si può essere in grado di capire abbastanza bene ciò che gli altri vogliono che si dica. Nel caso dell'afasia fluente, invece, si può produrre molto linguaggio, ma non è corretto e non si capisce affatto ciò che gli altri vogliono da noi.

I: Quindi lei è un neurologo e ha a che fare con il linguaggio, ci dice. E come dovremmo immaginarlo? Cosa succede a queste persone? Quali potrebbero essere le cause? Quando parliamo di afasia? Quali potrebbero essere le cause?

S: Quindi l'afasia ha la sua base nel cervello, un disturbo nella funzione del cervello. E spesso lo vediamo in modo molto acuto, cioè all'improvviso. Nella mia specialità, l'ictus, questo è un sintomo molto comune: il linguaggio smette di funzionare all'improvviso. Ad esempio, le persone colpite non riescono più a parlare, non riescono a parlare affatto, oppure riescono a dire solo sì, sì, sì, sì. Oppure che semplicemente non capiscono cosa sta succedendo. E quando si chiede loro di fare qualcosa o di parlare, non reagiscono nel modo in cui si è abituati. Le cause possono essere un ictus, ad esempio, ma anche altre malattie. Di solito colpisce il lato sinistro del cervello, l'emisfero



sinistro, diciamo. E poiché il lato sinistro del cervello controlla anche il lato destro del corpo, cioè la funzione motoria e la sensazione, questa afasia è spesso accompagnata da una paralisi del lato destro o da un'alterazione della sensazione. Ma non è detto che sia così. Questi sono i disturbi acuti. L'afasia può insorgere anche in seguito a un attacco epilettico, per esempio, o se ci si è feriti, se ci si è lesionati il cervello, per esempio in un incidente. Tuttavia, è anche possibile che l'afasia faccia parte di un disturbo neurologico cronico che si sviluppa in un periodo di tempo più lungo e che i sintomi si sviluppino gradualmente. Penso ad esempio alla demenza. Anche questa può andare di pari passo con l'afasia.

I: Lei sa che deve reagire molto rapidamente in caso di ictus. Perché? Avolte si sente dire: "All'improvviso non riuscivo più a parlare. Poi sono andato a letto e ho pensato che domani sarebbe andata meglio". In questo caso si è semplicemente reagito troppo tardi. Perché è importante reagire così presto? Quando ci si accorge che non riesco più a parlare, che ho un disturbo sensoriale o che il mio braccio è floscio.

S: Se la causa è un ictus, per esempio, si può risparmiare molto se lo si cura precocemente. Per esempio, se un vaso sanguigno che rifornisce il lato sinistro del cervello è ostruito, e questa è la causa del disturbo del linguaggio, dell'afasia, allora è sufficiente recarsi immediatamente in ospedale con l'ambulanza affinché, per esempio, si possa effettuare la cosiddetta terapia di lisi per sciogliere il coagulo di sangue. A quel punto l'afasia potrebbe scomparire o migliorare in modo significativo. Se si aspetta troppo a lungo, quella parte del cervello andrà persa. E allora non ci sono più così buone possibilità che si riprenda bene. E, naturalmente, l'afasia è sempre un segno che qualcosa non va, qualcosa di grave. A differenza del raffreddore, le malattie neurologiche sono spesso molto gravi. E i sintomi potrebbero essere ancora più numerosi. In altre parole, non è certamente una buona idea sdraiarsi a letto con l'afasia e dire che domani andrà meglio, ma è qualcosa per cui si dovrebbe cercare aiuto immediatamente.

I: Ha parlato di terapia di lisi. Come la descriverebbe? Il paziente arriva in ambulanza o direttamente in ospedale. Cosa succede esattamente?

S: Beh, è molto stressante. È tutto molto organizzato, ma molto veloce. Si viene ricoverati in una stroke unit o in un centro ictus. C'è un team interprofessionale di infermieri e medici di diverse discipline. La radiologia, che è il luogo in cui vengono prese le immagini del cervello e analizzate. O che possono essere in grado di rimuovere meccanicamente il coagulo utilizzando un catetere. I neurologi, che chiedono brevemente cosa sia successo ed effettuano un breve esame. Contemporaneamente viene effettuato un prelievo di sangue e un ECG. Poi si esegue una TAC o una risonanza magnetica il più rapidamente possibile. Si tratta di un metodo neuroradiologico per scattare un'immagine del cervello in modo da sapere cosa sta succedendo e come trattarlo al meglio. Il trattamento deve essere somministrato il più rapidamente possibile. Si tratta quindi di una procedura spesso molto stressante e veloce. È sempre molto importante che l'intera équipe riceva rapidamente tutte le informazioni. Bisogna anche comunicare e parlare molto tra di noi, in modo che le cose si svolgano il più rapidamente possibile per i pazienti.

I: E se ora ipotizziamo che sia stato possibile reagire rapidamente. Come sta andando per qualcuno? Cosa succede dopo? Siamo stati in grado di effettuare tutti gli esami e di eseguire con



successo la lisi. Cosa può aspettarsi il paziente nelle prossime settimane o addirittura nei prossimi mesi?

S: È molto, molto diverso e dipende molto da quale sia il problema e da quanto bene risponda la terapia. La maggior parte delle persone viene ricoverata per la prima volta in un reparto di monitoraggio, che spesso è una stroke unit, e viene monitorata continuamente, chiedendole più volte come sta, e viene esaminata più volte. Se si è affetti da afasia, si viene anche sottoposti a ripetute ecografie per vedere se il linguaggio è migliorato o se la comprensione del linguaggio è cambiata. Perché nelle prime 24 ore può muoversi in tutte le direzioni. Può recuperare incredibilmente bene. Può quindi accadere che un grave disturbo del linguaggio e una paralisi si riprendano davvero completamente. Ma può anche accadere che si verifichi un altro ictus o che la situazione peggiori. Si tratta quindi di una fase molto vulnerabile, il primo giorno o due. È importante sapere che si è ancora lì, ma poi, fortunatamente, abbiamo un sistema sanitario in cui il personale è molto preparato, un'ottima équipe che sa il fatto suo. E il trattamento, indipendentemente dal coagulo, inizia nella stroke unit con terapisti, logopedisti, logopedisti che conoscono l'afasia, che quindi la valutano correttamente e cercano di fornire un supporto fin dall'inizio.

I: Penso che un altro punto importante sia quello che succede ai parenti. Immagino sempre che voi siate così colpiti, che non riusciate a comunicare, che arrivate in ospedale e che l'équipe sia molto professionale, e così via. Voi ci siete abituati, ma per la persona colpita di solito è la prima volta che lo sperimenta. Come vi comportate con i parenti in queste situazioni? Vengono seguiti anche loro? Cosa succede nella stroke unit?

S: Sì, è molto, molto importante. Sì, anche loro sono seguiti. Sono molto importanti anche perché spesso abbiamo bisogno di informazioni molto urgenti e a volte le persone colpite non sono in grado di comunicarle, soprattutto nel caso dell'afasia. Quando i pazienti sono afasici, non possono dirmi che qualcosa non andava l'altro ieri. E questo può essere decisivo per la scelta della terapia. Oppure possono non essere in grado di dirmi che stanno ancora assumendo anticoagulanti. Questo può essere molto, molto importante. Quindi contattiamo sempre i parenti e cerchiamo sempre di averli con noi all'inizio. Almeno per una breve conversazione. In tutto questo trambusto, c'è sempre qualcuno dell'équipe, spesso del personale infermieristico, ma anche qualcuno di noi medici, che spiega brevemente cosa sta succedendo ora, che tutto deve avvenire molto rapidamente, che purtroppo non abbiamo più molto tempo per parlare; loro ricevono le informazioni di cui hanno bisogno; spiegano, facciamo una foto, iniziamo la terapia e poi torniamo in pace. Poi, naturalmente, possono anche vedere i loro parenti. Naturalmente, anche per i pazienti è molto importante che ci sia qualcuno della loro famiglia.

I: Ha detto che la collaborazione interprofessionale è molto, molto importante. E lei lavora anche alla SSN. Perché l'interprofessionalità è così importante per lei?

S: Perché semplicemente apportiamo competenze diverse, formazioni diverse che sono complementari. E ognuna di esse da sola non è sufficiente. Parleremo sicuramente anche dell'afasia, che credo sia un esempio classico, in cui noi medici la riconosciamo già e capiamo anche un po' cosa potrebbe essere successo e questo è importante per la diagnosi, ma dal punto



di vista terapeutico siamo molto vicini e senza esperti non saremmo affatto in grado di aiutare. Nel caso dell'afasia, in particolare, abbiamo bisogno di una guida e di un sostegno da parte della medicina per capire come affrontare correttamente le persone colpite e come fornire loro il miglior supporto possibile.

I: Ci sono anche regole o consigli molto chiari da parte di Aphasie-Suisse su come trattare le persone afasiche. Lei ha descritto molto bene all'inizio che l'intero sistema vocale   colpito, a differenza della disartria, dove si tratta di un problema puramente motorio. In altre parole, si potrebbe ipotizzare che il paziente afasico non sia pi  in grado di leggere, riconoscere le lettere o scrivere il proprio nome. Le regole che l'afasia detta in Svizzera sono il contatto visivo, l'inclusione della comunicazione non verbale, le immagini, l'inclusione di tutto. Il tempo   un fattore molto importante. Avete tempo in et  clinica?

S: No. No, non ce l'abbiamo. Soprattutto in una fase cos  acuta, non ne abbiamo. E purtroppo, quando arriva qualcuno con un ictus acuto, ad esempio, spesso non abbiamo con noi il logopedista. Questo significa che possiamo solo cercare di aiutare le persone colpite con le nostre scarse risorse. Ma l'importante, e io cerco sempre di farlo,   avvicinarsi a chi si sa che ha bisogno di aiuto, per dimostrare che lo si capisce. Ad esempio, se ci si rende conto che la persona ha l'afasia e non   in grado di produrre il linguaggio,   bene chiarire che si dice: "Questo non funziona con il linguaggio". Lo capisco,   a causa dell'ictus, vero? Ci occuperemo di questo, speriamo che migliori. Che non diate alle persone colpite la sensazione di accettarlo e basta, ma che lo comprendiate. E cercate anche di capire se vi capiscono, anche se non riescono a parlare, naturalmente. Questo   molto, molto importante. A volte si devono usare mezzi semplici, per cui si possono chiudere gli occhi, si possono aprire gli occhi.   essenziale sforzarsi, almeno per un breve periodo, di capire se la persona, anche se non riesce a parlare,   in grado di comprendere approssimativamente ci  che sta accadendo. Ma anche con la consapevolezza che si tratta di una situazione eccezionale, probabilmente incredibilmente stressante. Non   possibile proporre contenuti complessi. Anche questo   molto, molto importante, ad esempio, per gli studi o per il consenso, per qualsiasi tipo di intervento. Non si pu  dare per scontato che anche le persone non afasiche siano in grado di leggere e firmare un modulo di consenso molto complicato. Naturalmente, questo   ancora pi  vero nel caso dell'afasia. In altre parole, dovete essere consapevoli nel momento in cui dovete prendere una decisione per questa persona al meglio delle vostre conoscenze e convinzioni. Compresi i parenti, ovviamente, se sono presenti.

I: Un compito molto difficile per i pazienti con disturbi del linguaggio. Penso che sia sempre una sfida molto difficile. Il tocco umano, che lei ha descritto cos  bene,   l'elemento fondamentale: mettersi nei panni della persona, verbalizzare ci  che si vede. Al momento   difficile per loro parlare e affrontare questo problema. Ma nessuno di noi pu  fare magie. I problemi legati all'impossibilit  di comunicare sono enormi. E a volte   una sfida per tutti coloro che si trovano al capezzale. E dopo essere stati alla stroke unit, se si tratta di un ictus grave, dove vanno i pazienti? Cosa succede durante il decorso?

S: Spesso   seguita da una riabilitazione in una clinica di riabilitazione, che pu  durare settimane, perch  in questa fase iniziale si possono ancora fare molti progressi, sia in termini di capacit  motorie che di linguaggio e di molte altre limitazioni che possono derivare da un ictus e che spesso



non vengono individuate in questa fase acuta. Per esempio, cose come la gestione dei numeri o la lettura. Nel primo giorno o due ignoriamo completamente questo aspetto e non abbiamo il tempo di esaminarlo correttamente. Poi, quando i pazienti si sentono meglio, si rendono improvvisamente conto di non poter pi  fare le cose che erano in grado di fare prima. Pu  trattarsi di leggere o guardare la TV, un film o qualcosa del genere, ma anche di non riuscire a usare correttamente il cellulare. Le applicazioni che di solito usano per vivere, per gestire il loro conto, improvvisamente non funzionano pi . Questo   estremamente importante. E questo richiede molto tempo, terapia e supporto. E richiede anche un lavoro interprofessionale.

I: Una volta si pensava che ci fossero delle finestre in cui la riabilitazione ha senso. Si pu  dire qualcosa sulla plasticit  del cervello? O il cervello pu  imparare indefinitamente? O c'  davvero una fase in cui si pu  dire: s , fino ad allora, o qualcosa del genere.   possibile determinarlo in termini di durata?

S: Cercherei di non farlo. Si sa sempre che la fase acuta   quella in cui le cose cambiano di pi .   l  che c'  la maggiore opportunit  di migliorare le cose. Ecco perch  incoraggiamo sempre le persone colpite ad andare in riabilitazione. Dopo tutto, non   la cosa migliore per tutti andare in riabilitazione invece di tornare a casa subito dopo l'ospedale. Potreste anche essere in grado di camminare abbastanza bene, ma avete l'afasia. E poi spiegare alle persone colpite: fatelo ora, perch  il vostro cervello   ancora nella posizione migliore per adattarsi rapidamente e imparare di nuovo velocemente. Eppure si impara sempre, si impara comunque per tutta la vita ed   anche possibile cambiare di nuovo qualcosa in una fase cronica con una buona terapia o magari con una nuova terapia o con una nuova motivazione.

I: Beh, non   mai troppo tardi. Ha sempre senso continuare a investire con motivazione o con un obiettivo specifico dopo un periodo di malattia.

S: Assolutamente s .

I: Probabilmente molti pazienti hanno anche paura che questo possa accadere di nuovo. Ci sono dati al riguardo o cose importanti che lei pu  dire che si possono fare per evitare che ci  accada?

S: S , soprattutto per quanto riguarda gli ictus, che possono sempre verificarsi. Il rischio   maggiore nel primo anno di vita. Ma gli ictus sono cos  comuni che tutti rischiamo di averne uno prima o poi, con l'avanzare dell'et . La cosa migliore da fare   prestare attenzione ai cosiddetti fattori di rischio o controllarli il pi  possibile. Anche in questo caso, si tratta di pressione alta, fumo, zucchero, fare pi  esercizio fisico, essere attivi. Queste sono le cose che si possono fare. E naturalmente anche questo   un aspetto importante del trattamento e della riabilitazione. Ed   anche super interprofessionale, in modo che non ci si limiti a dire cosa fare, ma si impari anche a capire come farlo. Come posso integrare lo sport nella mia vita? Come faccio a smettere di fumare, per esempio? Anche questo   molto interprofessionale.   molto importante. E alla fine, bisogna solo essere fortunati che non succeda pi . E fortunatamente questo   il caso di molte persone.

I: L'interprofessionalit    un tema che probabilmente   diventato molto pi  importante negli ultimi tempi. La medicina   diventata pi  complessa. S , ci sono molte specializzazioni. Anche l'UFSP



ha condotto uno studio in merito. Alla SSN vi occupate di interprofessionalità. Quali sono gli elementi che ne determinano il successo? I fattori che rendono l'interprofessionalità un successo?

S: Beh, innanzitutto c'è una buona atmosfera di squadra, non è un sistema gerarchico, ma è molto importante che tutti si apprezzino, si apprezzino allo stesso modo. E credo che questo sia molto spesso il caso della nostra commissione, perché tutti portiamo diverse competenze al tavolo. Forse 50 anni fa lavorare insieme era diverso. Oggi le terapie, i terapisti e il personale infermieristico sono così ben addestrati che è assolutamente chiaro, anche dal punto di vista medico, che semplicemente non abbiamo così tante conoscenze e competenze. Ognuno deve concentrarsi un po' sulla propria specializzazione. Ecco perché il requisito principale è trattare le diverse professioni con rispetto e interessarsi a ciò che gli altri fanno e a come lo fanno. A volte è difficile a causa del poco tempo che spesso abbiamo a disposizione per avere un assaggio di ciò che è. Spesso penso che dovrei tornare in logopedia e vedere come funziona davvero, non è vero? Sicuramente mi aiuterebbe molto. A volte non si ha il tempo di farlo. Ma attraverso lavori su commissione come questo, e in generale attraverso progetti come questo, si ottengono grandi intuizioni che arricchiscono molto. Quindi interesse, curiosità, apprezzamento. E c'è semplicemente un grande interesse nella collaborazione interprofessionale in generale, perché si è più produttivi, è meglio per i pazienti. Inoltre, stanno emergendo molti nuovi profili professionali, come gli Advanced Practice Nurses APN o i Physician Assistants, ossia profili professionali diversi che si collocano tra le professioni terapeutiche e le professioni mediche, che possono fare cose completamente nuove e quindi assumere altri lavori e apportare nuove competenze. Quindi, in questo momento stanno accadendo molte cose.

I: L'ASSM ha anche pubblicato una carta sulla collaborazione interprofessionale. Credo che sarebbe utile per tutti coloro che lavorano nel settore sanitario darvi un'occhiata. Oltre alle cose che avete detto essere molto importanti, come la comunicazione ad altezza di sguardo, l'apprezzamento, la curiosità, descrive anche che deve avvenire su il piano esecutivo. Quindi non solo infermieri e terapisti al capezzale, ma anche un atteggiamento da parte dell'istituzione e persino delle organizzazioni finanziatrici. Cosa può dire in merito? Ci sono differenze tra le aree di degenza e quelle ambulatoriali?

S: Sì, ci sono sicuramente sfide diverse, perché spesso si tratta anche di aspetti finanziari. Quindi, anche se l'apprezzamento c'è, il lavoro può avere successo solo se viene anche remunerato in qualche modo, altrimenti non funziona. E forse è un po' più facile nel settore ospedaliero, perché i ruoli sono chiaramente definiti. Oppure, in questi nuovi profili professionali, il lavoro può essere delegato anche ai medici. Nel settore ambulatoriale, invece, è forse un po' più difficile perché, a quanto mi risulta, c'è un'enorme carenza di terapisti in varie specializzazioni. Per quanto ne so, i logopedisti sono una professione molto richiesta. E anche noi ce ne rendiamo conto. I nostri pazienti non riescono a trovare appuntamenti. È davvero molto frustrante e un peccato, non è vero? E sento anche ripetere che spesso il servizio non è adeguatamente compensato. Soprattutto il consulto, che è molto importante, probabilmente nel vostro lavoro, non può essere fatturato correttamente. Naturalmente, questo è un peccato anche se si ha poco tempo per fare la terapia e si vorrebbe fare molto di più. Ma questo non viene più compensato. Non so se ho risposto correttamente alla domanda. Ma sì, credo che le sfide siano diverse per i pazienti



ambulatoriali e per quelli ricoverati. Penso che la riabilitazione sia un'ottima situazione. Perché l'aspetto terapeutico è molto in primo piano e l'aspetto medico è forse un po' in secondo piano.

I: E anche la coerenza. Come lei ha ben descritto, il settore acuto è frenetico. Si tratta di vita e sopravvivenza. In riabilitazione, invece, si hanno pazienti per più tempo. È possibile definire gli obiettivi. Tutti possono contribuire agli obiettivi. E nell'assistenza ambulatoriale, il lavoro è di nuovo distribuito perché le distanze sono semplicemente maggiori. Non si è più semplicemente vicini l'uno all'altro. Ecco perché l'interprofessionalità ha probabilmente le sue sfide in ogni fase. E probabilmente siamo d'accordo sul fatto che la collaborazione interprofessionale può effettivamente produrre i migliori risultati. E nella Carta è anche descritto che è molto importante coinvolgere il paziente. Abbiamo i nostri studi e le nostre linee guida, abbiamo le nostre idee su come fornire al paziente la migliore assistenza possibile. Ma è molto importante decidere insieme al paziente cosa è importante e cosa non è giusto per lui. E soprattutto con le persone afasiche, come lei ha descritto, questo è ancora più impegnativo.

Lei è anche coinvolto nella ricerca, non tanto nel campo dell'afasia, ma su cos'altro le piacerebbe lavorare quando non è in stroke unit?

S: Quindi, con la ricerca sull'ictus, come possiamo far funzionare meglio le terapie, come possiamo adattare le terapie all'individuo, in modo da capire meglio quale terapia è migliore per chi e qual è la prognosi per l'individuo colpito, in base alle caratteristiche del paziente, ma anche alla diagnostica per immagini. Questo è un aspetto. Ma facciamo anche molta ricerca sulle cefalee. Questo è un altro dei miei hobby, in cui collaboriamo anche con i linguisti. Si tratta di linguisti o esperti di linguaggio. Ma non si tratta tanto dell'afasia quanto delle conversazioni che abbiamo sulle cefalee e dell'analisi e della comprensione di ciò di cui stiamo parlando. Come viene descritto il mal di testa? Perché non si può vedere il dolore, bisogna comunicarlo. E anche un po' come si svolgono le conversazioni, quanto i pazienti sono soddisfatti delle conversazioni e cosa è davvero importante per loro. E noi medici in particolare, ancora una volta, non abbiamo molto tempo, il referto deve essere scritto a macchina, magari le persone scrivono al computer durante la consultazione o non sempre offriamo la situazione di dialogo ideale. E questo è il caso dei pazienti affetti da cefalea. E ora dovete immaginare una persona afasica seduta lì. Le loro esigenze sono completamente diverse. Ci vuole ancora più tempo e raggiungiamo i nostri limiti molto rapidamente. Migliorare questo aspetto è una cosa, e so che qui si sta facendo molta ricerca, non da parte mia, ma da parte dei miei colleghi, che vogliono anche sviluppare strumenti di supporto per le persone afasiche che possano aiutare a rendere il linguaggio più comprensibile o a rendere ciò che è disponibile nel linguaggio più facile da comunicare per gli altri. Ma so che siamo ancora all'inizio.

I: Wow, non vediamo l'ora di vedere cos'altro ci aspetta. Come lei ha ben descritto, la comunicazione è incredibilmente importante in tutti i settori della medicina. Soprattutto nell'afasia, perché una persona è colpita e ha capacità di comunicazione limitate, ma credo che la comunicazione sia immensamente importante ovunque nel settore sanitario.



Infine, se poteste esprimere un desiderio per le persone affette da afasia, cosa sperereste o cosa desiderereste per il sistema sanitario affinché le cose possano in qualche modo essere un po' migliori o diverse? Cosa pensate sia davvero importante?

S: Beh, penso solo che ci siano più opportunità di terapia e anche una comprensione leggermente migliore dell'afasia e di ciò che ci si può aspettare e delle opzioni di supporto disponibili. Quindi non si tratta di cose enormi che sognerei, ma penso che si possa fare molto nell'ambito del trasferimento delle conoscenze e delle terapie. Non credo che esista una pallottola magica. Non esiste nemmeno una pillola per l'afasia, bisogna semplicemente affrontarla in modo individuale e terapeutico. E posso immaginare che gli ausili, beh, potrei immaginare se fossi una persona che ne soffre o un parente, se avessi in mano qualcosa di simile che mi desse qualche consiglio, come faccio ad affrontare ora quando mio marito, per esempio, semplicemente non mi capisce? E in questa situazione, cosa posso fare? C'è un libro illustrato, una scheda o un'applicazione che posso usare? O forse è controproducente perché non ho bisogno di usare tanti ausili elettronici? Penso che gli ausili per i parenti siano molto importanti. E anche per la professione medica, giusto? Come faccio a farlo in modo corretto? Non credo che ci dedichiamo abbastanza tempo.

I: Grazie mille per le descrizioni davvero impressionanti. Penso che ora sappiamo tutti qualcosa di più sull'afasia, sul settore acuto, sulla riabilitazione, sull'ambulatorio, sull'interprofessionalità, che è molto, molto importante, sul tempo che abbiamo o non abbiamo.

Sì, credo che abbiamo visto molto e non vedo l'ora di parlare con un logopedista e un assistente nella prossima serie di podcast, che potrebbero darci qualche altro consiglio. E anche con un malato e sua moglie, che potranno raccontarci esattamente dal suo punto di vista come l'hanno vissuta. Il pidocchio, se era possibile, le conversazioni e l'impossibilità di comunicare. Attendo con ansia la prossima serie e grazie mille, Susanne, per averci permesso di parlare tra noi in questo modo. Grazie. Il podcast è stato realizzato in collaborazione con la Società svizzera di neurologia.