



# RACCOMANDAZIONI PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA DISFAGIA NEI SERVIZI SOCIO SANITARI

Parma 13 dicembre 2017

**LA DISFAGIA:  
CONOSCERLA PER  
SAPERLA TRATTARE.  
L'IMPORTANZA DEL  
TEAM**



**R.Antenucci, C.Cardinali, R.Raggi, B.Olizzi, M.Benvenuti, G.Giovanardi, G.Bellini,  
M.Fiore,MP.Grupperi, MT.Nicoli, B.Cerioni, M.Santin, M.Sanseveri, R.D'Alogna,  
M.Castaldo**

**a nome del gruppo Disfagia Azienda AUSL Piacenza**

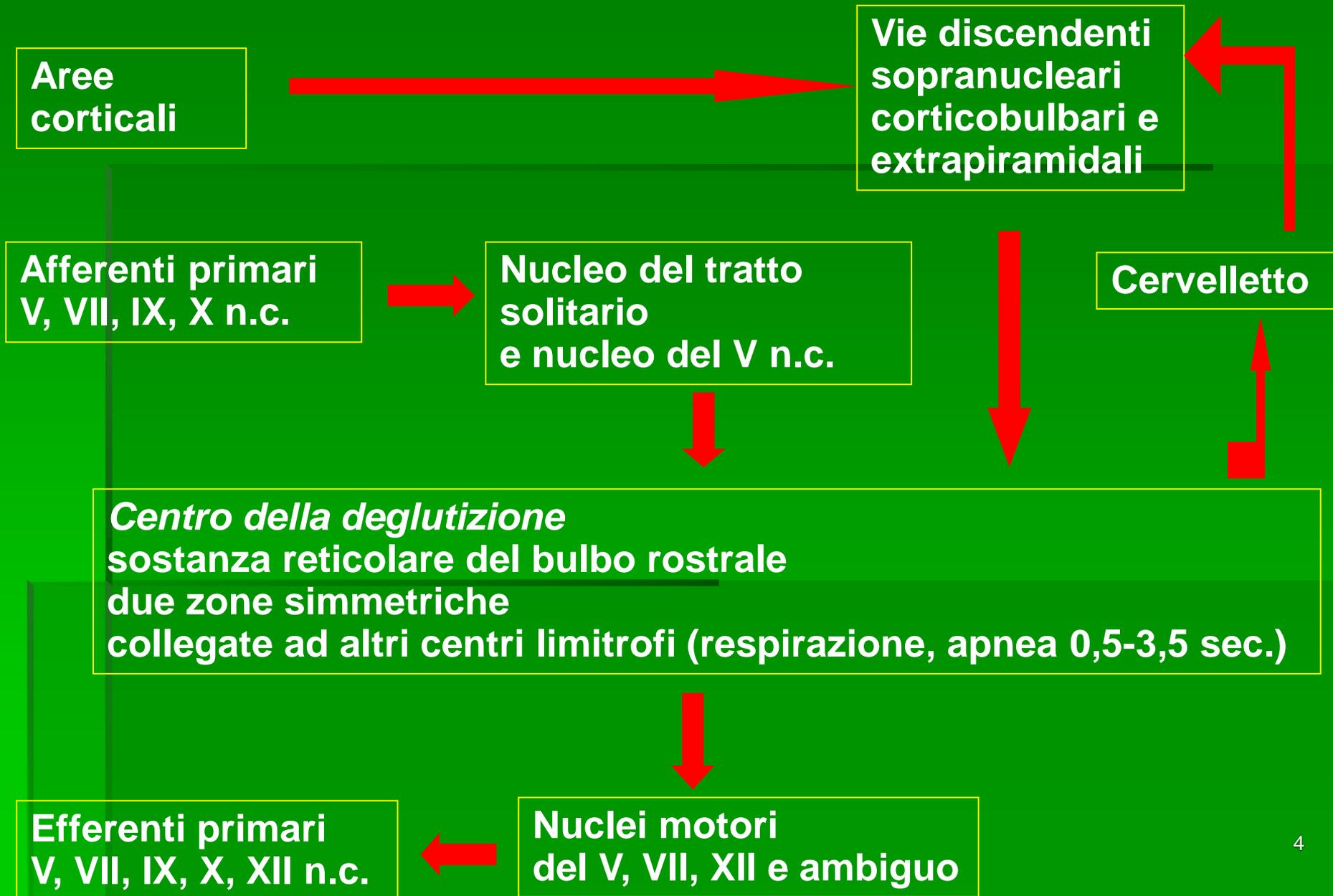
# **DEGLUTIZIONE**

**Capacità di convogliare sostanze solide, liquide, gassose o miste dall'esterno allo stomaco**

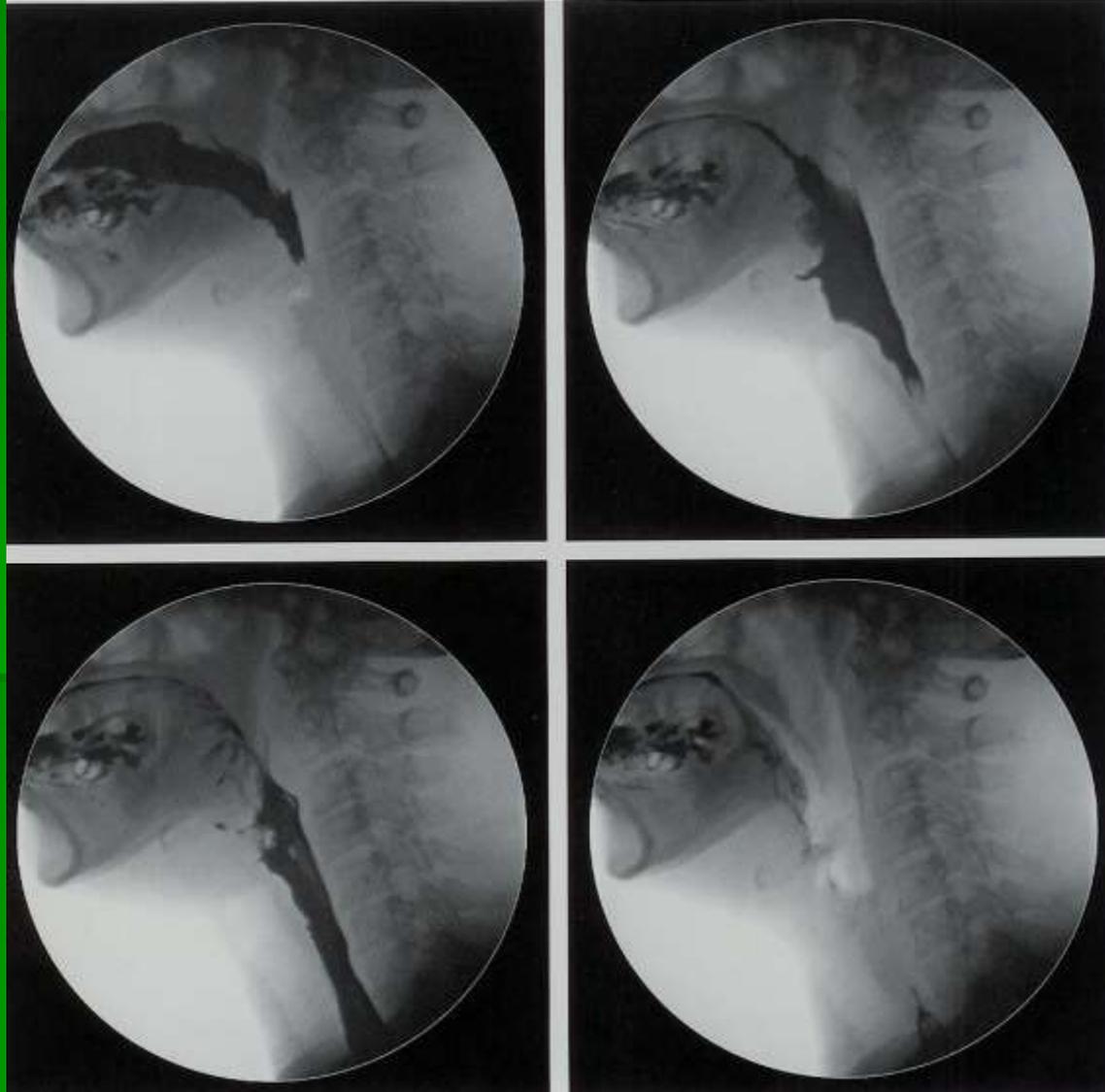
# PERCHÉ DEGLUTIAMO ?

- Per fornire un adeguato apporto nutrizionale all'organismo
- Per saziare la sete e soddisfare l'appetito
- Per provare il piacere del gusto (del sapore e profumo del cibo)
- Per stare insieme agli altri mangiando (convivio da “cumvivere” = vivere insieme )

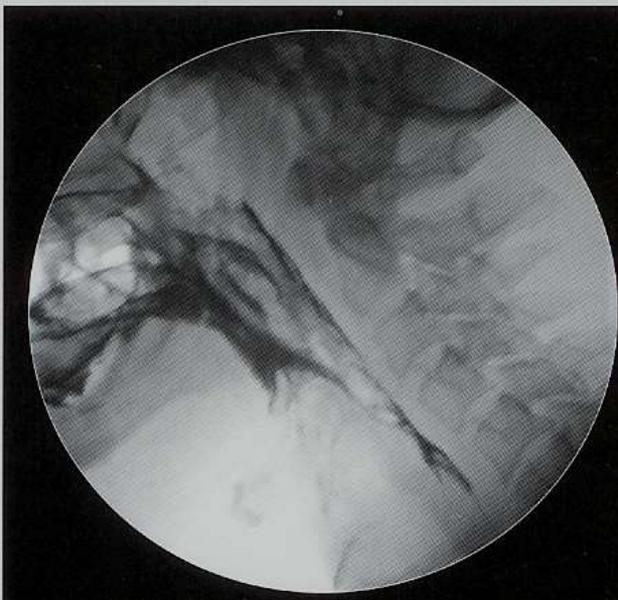
# CONTROLLO NERVOSO DELLA DEGLUTIZIONE



# DEGLUTIZIONE FISIOLOGICA



# DEGLUTIZIONE PATOLOGICA

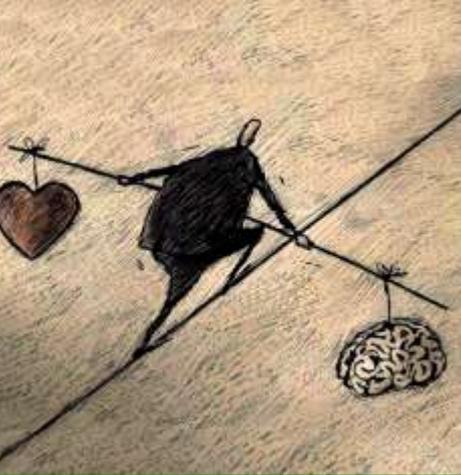


# DISFAGIA



- Difficoltà o impossibilità nel masticare il cibo, preparare il bolo e deglutirlo
- Può presentarsi in età pediatrica, adulta e geriatrica in conseguenza di problemi neurologici, oncologici, vascolari, traumi, esiti di interventi chirurgici

IL 45% DEI PAZIENTI DISFAGICI  
CHE PRESENTA ASPIRAZIONE  
MUORE ENTRO 1 ANNO



# DISFAGIA



- E' tuttora un argomento poco conosciuto, pur esponendo il paziente a importanti rischi (infezioni respiratorie, polmoniti ab-ingestis, malnutrizione, disidratazione, morte)
- Va' trovata adeguata sinergia dei componenti il team (medico, infermiere, tdr, logopedista, NPS, dietista, nutrizionista) e altri professionisti (ORL-foniatra, geriatra, pneumologo, gastroenterologo, ecc.)
- È fondamentale individuare precocemente il disturbo attuando percorsi specifici di trattamento: nutrizione sicura, tecniche rieducative, posture compensatorie e modifiche consistenze alimentari

# **EPIDEMIOLOGIA DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE – ETÀ ADULTA**

---

- Nel 15-20% della popolazione generale (Schindler O., 2001)
- Nel 20% dei pz. ricoverati in ospedale
- Nell'ictus tra il 20-80%: la metà si risolve nella prima settimana, negli altri regredisce tra 1 e 4 mesi, nel 16% diventa cronica; nei pz. che muoiono, il 40% è causato da problemi legati alla disfagia
- Nel 50-90% dei pz. con Parkinson
- Nel 40-70% dei pz. con esiti TCE
- Nel 40% dei pz. con esiti di PCI
- Nel 40-50% dei pz. con SM
- Nell'80-100% dei pz. con SLA

# **EPIDEMIOLOGIA DISTURBI DELLA DEGLUTIZIONE – ETÀ ADULTA**

- **Comunemente presente dopo chirurgia maggiore del distretto faringo-laringeo**
- **Nel 93-100% dei pz. sottoposti a radioterapia nella regione della testa e del collo**
- **Nel 45% dei pz. oltre i 75 anni**
- **Nel 50-60% degli anziani istituzionalizzati: ogni anno 10.000 anziani muoiono per soffocamento da cibo o per complicanze respiratorie conseguenti alla disfagia**
- **Un considerevole numero di pz. con disturbi cognitivi e/o comportamentali, compresi quelli in ambito psichiatrico**

# **NON E' CHE SIANO POCHE LE LG...**

- **Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'ictus cerebrale dell'Ictus - SPREAD 2016**
- **Linee Guida sulla gestione della persona disfagico adulto in Foniatria e Logopedia - a cura di Federazione Logopedisti Italiani (2007)**
- **Logopedia nella Malattia di Parkinson. Linee guida dell'Associazione Olandese di Logopedia e Foniatria - a cura di Kalf J.G., e al. (2008), Woerden/Den Haag: Nederlandse Vereniging voor Logopedie en foniatrie/Uitgeverij Lemma.  
[www.fondazioneimpe.it/linee-guida-logopedia/](http://www.fondazioneimpe.it/linee-guida-logopedia/)**
- **Nutrition support in adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. Clinical guideline. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) 2006**
- **Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery - A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association – AHA/ASA 2016**

## **NON E' CHE SIANO POCHE LE LG...**

- Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia. A national clinical guideline. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). 2010 [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
- Effectiveness of interventions for undernourished older in patients in the hospital setting. Revisione sistematica. Joanna Briggs Institute (JBI). 11(2) 2007.
- Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione ospedaliera e assistenziale – Ministero della Salute (2011) – [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Speech Pathology Association of Australia (2012), Dysphagia: Clinical Guidelines. [www.speechpathologyaustralia.org.au](http://www.speechpathologyaustralia.org.au)
- Diagnosi e terapia della Malattia di Parkinson – Sistema Nazionale Linee Guida (2013) – [http://www.snlg-iss.it/news\\_publicazione\\_LG\\_Parkinson](http://www.snlg-iss.it/news_publicazione_LG_Parkinson)
- Royal College of Speech and Language Therapists (2014), Dysphagia: Clinical Guidelines. [www.rcslt.org](http://www.rcslt.org)

## **NON E' CHE SIANO POCHE LE LG...**

- **Consensus Conference: buona pratica clinica nella riabilitazione ospedaliera delle persone con GCLA, Salsomaggiore (PR) 2010**
- **European Federation of Neurological Society 2006, European ALS consortium Task Force 2007**
- **CASLPA (College of Audiologists and Speech Language Pathologists of Ontario) 2007**
- **Guideline of the German Society of Neurology (DGN) on Neurogenic Dysphagia (ND) 2005**
- **... ..**



# **GESTIONE DISFAGIA: FATTORI OSTACOLANTI**

- Differenze strutturali e organizzative dei servizi di afferenza
- Sottovalutazione del sintomo disfagia
- Scarsa conoscenza delle LG, delle procedure di screening e di valutazione (Chi le fa? Cosa? Dove? Come? Quando?)
- Offerta di presa in carico quantitativamente ridotta
- Carenza di reti di servizi specializzati
- Carenza di risorse, apparecchiature e strumenti di valutazione e gestione



# **PRESA IN CARICO MULTIPROFESSIONALE E INTERDISCIPLINARE**



## **ALLEANZA TERAPEUTICA**



# OCCORRE LAVORARE IN SINERGIA TRA GLI OPERATORI

- Infermiere
- Logopedista
- Fisioterapista
- Terapista Occupazionale
- Neuropsicologo
- OSS
- Nutrizionista
- Colleghe specialisti: Fisiatra-ORL-Foniatra-  
Neurologo-Pneumologo-Geriatra-  
Nutrizionista.....



**E COI PARENTI!**

# INFORMAZIONI CORRETTE

Fondamentale è la capacità dei membri del team di fornire precocemente, dopo la diagnosi, al pz. e ai familiari/caregiver le indicazioni in termini di:

- comportamenti alimentari corretti (relazione col pz., modifica cibi, posture adeguate, ecc.)

**SAREBBE QUINDI UTILE ANDARE D'ACCORDO E PARLARE LA STESSA LINGUA!**



# PERCHE' RIABILITIAMO?

- **Prevenire complicazioni**
  - aspirazione -> polmonite ab ingestis, bronchiti
  - malnutrizione
  - disidratazione
- **Ripristino della funzione deglutitoria**
  - deglutizione funzionale
  - deglutizione fisiologica
- **Migliorare la vita sociale**
- **Migliorare il tono dell'umore**

**OCCORRE RICORDARSI SEMPRE CHE...**

**FUNZIONE  
RESPIRATORIA,  
DEGLUTITORIA  
E MOTORIA**

**Vanno sempre insieme...!**

# **FUNZIONE MOTORIA (E DEGLUTITORIA E RESPIRATORIA)**

# ...PERCHE' DOBBIAMO «MUOVERE» I PAZIENTI?...COSA CAMBIA CON L'ALLETTAMENTO?

## FUNZIONI CARDIOVASCOLARI E COMPOSIZIONE SANGUIGNA

- Diminuzione della gittata cardiaca, volume di eiezione e aumento della FC sotto sforzo
- Rischio di trombosi

## FUNZIONI RESPIRATORIE

- Diminuzione della CFR
- Diminuzione compliance polm.
- Ritenzione secrezioni
- Atelettasie

## ALLETTAMENTO O



## MUSCOLI SCHELETRICI

- Diminuzione della massa muscolare
- Trasformazione fibre IIb
- Diminuzione numero e densità dei mitocondri

## SISTEMA NERVOSO CENTRALE

- Diminuzione equilibrio in postura eretta e durante deambulazione
- Peggiorata esecuzione di test intellettivi
- Favorisce involuzione cerebrale

## COMPOSIZIONE CORPOREA

- Demineralizzazione ossea
- Perdita di proteine
- Diminuzione contenuto corporeo di acqua e sodio
- Perdita di peso e aumento della percentuale della massa grassa

# L'IMPORTANZA DI UNA CORRETTA POSTURA!



**CORREGGERE**

**PER DARE  
STABILITA' E  
SICUREZZA**

**CONTENERE**



# **ALLETTAMENTO PROLUNGATO E MUSCOLI**

**Nel MALATO CRITICO la forza muscolare e l'area di sezione del muscolo si riducono del 2-4% al giorno**

**Heliwel TA , Neuropath Appl Neurobiol 1998  
Spruit MA, Thorax 2003**

**ANCHE I MUSCOLI DELLA  
DEGLUTIZIONE!!!**

## **Tongue Thickness Relates to Nutritional Status in the Elderly**

**Fumiyo Tamura · Takeshi Kikutani ·  
Takashi Tohara · Mitsuyoshi Yoshida ·  
Ken Yaegaki**

**Lo studio evidenzia come la malnutrizione incida sulla componente muscolare del soggetto, coinvolgendo anche la lingua; definendo quindi un circolo per cui allo stato nutrizionale deficitario, si correla una sarcopenia della lingua con conseguente disfagia funzionale e aumento del rischio di malnutrizione**

**FUNZIONE  
RESPIRATORIA  
(E DEGLUTITORIA  
E MOTORIA)**

# COMPLICANZE POLMONARI

*Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*  
Cite journal as: *J Geriatr A Biol Sci Med Sci*  
doi:10.1093/geronm/66.000

© The Author 2011. Published by Oxford University Press on behalf of The Gerontological Society of America.  
All rights reserved. For permissions, please e-mail: [journals.permissions@oup.com](mailto:journals.permissions@oup.com).

## Oropharyngeal Dysphagia is a Risk Factor for Readmission for Pneumonia in the Very Elderly Persons: Observational Prospective Study

Mateu Cabré,<sup>1</sup> Mateu Serra-Prat,<sup>2,3</sup> Ll Forcé,<sup>1</sup> Jordi Almirall,<sup>4,5</sup> Elisabet Palomera,<sup>2</sup> and Pere Clavé<sup>6,3</sup>

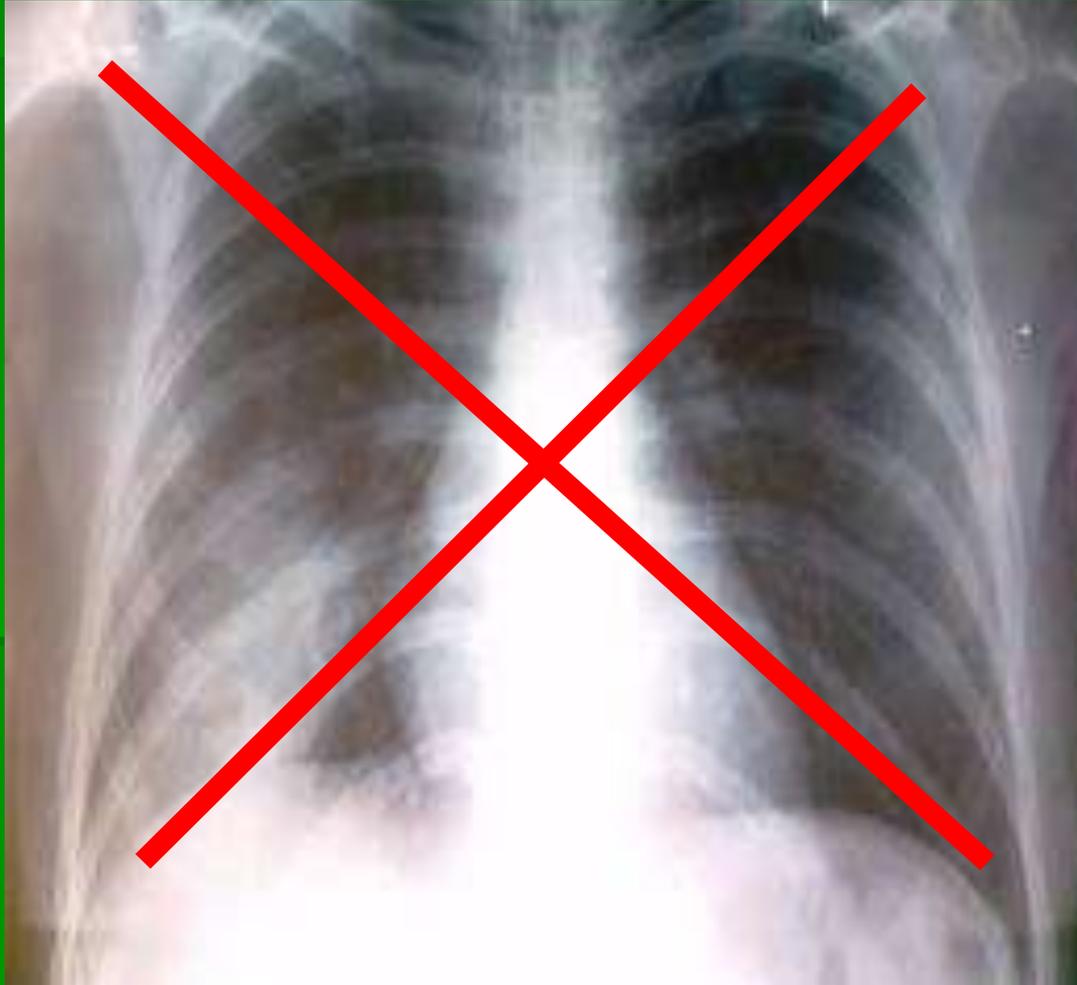
**Si evidenzia come la la disfagia aumenti fino al 400% il rischio di nuovo ricovero per polmonite sia aspiratoria che non, nei pz. anziani post-acuti**  
**Evidenzia come tale fattore sia da tenere in considerazione per ogni caso di polmonite nell'anziano**

# MANIFESTAZIONI CLINICHE

---

- tosse
- febbre, brividi
- malessere generale, mialgie
- dispnea
- dolore toracico pleurítico
- espettorato purulento
- nausea, vomito, anoressia, perdita di peso
- **nell'anziano si assiste ad una compromissione dello stato generale, che coinvolge anche la capacità di nutrirsi, l'idratazione, la continenza sfinterica, il tono dell'umore e le funzioni cognitive**
- **La presentazione clinica è sempre in ritardo rispetto all'esordio**

# Quadro radiologico tipico della polmonite ab ingestis



**SOPRATUTTO SE MANCA  
UNA COSA IMPORTANTE...**



**LA TOSSE!!!**

# TRATTAMENTO RESPIRATORIO



**FUNZIONE  
DEGLUTITORIA  
(E RESPIRATORIA  
E MOTORIA)**

# MALNUTRIZIONE E DISIDRATAZIONE

30-60% in H, 85% in Case di Riposo, 70% post ictus



*aumento*

*riduzione*

- Guarigione ferite
- Funzionalità intestinale
- Funzionalità muscolare
- Funzionalità ventilatoria
- Risposta immunitaria
- Qualità della vita
- Morbilità
- Uso farmaci
- Durata degenza
- Durata riabilitazione
- Rischio infezioni
- Mortalità
- Costi gestione sanitaria

# **SAPPIAMO SEMPRE COSA FARE?**

## **Nutrire il paziente in modo sicuro!!!**

### **DISFAGIA**

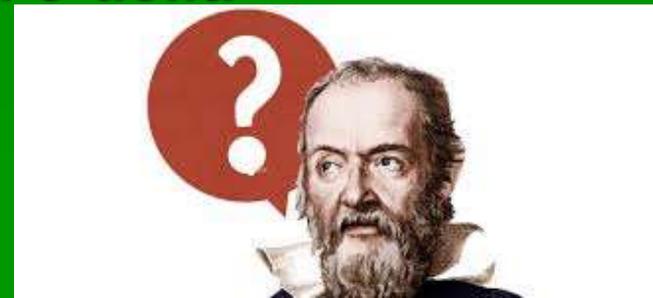
ma anche...

- Aprassia/Agnosia/Anosognosia
- Depressione
- Neglect
- Deficit di controllo del capo e del tronco
- Deficit sensitivi
- Alterato stato di vigilanza
- Disturbi cognitivi e comportamentali (TCE, ictus...)
- Posture scorrette
- Cibi «sbagliati»
- «Fluttuazioni» del paziente
- Farmaci
- I parenti
- ...



# LA DISFAGIA NEUROGENA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

- I pazienti che presentano disturbi comportamentali
  - in eccesso (agitazione psico-motoria, esplosività)
  - o in difetto (acinesia, abulia, inerzia psicomotoria)
- I pazienti che presentano deficit cognitivi
  - diffusi (deficit attentivi, facile distraibilità, esauribilità)
  - o focali (aprassia bucco-facciale)
- presentano un rischio di inalazione non costante, che non dipende da un deficit della muscolatura o della coordinazione, ma dal caos comportamentale e può verificarsi in modo inaspettato

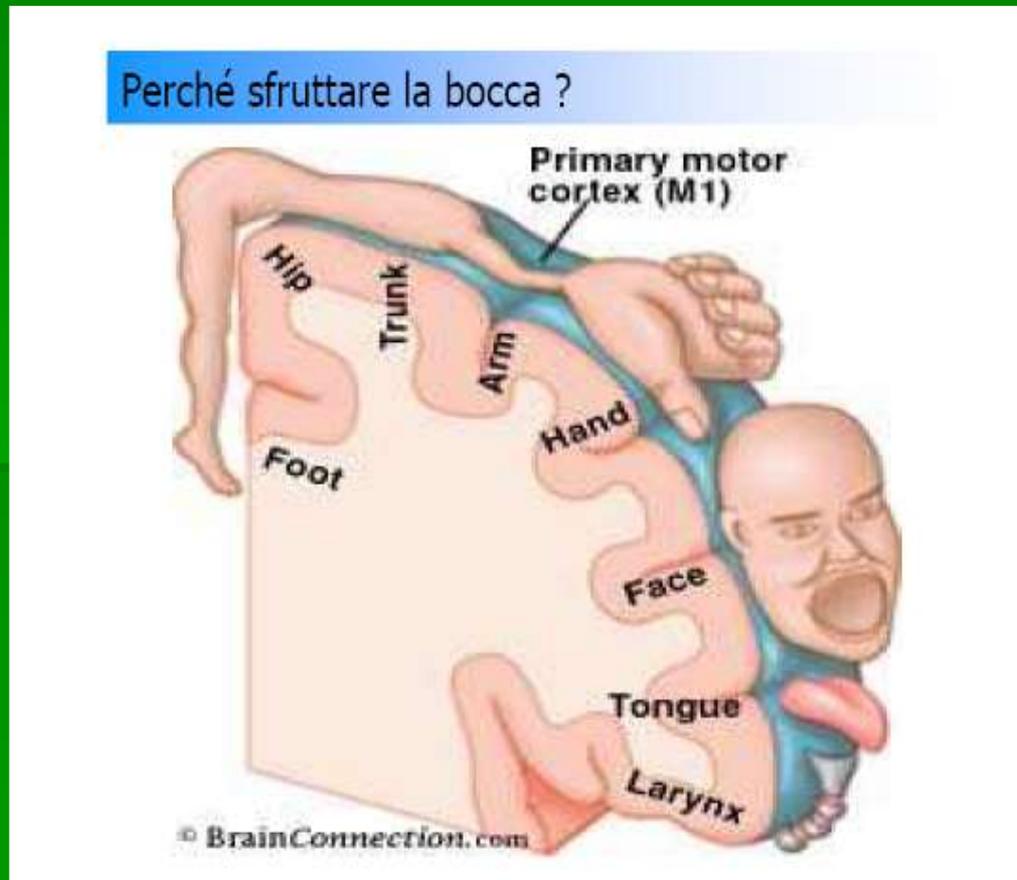


# **CHI SI OCCUPA DI DISFAGIA DEVE...**

- **Conoscere la fisiologia, l'eziopatogenesi, i fattori di rischio, i segni e i sintomi**
- **Conoscere le modalità di valutazione**
- **Conoscere le tecniche di somministrazione dei cibi e le posture facilitanti**
- **Conoscere le procedure di emergenza in caso di problemi**
- **Conoscere l'effetto dei farmaci**
- **Riferirsi a Linee Guida, letteratura esistente, fare costante Formazione**
- **SAPER LAVORARE IN TEAM!**
- **NON IMPROVVISARE CON LA SALUTE DEI PAZIENTI!**

# MA SI PUO' FARE QUALCOSA NEI PAZIENTI MOLTO GRAVI? (Stato Vegetativo? Stato di Minima Coscienza?)

## LA STIMOLAZIONE GUSTATIVA

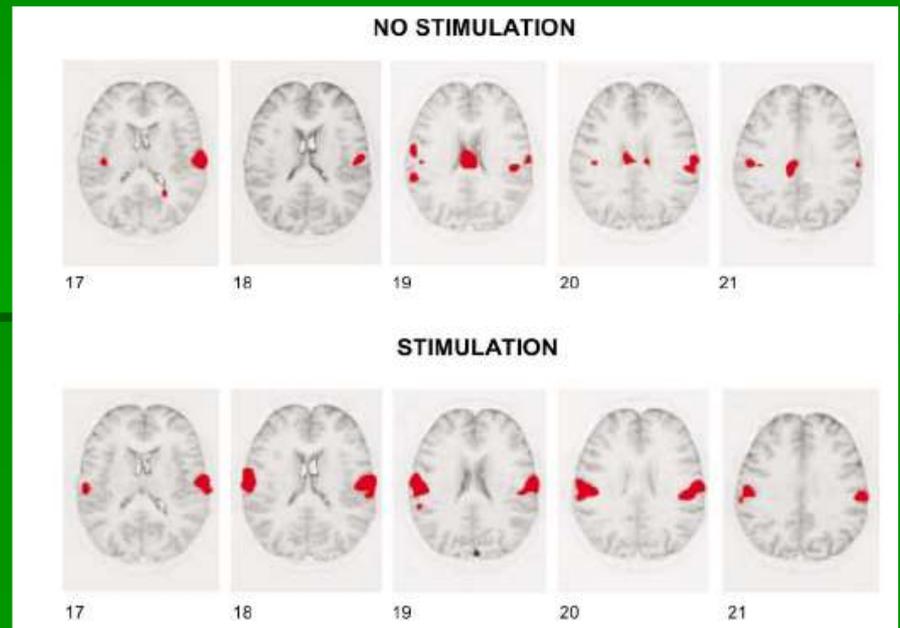


*Zamboni M., 2009*

# STIMOLAZIONE SENSORIALE

La stimolazione sensoriale mira a migliorare la rappresentazione corticale e sottocorticale della percezione del bolo attraverso i sensi (tattile, chimico, cinestesico, di temperatura)

L'EFFETTO DELLA  
STIMOLAZIONE  
SENSORIALE SI HA  
A DISTANZA DI  
SETTIMANE!



# IGIENE CAVO ORALE: VEDIAMO ANCORA QUESTE COSE???



**PURTROPPO SI!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!**

## Candidosi



## Mucosite



## Xerostomia



## Parodontopatia



# CI RICORDIAMO DELLA SCIALORREA?

**INTERFERENZA DA POSTURE OBBLIGATE  
(assenza di controllo del capo, altre posture patologiche)**

**DEFICIT DI SENSIBILITA' PERIORALE E INTRAORALE**



## **COSA FARE?**

**IGIENE ORALE**

**POSTURE**

**FARMACI / TOSSINA BOTULINICA**

**BEHAVIOUR MANAGEMENT**

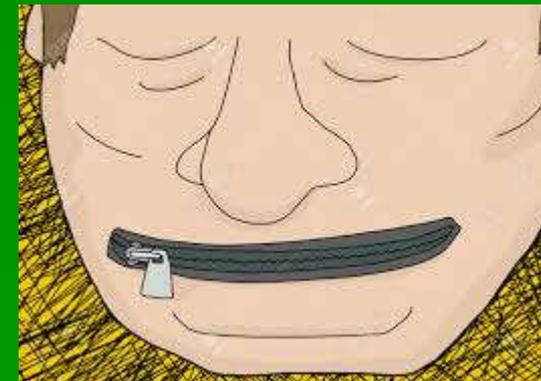
**ORAL MOTOR THERAPY**

**ET**

**KINESIOTAPING**

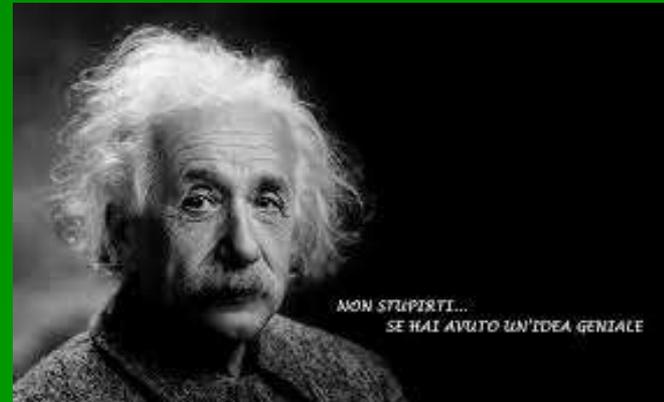
**AGOPUNTURA**

**OMEOPATIA**



# COME GESTIRE IL PAZIENTE COMPLESSO DISFAGICO CON TRACHEO?

- Non esiste un metodo «gold standard»
- Bisogna comprendere la fisiopatologia del paziente per gestire in modo appropriato l'inalazione
- La gestione ottimale è effettuata da un team multidisciplinare



# LA TRACHEOSTOMIA: INTERFERISCE SULLA DEGLUTIZIONE?



Riflesso chiusura glottica indebolito

Tosse glottica diminuita

Elevazione laringea ridotta

Desensibilizzazione laringea e ipofaringea

Atrofia muscolatura in disuso

Pressione sottoglottica diminuita



# IL MANOMETRO QUESTO SCONOSCIUTO... QUANTO «GONFIARE»?



Normalmente tra 15 e 20 mmHg  
sopra i 25 mmHg *ischemia, stenosi*

Al di sotto dei 18 mmHg *pieghe longitudinali della cuffia (con rischio di microaspirazione delle secrezioni adese alla cuffia)*

# **NUTRIZIONE PER OS A CET CUFFIATA: UNA PRESCRIZIONE DISCUTIBILE!**

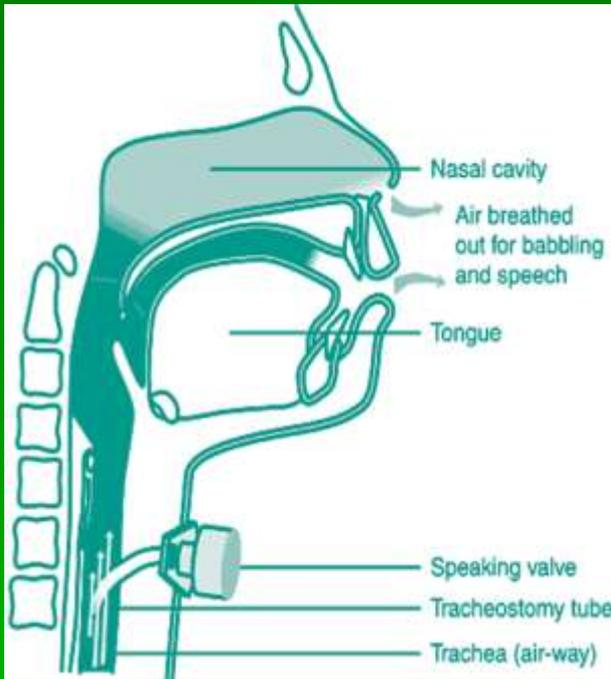
- Si chiede al paziente di deglutire nelle peggiori condizioni riguardo all'elevazione laringea, il gioco delle P e dei flussi di aria sovra/sottoglottica, il meccanismo della tosse, la compressione esofagea, la desensibilizzazione laringea
- Il pz. deglutisce e sembra che tutto vada bene: impostiamo quindi un programma di recupero? Se decannuliamo ci fidiamo delle sue abilità deglutitorie ?
- Siamo sicuri che sia tecnicamente corretto?

## **NON PROTEGGE DALLE MICROASPIRAZIONI**

Nash 1988; Tippet 1991; Dikemann 1995; Higgins 1997; Goldsmith 2000;  
Davis 2002; Ding 2005; Winklmaier 2007; Gregoretti 2015

# DISPOSITIVI DI CHIUSURA

- decannulazione più rapida (respirazione più fisiologica)
- difesa delle vie aeree (detersione ed eliminazione delle secrezioni)



- fonazione
- motricità cordale
- pressione subglottica
- sensibilità
- gusto e olfatto

# INALAZIONE SILENTE

D. RAMSEY: Dysphagia 2005



## Silent Aspiration: what do we know?

Metanalisi (Medline, Enbase, Cochrane)

**ATTENZIONE AI FALSI NEGATIVI!!!**

**UNA DEBOLE TOSSE RILESSA SEMBRA ESSERE PRESENTE  
IN TUTTI GLI STUDI NEI PAZIENTI CON AB INGESTIS**

**INTEGRARE CON ESAMI STRUMENTALI (FEES-VIDEOFLUORO)!**

**E' INDISPENSABILE FARE  
UNO SCREENING:  
VALUTARE E, NEL CASO,  
TRATTARE IL PAZIENTE  
CON DISFAGIA!**

**VALUTAZIONE CLINICA E  
STRUMENTALE**

ARTICOLO ORIGINALE

ORIGINAL ARTICLE

Sezione di Geriatria Clinica

## Studio di prevalenza e gestione della disfagia in riabilitazione geriatrica

Prevalence and management of dysphagia in a geriatric rehabilitation unit

C. LUZZANI, F. GUERINI, S. GENTILE, G. BELLELLI\*, M. TRABUCCHI\*\*

Istituto Clinico di Riabilitazione Ancelle della Carità di Cremona; \* Università di Milano Bicocca;

\*\* Università di Roma "Tor Vergata"

**La disfagia ha un'incidenza rilevante nelle popolazione anziana istituzionalizzata, con un'alta percentuale di peggioramento nella classificazione del disturbo nel tempo (24% della popolazione osservata). Lo studio suggerisce che l'utilizzo di strumenti di classificazione e valutazione semplici e rapidi consente di incidere significativamente sugli esiti per questi pazienti**

# Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained?

This article was published in the following Dove Press journal:

Clinical Interventions in Aging

18 February 2013

[Number of times this article has been viewed](#)

Délio Nogueira

**Background:** The swallowing mechanism changes significantly as people age, even in the

**Nello studio vengono utilizzate valutazioni oggettive e soggettive di disfagia. I risultati puntano ad una relazione significativa delle due metodiche. Si suggerisce di utilizzarle entrambe per correggere significativamente la percentuale di disturbi da disfagia evidenziabili in struttura pur nella consapevolezza della sensibilità delle valutazioni soggettive negli anziani**

# **THE EDINBURGH FEEDING EVALUTATION IN DEMENTIA SCALE (EdFED) (Roger Watson)**

Rispondere alle domande dando i punteggi: MAI (0), A VOLTE (1), SPESSO (2)

- 1. Il paziente richiede una stretta supervisione mentre si alimenta?
- 2. Il paziente richiede aiuto mentre si alimenta
- 3. C'è perdita di cibo mentre si alimenta
- 4. Il paziente tende a lasciare cibo nel pia2o alla fine del pasto
- 5. Il paziente si rifiuta di mangiare?
- 6. Il paziente gira la testa dall'altra parte quando viene alimentato?
- 7. Il paziente si rifiuta di aprire la bocca?
- 8. Il paziente sputa il suo cibo?
- 9. Il paziente tiene la bocca aperta così da far cadere il cibo mentre mangia?
- 10. Il paziente si rifiuta di ingoiare?

# **THE EDINBURGH FEEDING EVALUTATION IN DEMENTIA SCALE (EdFED) (Roger Watson)**

**Il punteggio totale va da 0 a 20, con 20 si ha la massima gravità**

**I punteggi possono essere utilizzati per monitorare il cambiamento**

**11. Indicare il livello adeguato di assistenza richiesta dal paziente \_\_\_\_\_**

**1) supporto educativo**

**2) assistenza compensativa (riesce a mangiare da solo ma ha bisogno di aiuto fisico)**

**3) assistenza del tipo compensativa (richiede di essere imboccato)**

# VALUTAZIONE STRUMENTALE DELLA DISFAGIA

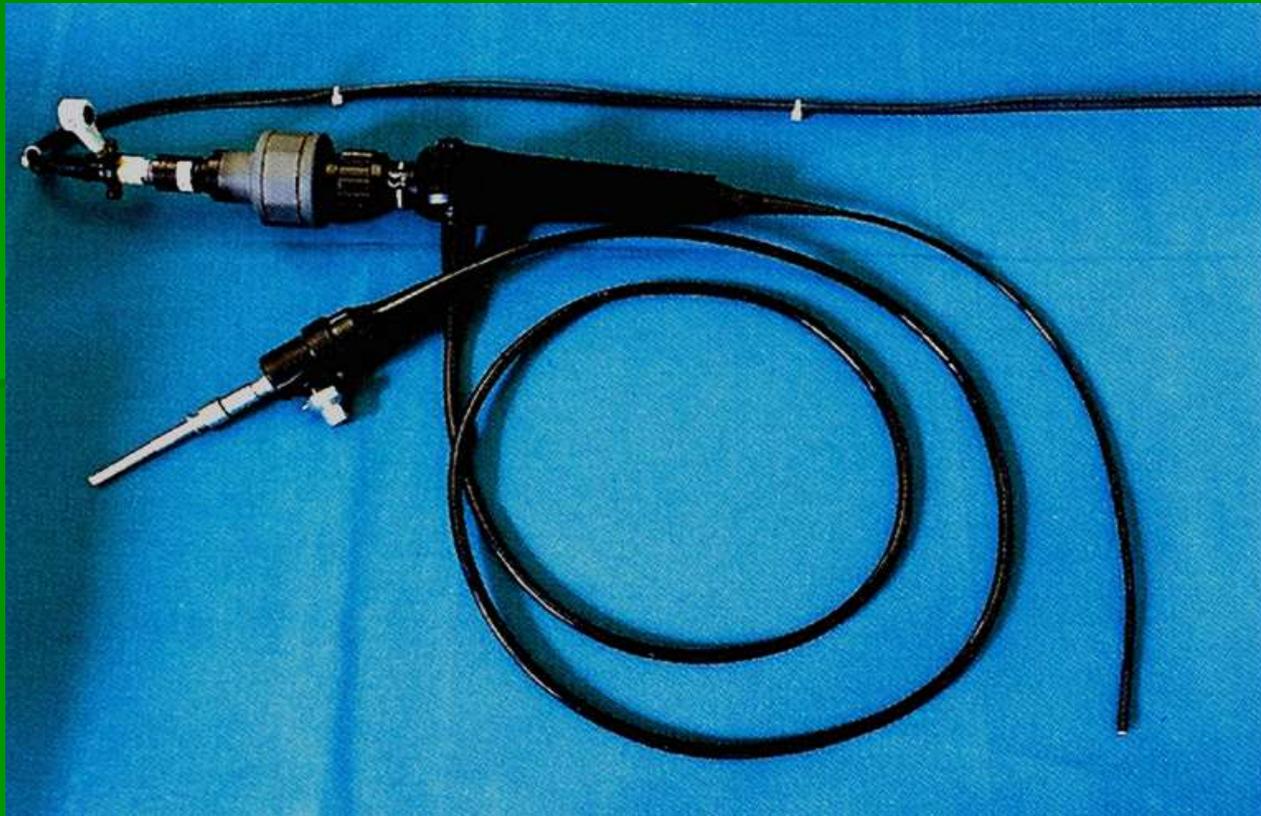
- Video-nasofaringo-laringofibroscopia flessibile (FEES)
- Videofluoroscopia (VFS) con pasto baritato

L'incidenza di disfagia è  
maggiore usando i test  
strumentali (SPREAD  
2010 11.5.3)



# FEES

Rappresenta un efficace mezzo di screening tra soggetti a rischio affetti da patologie neurologiche e un esame complementare in grado di aumentare la sensibilità e la specificità diagnostica dell'esame radiologico



# VANTAGGI E SVANTAGGI FEES

## VANTAGGI

- poco invasiva
- **facile esecuzione**
- **ripetibile**
- economica
- “**motoria e sensitiva**”
- **visione tridimensionale**
- gestione dei ristagni
- Valuta mobilità e competenza velare, chiusura sfintere velofaringeo, ristagno salivare, funzione respiratoria e adduttoria delle corde vocali
- **può fornire indicazioni per la rieducazione (posture adeguate e manovre di compenso)**

## SVANTAGGI

- studio solo della fase faringea
- **black-out deglutitorio (oscuramento visione nella fase propulsiva faringea per dislocazione dell'endoscopio e collabimento delle pareti faringee con l'endoscopio stesso)**
- setting non sempre adeguato
- non monitora aspirazioni silenti
- non eseguibile in pz. non collaboranti



# VANTAGGI E SVANTAGGI VFS

- Studio in tempo reale atto deglutitorio con latenza riflesso faringeo, dettaglio ottimale e completo delle 3 fasi principali (orale, faringea, esofagea) e funzione cricofaringea
- Non è vincolata dal quadro cognitivo del pz.
- Permette di verificare l'effetto delle consistenze modificate e delle posture e manovre sulla sicurezza della deglutizione
- Individua ristagno ed aspirazione anche silenti, ma non percepisce la quantità nel lume faringeo ed endolaringeo
- Esposizione Rx può portare ad eseguire un numero limitato e non ravvicinato di indagini anche in quei pz. in cui la funzione deglutitoria si modifica rapidamente (es.: SLA)
- Valuta l'elevazione laringea
- Visione bidimensionale (meno precisa)
- Studia solo componente motoria, non la sensitiva
- Non valuta affaticamento



# Fibroscoopia endoscopica

## Quadri endoscopici

- Femmina, 24 anni, normale



# Fibroscopia endoscopica

## Quadri endoscopici



- Femmina, 61 anni, ictus ischemico: ristagno cibo solido

# Fibrosopia endoscopica

## Quadri endoscopici



- Maschio, 63 anni, SLA: ristagno salivare

# Fibroscoopia endoscopica

## Quadri endoscopici



- Maschio, 68 anni, esiti ictus cerebri: aspirazione silente di liquido

**LA SPERANZA E':**

**LA CAPACITA' DI INTEGRARE I  
DATI!!!**

**(COME DOVREBBE ESSERE IN  
OGNI ATTIVITA' CLINICA!!!)**

**MOTORIA**



**RESPIRATORIA**

**STABILIZZAZIONE CLINICA E  
NEUROMOTORIA**

**DEGLUTITORIA**

# **ORA C'E' PIU' ATTENZIONE SULLA DEGLUTIZIONE, MA...QUALCHE PROVOCAZIONE OCCORRE SEMPRE FARLA...E ANCHE QUALCHE PROPOSTA...**

- **Quelli rimasti a lungo col «pappone» da tanti anni...che si fà? Mantenere il pattern deglutitorio «appreso»?...è necessario cambiarlo?**
- **Il «gusto» del cibo che si è «sedimentato» nei circuiti cerebrali può essere modificato?**
- **E si possono cambiare le abitudini dei pazienti e, soprattutto, degli operatori e dei parenti?**
- **Perché l'igiene intima viene fatta anche più volte al giorno e la pulizia della bocca no?**
- **Bisogna proprio far mangiare il paziente seduto (e magari costretto) oppure si può camminare mangiando? Magari con cibi a forma modificata...**

# **ORA C'E' PIU' ATTENZIONE SULLA DEGLUTIZIONE, MA...QUALCHE PROVOCAZIONE OCCORRE SEMPRE FARLA...E ANCHE QUALCHE PROPOSTA...**

- **Mini corsi interni teorico-pratici nelle strutture con logopedisti-infermieri-fisioterapisti**
- **Verifica con semplice questionario su «cosa sappiamo e cosa non sappiamo»**
- **Potrebbe essere un argomento di tesi per qualche logopedista o infermiere o terapeuta**
- **Fare un progetto-pilota con una borsa di studio per un logopedista**
- **... ..**

# SINERGIE E RICERCA PER ANDARE

## «OLTRE»...

- NMES, SEP, tDCS, rTMS
- La tossina botulinica
- L'EMG
- Il biofeedback
- I farmaci (nuova frontiera)
- La Formazione continua nei reparti
- La Formazione nei Corsi di Laurea Medici, Infermieri e Terapisti
- Il counselling ai pazienti e ai parenti
- I ricettari e i libri di ricette
- I «bollini» per i ristoranti e gli autogrill con menù per disfagici
- Il Centro per la Deglutizione
- ....



# SOFFICE CUCINA



**ricette d'autore per...  
diversamente buongustai**

**GE**  
EDITORE

**NOI CI SIAMO, CI STIAMO PROVANDO E SIAMO A  
VOSTRA DISPOSIZIONE!**

