



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 2 di 19
PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico				

1.0 AMBITO DI APPLICAZIONE

Il seguente documento è rivolto agli infermieri, agli Operatori Socio Sanitari, ai Logopedisti e ai Fisioterapisti che operano nelle seguenti Unità Operative:

- Neurologia *e SU*
- Riabilitazione Ospedaliera

2.0 OBIETTIVI

È ormai accertato che una indagine precoce della disfagia in pazienti con stroke acuto riduca non solo le complicanze, ma anche la durata del ricovero e la spesa sanitaria generale. Questo dato ha fatto sì che sia raccomandato con forza che tutti i pazienti con stroke, e tutti coloro che mostrano segni di disfagia, siano sottoposti ad uno screening per la deglutizione e, in caso di segni anomali, successivamente sottoposti a un'indagine più approfondita.

3.0 FASI E AZIONI

A) Presa in carico del paziente da parte dell'infermiere:

	Azione
Infermiere	<p>Entro 24 ore dal ricovero, completa valutazione del paziente</p> <p>Anamnesi:</p> <ul style="list-style-type: none">• terapie farmacologiche (psicotropi, neurolettici, antidepressivi e anticolinergici)• intubazioni prolungate• età avanzata• comorbilità <p>Screening della deglutizione, (allegato 1):</p> <ul style="list-style-type: none">• esito negativo: avviare alimentazione per os con cautela con osservazione completa del pasto• esito positivo: posizionamento sondino naso-gastrico e richiesta valutazione scritta logopedica

TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 3 di 19
<p align="center">PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico</p>				

B) Presa in carico da parte della logopedista

	Azione
Logopedista	<ul style="list-style-type: none"> • 1.Valutazione clinica non strumentale: (Allegati 2-3-3a) <ul style="list-style-type: none"> - raccolta dati, - osservazione, - valutazione morfo dinamica delle strutture orali, - valutazione prassie, - valutazione sensibilità, - prove di deglutizione, - compilazione resoconto valutazione da allegare alla documentazione del paziente (cartella clinica e/o infermieristica) (All.4), - consegna scheda informativa ai familiari (All. 5) • Trattamento: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia diretta: manovre e posture, stimolazione con alimenti; - Terapia indiretta: stimolazioni aspecifiche e specifiche del distretto orale; - Modificazioni della dieta; - Studio ausili. • Addestramento paziente e familiari; • Consegna programma di dimissione e istruzioni.



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 4 di 19
-----------	------	----------	------	----------------

PROCEDURA

Presa in carico del paziente disfagico

C) Presa in carico da parte della fisioterapista previa consulenza fisiatrica

	Azione
Fisioterapista	<ol style="list-style-type: none">Valutazione diretta del paziente in fase acuta:<ul style="list-style-type: none">Valutare il controllo del capo e del tronco, con somministrazione del Trunk Control Test (Allegato 6)Valutazione funzionale autonoma (Allegato 7)Stesura in cartella del programma riabilitativo individualizzato.Trattamento<ul style="list-style-type: none">correzione delle asimmetrie posturali,recupero della linea mediana,Rinforzo delle funzioni muscolari a carico degli arti , tronco, capo;Es. per la respirazione.



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 5 di 19
PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico				

5.0 ALLEGATI

ALL. N. 1 SCREENING DELLA DEGLUTIZIONE

COGNOME _____ NOME _____
DATA _____ U.O. _____

CHECKLIST da compilare entro le 24 ore dal ricovero

IGIENE ORALE: è necessario procedere alle pratiche di igiene orale?
Se SI implementare immediatamente l'igiene orale

SI ☐ NO ☐

EVOCAZIONE ATTO DEGLUTITORIO

SI ☐ NO ☐

(far deglutire a vuoto sentire l'elevazione del laringe)

NO = NON PROCEDERE

PARTE 1

STATO DI COSCIENZA:

- Vigile consapevole risponde verbalmente 1 ☐
Assopito ma risvegliabile 2 ☐
Risponde dopo stimolo verbale, non apre gli occhi su richiesta 3 ☐
Risponde allo stimolo doloroso 4 ☐

Data __/__/__

Data __/__/__

Data __/__/__

Ora:

Ora:

Ora:

Punteggio ☐

☐

☐

N.B. punteggio >2= NON PROCEDERE

Rivalutare il paziente entro 24 ore dalla ripresa dello stato di coscienza

CONTROLLO DEL CAPO E DEL TRONCO

- Sta seduto per 15min (anche con supporto) 1
Solo controllo del capo 2
Controllo del capo assente 3

N.B. punteggio= 3 non procedere e

Rivalutare il pz ogni 3ore nelle 24 ore; supporto idrico e nutrizionale, previa indicazione medica

PARTE 2.

- 3-Il paziente può tossire su richiesta? SI ☐ NO ☐ SI procedere
4-Il paziente è in grado di mantenere il controllo della saliva? SI ☐ NO ☐ SI procedere
5- Il paziente è in grado di leccare il labbro superiore ed inferiore? SI ☐ NO ☐ SI procedere
6- Il paziente è in grado di respirare liberamente? SI ☐ NO ☐ SI procedere

SE 3-6 =NO NON PROCEDERE E INVIO PER VALUTAZIONE SPECIFICA

7-IL PAZIENTE HA VOCE BAGNATA/GORGOGLIANTE? SI ☐ NO ☐

7 = SI: NON PROCEDERE E INVIO PER VALUTAZIONE SPECIFICA



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 6 di 19
PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico				

PARTE 3

WATER SWALLOW TEST con controllo della saturazione dell' Ossigeno (controindicata per i pazienti in cui l'aspirazione sia probabile o nota sulla base di altri segni) (2)

porre il SATURIMETRO al dito indice della mano (nell' emiplegico **mano sana**) e monitorare i valori da 1 minuto prima di iniziare la prova fino a 2 minuti successivi alle somministrazioni dell'acqua.

Ripetere per tre volte la somministrazione di un cucchiaino da tè di acqua (5 ml).

Presenza di tosse nell'arco di 2/3 minuti durante la deglutizione sì ☐ no ☐

Voce gorgogliante (far ripetere il suono aha) sì ☐ no ☐

Desaturazione >2% sì ☐ no ☐

SI (CON DESATURAZIONE >2%) NON PROCEDERE E INVIO PER APPROFONDIMENTO

Se la prova viene superata:

Far bere, senza interruzione (50 ml) di acqua con una tazza (3)

Riesce a finire? (minimo 10ml) sì ☐ no ☐

Presenza di tosse nell'arco di 2/3min,durante deglutizione sì ☐ no ☐

Voce gorgogliante (chiedere di dire aha) sì ☐ no ☐

Desaturazione >2% sì ☐ no ☐

CONCLUSIONI:

SE LA PROVA NON VIENE SUPERATA --NULLA PER OS E RICHIESTA DI CONSULENZA PER APPROFONDIMENTO

SE LA PROVA VIENE SUPERATA --Possibilità di alimentarsi per OS con eventuale richiesta consulenza per alimentazione adattata

1“STANDARDISED SWALLOWING SCREEN” “Attività di deglutologia ved. All. 6”(modificato)

1(tratto da: Perry L. 2001) OP.Cit.

2 SIGN- 87 (2004) Op Cit.

3Lim SHB et al OP CIT

FIRMA.....



TIPOLOGIA

COD.

VERSIONE

DATA

Pagina 7 di 19

PROCEDURA

Presa in carico del paziente disfagico

CARTELLA LOGOPEDICA DEL PAZIENTE DISFAGICO ADULTO

Paziente _____ Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ C.F. _____ Tel. _____

Diagnosi _____

Intervento chirurgico _____

Reparto provenienza _____ Data compilazione _____

vigilanza ☐ sì ☐ no LCF _____ ☐ cannula tracheostomica ☐ cuffiata ☐ non cuffiata tipo _____

Alimentazione attuale ☐ ps ☐ sng ☐ peg ☐ mista

Deficit linguistico ☐ afasia ☐ disartria ☐ disfonia

Valutazione morfodinamica delle strutture coinvolte nella deglutizione

- labbra**
- protrusione ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - retrazione ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - chiusura ☐ completa ☐ incompleta
- lingua**
- protrusione ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - retrazione ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - lateralità ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - elevazione ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - abbassamento ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
- palato duro** alterato _____
- velo del palato**
- elevazione ☐ impossibile ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - simmetrico ☐ asimmetrico
- mandibola**
- deviazione a riposo ☐ dx ☐ sx
 - apertura e chiusura ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
 - lateralizzazione ☐ sufficiente ☐ insufficiente ☐ non valutabile
- laringe (elevazione)** ☐ sufficiente ☐ ridotta ☐ non valutabile ☐ assente
- muscolatura del capo** ☐ flessione ☐ estensione ☐ flessione laterale ☐ rotazione laterale

Prassie bucco-linguo-facciali

- aprire la bocca ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente
- gonfiare le guance ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente
- soffiare ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente
- schiacciare la lingua ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente
- fischiare ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente
- sorridere ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente
- mandare un bacio ☐ sì ☐ no ☐ insufficiente

Nervi cranici compromessi

- ☐ V Trigemino
- ☐ VII Facciale
- ☐ X Glozofaringeo
- ☐ X Vago
- ☐ XI Ipoglosso

Sensibilità

- superficiale ☐ conservata ☐ compromessa _____
- profonda ☐ conservata ☐ compromessa _____
- gustativa ☐ conservata ☐ compromessa _____

Riflessi normali

- Tosse volontaria ☐ presente ☐ assente ☐ alterato ☐ non valutabile
- Tosse riflessa ☐ presente ☐ assente ☐ alterato ☐ non valutabile
- vomito ☐ presente ☐ assente ☐ alterato ☐ non valutabile
- deglutizioni spontanee ☐ presente ☐ assente ☐ alterato ☐ non valutabile

Riflessi patologici ☐ del morso ☐ dei punti cardinali ☐ suzione/deglutizione ☐ Altro _____



ATS Sardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro



TIPOLOGIA

COD.

VERSIONE

DATA

Pagina 8 di 19

PROCEDURA

Presa in carico del paziente disfagico

ALLEGATO 2

CARTELLA LOGOPEDICA PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

Paziente _____

Cannula tracheostomica ☐ sì ☐ no Tipo _____

PROVE DI SCUFFIATURA

Data	esito	ricuffiata
_____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no
_____	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no

GESTIONE SALIVA

Data	tracce in cet	tracce all'aspiraz.	aspirazione/penetrazione
_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> immediata <input type="checkbox"/> successiva
_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> immediata <input type="checkbox"/> successiva
_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> immediata <input type="checkbox"/> successiva

WATER SWALLOW TEST

Data	prerequisiti	monitoraggio SpO ₂	10ml	50ml	negativo	positivo (disfagia)
_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo (disfagia)
_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo (disfagia)
_____	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> negativo	<input type="checkbox"/> positivo (disfagia)

PROVE SPECIFICHE DI DEGLUTIZIONE

	Liquidi Data	Semiliquidi Data	Semisolidi Data	Solidi Data	Doppie consistenze Data
osservazioni					
preparazione orale					
transito orale allungato					
atto deglutitorio efficace					
atto deglutitorio assente					
innesco ritardato					
innesco dopo tentativi					
tosse					
deglutizioni ripetute					
deglutizione difficoltosa					
voce gorgogliante					
residui cavo orale post-deglutizione					
fuoriuscita dal naso					

Note qualitative

compensi posturali già adottati _____

DOSS: _____

la logopedista _____



TIPOLOGIA

COD.

VERSIONE

DATA

Pagina 9 di 19

PROCEDURA
Presa in carico del paziente disfagico

ALLEGATO 3

CARTELLA LOGOPEDICA
PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

Paziente _____

Cannula tracheostomica ☐ sì ☐ no Tipo _____

PROVE DI SCUFFIATURA

Data	esito	scuffiatura	Data	tracce in test	tracce all'inspirazione	aspirazione per azione
	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> immediata <input type="checkbox"/> successiva
	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> immediata <input type="checkbox"/> successiva
	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no		<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> immediata <input type="checkbox"/> successiva

GESTIONE SALIVA

WATER SWALLOW TEST

Data	prerequisiti	monitoraggio SpO ₂	10ml	50ml	negativo	positivo (disfagia)
	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo (disfagia)	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo (disfagia)
	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo (disfagia)	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo (disfagia)
	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo (disfagia)	<input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo (disfagia)

PROVE SPECIFICHE DI DEGLUTIZIONE

osservazioni	Liquidi	Semiliquidi	Semisolidi	Solidi	Doppie consistenze
traspirazione orofonatoria					
transito orale allungato					
atto deglutitorio efficace					
atto deglutitorio assereno					
rimesso risucchiato					
rimesso dopo tentativi					
tosse					
deglutizioni ripetute					
deglutizione di piccoli bocconi					
voce fonatoria					
residui cavo orale post-deglutizione					
funzionalità del naso					

Note qualitative

compensi posturali già adottati

DOSS: _____

la logopedista _____



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro

TIPOLOGIA

COD.

VERSIONE

DATA

Pagina 10 di 19

PROCEDURA
Presca in carico del paziente disfacico

ALLEGATO 3 A

CARTELLA LOGOPEDICA
PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON DISTURBI DEL LINGUAGGIO

Paziente: _____ Data e luogo di nascita: _____ C.F.: _____
Reparto provenienza: _____ Diagnosi: _____ Data presa in carico: _____

DISASTRIA ☐ SI ☐ NO

RESPIRAZIONE _____

COORDINAZIONE PNEUMOFONICA _____

FONAZIONE _____

QUALITÀ VOCALE _____

MUSCOLATURA FACIALE

- Faccia _____

- Labbra _____

- Mandibola _____

- Lingua _____

- Vela _____

DIDOCNESI NON FONATORIA _____

DIDOCNESI FONATORIA _____

RIFLESSI

- Masticare _____

- Deglutire cibi solidi _____

- Deglutire cibi liquidi _____

- biline scaburna a riposo _____

- biline scaburna durante l'alimentazione _____

- biline scaburna in conversazione _____

- Tossire/Raschiare _____

INTELLIGIBILITÀ _____

PROSODIA _____

1 2 3 4 5

AFASIA ☐ SI ☐ NO

VALUTAZIONE STANDARDIZZATA

RISPOSTA SINO ATTENDIBILE

ASSOCIAZIONE OGGETTO-IMMAGINE

ASSOCIAZIONE IMMAGINE-IMMAGINE

ASSOCIAZIONE OGGETTO-OGGETTO

SERIE AUTOMATICHE

EL OQUIO SPONTANEO

DEMONIAZIONE ORALE

DESCRIZIONE ORALE

COMPRESIONE ORALE

☐ SI ☐ NO

☐ Verbalizzato ☐ Gestualizzato

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ presente ☐ assente

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ Completa ☐ non completa

☐ parole singole ☐ frasi semplici

☐ parole singole ☐ frasi semplici

☐ parole singole ☐ frasi semplici

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ SI ☐ NO

☐ completa ☐ non completa

☐ parole singole ☐ frasi semplici

☐ parole singole ☐ frasi semplici

☐ parole singole ☐ frasi semplici

Note:

Data:

la logopedista _____



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 11 di 19
-----------	------	----------	------	-----------------

PROCEDURA
Presa in carico del paziente disfagico

ALLEGATO 4

Presidio Ospedaliero "S. Francesco"
U.O. di Riabilitazione Intensiva Ospedaliera
INDICAZIONI LOGOPEDICHE

SULLA DEGLUTIZIONE ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Il Sig./ La Sig.ra _____ nato/a il _____
ha eseguito in data odierna valutazione/rivalutazione della deglutizione. Dalla quale è emersa:

Deglutizione fisiologica	Disfagia lieve	Disfagia moderata	Disfagia severa
---------------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------

Si consiglia:

MODALITA' DI ALIMENTAZIONE

- ☐ Libera per os
- ☐ Per os esclusivamente con consistenze : ☐ semiliquidi ☐ semisolidi ☐ intero-morbidi
(tipo yogurt) (tipo purè) (tipo pasta ben cotta)
- ☐ Per via enterale/parenterale
- ☐ Per os integrata

MODALITA' DI IDRATAZIONE

- ☐ per os

A piccoli sorsi	Con cucchiaino	Con liquidi addensati	Lontano dai pasti	Indifferente durante la giornata
-----------------	----------------	-----------------------	-------------------	----------------------------------

- ☐ per via enterale/parenterale

Con assistenza;

Totale (imboccato)	Intensa (con aiuto)	supervisione	nulla
--------------------	---------------------	--------------	-------

Con somministrazione a carico del

Logopedista	Personale infermieristico	Care-giver
-------------	---------------------------	------------

SOMMINISTRAZIONE TERAPIA PER OS _____

Nuoro _____

la logopedista



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 12 di 19
PROCEDURA Presca in carico del paziente disfagico				

ALLEGATO 5

LA DISFAGIA (Informazioni ai familiari del paziente disfagico)

Queste informazioni hanno lo scopo di rendere più chiari i problemi collegati ai disordini della deglutizione, che possono rendere difficoltosa o problematica la nutrizione del vostro familiare, e per coinvolgervi in modo consapevole e sereno, nel cammino del suo recupero.

Con il termine disfagia si intende la difficoltà nel deglutire, indipendentemente dal motivo che ha generato tale disturbo.

La disfagia rappresenta un disturbo che coinvolge un crocevia estremamente delicato per la nostra salute, quello tra la via alimentare e la via respiratoria.

I disordini della deglutizione possono quindi compromettere i rapporti fra queste due vie, con possibile penetrazione di cibo nelle vie aeree: questa evenienza è una cosa da evitare nel vostro familiare perchè comporta seri rischi che non sono da sottovalutare.

Poichè per il vostro familiare la deglutizione è una funzione compromessa, interverranno degli operatori competenti (LOGOPEDISTI) per attuare una riabilitazione specifica.

Solo questi operatori vi potranno dire quando e come il vostro familiare potrà mangiare qualcosa per bocca e vi renderanno partecipi della stessa riabilitazione dopo avervi insegnato ciò che è fondamentale per rendere il pasto una parentesi serena e sicura.

Per aiutare il vostro familiare durante l'alimentazione è necessario:

- posizionare il paziente seduto correttamente con il busto a 90° e fare tenere il capo nell'atteggiamento consigliato
- favorire la massima attenzione durante il pasto, avendo cura di:
- spegnere la televisione;
- non farlo conversare;
- sedergli vicino/di fronte in modo da evitargli di alzare la testa o girare la testa;
- procedere lentamente con un boccone alla volta;
- promuovere un'accurata igiene orale dopo il pasto per rimuovere eventuali residui di cibo

Il problema dell'aspirazione, cioè del cibo che entra nelle vie respiratorie, anzichè andare verso lo stomaco, è un problema molto importante (che in alcuni pazienti non è evidente), ma che deve essere preso in seria e tempestica considerazione dai familiari.

Segnalare prontamente se si verificano uno o più segni delle seguenti condizioni:

- tosse durante e subito dopo il passaggio del cibo (è sempre un campanello d'allarme)
- aumento della salivazione o di muco, anche maleodorante, durante e dopo i pasti
- presenza di voce gorgogliante (come se ci fosse liquido intorno alle corde vocali)
- modesto e costante rialzo febbrile durante le ore pomeridiane.



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 13 di 19
-----------	------	----------	------	-----------------

PROCEDURA
Presa in carico del paziente disfagico

Consistenza degli alimenti concessi del/la sig./sig.ra _____

CATEGORIA	CONSISTENZA	DESCRIZIONE	ESEMPI
A	SEMILQUIDA	Fluida; omogenea; setacciata; si può versare; non può essere mangiata con forchetta; non può essere disposta a strati.	Salsa di pomodoro, passato di verdura, omogenizzati di frutta e di verdura, yogurt privi di frutta a pezzi
B	SEMISOLIDA	Fluida; omogenea; frullata; setacciata; può essere mangiata con forchetta; può essere disposta a strati; non richiede masticazione	Budini; omogenizzati di pesce, carne o di formaggio; formaggi freschi (ricotta, robiola) polenta, flan, purè di patate solido, panna cotta.
C	SOLIDA (MORBIDA)	Umido; non frullato; non setacciato; facilmente riconducibile a pezzetti o purea con forchetta; richiede poca masticazione	Mela cotta; gnocchi, ravioli, pasta ben cotta, verdura cotta non filamentosa, torte morbide, polpette, pesche privo di lisce.
D	SOLIDA (ESTREMA)	Alimento normale non modificato	Sono inclusi tutti gli alimenti che non sono modificati e che richiedono una valida masticazione

Postura consigliata ☐ SI ☐ NO _____

Assunzione di liquidi per os ☐ SI ☐ NO _____

ALIMENTI SEMPRE SCONSIGLIATI IN CASO DI DISFAGIA

- Doppie consistenze caratterizzate dalla coesistenza di due consistenze es. La pastina in brodo, minestrone con verdure a pezzi, zuppe di legumi, gelato con nocciole o cioccolato, yoghurt con frutta a pezzi, pastiglie con acqua;
- Biscotti e crackers friabili, che si possano sbriciolare;
- Riso;
- Verdure filamentose come finocchio, carciofo, fagiolini con filo; buccia della frutta, uva e altri alimenti fibrosi;
- Frutta secca e caramelle se dure e compatte

La logopedista



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 14 di 19
-----------	------	----------	------	-----------------

PROCEDURA
Presa in carico del paziente disfagico

ALLEGATO 6

PRESIDIO OSPEDALIERO "S. FRANCESCO"
SERVIZIO DI RIABILITAZIONE

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo

--	--	--	--

TRUNK CONTROL TEST

TEST	Data ingresso:	Data valut. intermedia	Data dimissione:
1. Girarsi sul lato malato			
2. Girarsi sul lato sano			
3. Passaggio da supino a seduto			
4. Equilibrio da seduto			
Totale punteggio:			

Punteggio:

0 = il paziente necessita dell'aiuto di un assistente (anche minimo contatto fisico) per eseguire quanto richiesto;
12 = il paziente è in grado di effettuare il movimento richiesto soltanto aggrappandosi a sponde, trapezi, persone;
25 = il paziente effettua il movimento in maniera normale.

Indicazioni:

Sono testati quattro movimenti, con il paziente disteso sul letto:

Girarsi sul lato patologico: Dalla posizione supina il pz. deve girarsi sul lato patologico/debole. Può tirarsi/spingersi con l'arto sano (in tal caso il punteggio è 12).

Girarsi sul lato sano: Dalla posizione supina il pz. deve girarsi sul lato sano. Il punteggio è 12 se il pz. si aiuta con gli arti sani.

Passaggio dalla posizione supina a quella seduta:

il pz. deve sedersi partendo dalla posizione supina. Può spingersi/tirarsi con gli arti superiori. Il punteggio è 12 se il pz. si aggrappa a sponde, trapezi, persone.

Equilibrio da seduto:

seduto a bordo letto, piedi non appoggiati a terra, deve rimanere seduto in equilibrio per 30".

Il punteggio è 12 se il pz. deve sostenersi con le mani; punteggio 0 se non è in grado di rimanere in equilibrio per 30"



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 15 di 19
-----------	------	----------	------	-----------------

PROCEDURA
Presa in carico del paziente disfagico

ALLEGATO 7

Barthel Index Modificato (BIM)

Alimentazione	BIM
Capace di alimentarsi da solo se i cibi sono preparati sul vassoio e raggiungibili. Autonomo nell'uso di eventuali ausili (tutte le attività : tagliare, spalmare, ecc.)	10
Capace di alimentarsi da solo ma non di tagliare, aprire il latte, svitare un barattolo ecc. Non è necessaria la presenza di una persona.	8
Capace di alimentarsi da solo ma con supervisore. Richiede assistenza nelle attività come versare il latte, mettere il sale, girare un piatto, spalmare il burro ecc.	5
Necessita di aiuto per tutto il pasto. Capace di usare una posata (es. cucchiaino).	2
Totalmente dipendente, deve essere imboccato.	0
Igiene Personale	BIM
Capace di lavarsi mani, faccia e denti, petinarsi; un uomo deve sapersi radere (tutte le operazioni, e con tutti i tipi di rasoio), una donna deve sapersi truccare (esclusa l'acconciatura dei capelli) se abituati a farlo.	5
In grado di eseguire tutte le operazioni di igiene ma necessita di minimo aiuto prima e/o dopo le operazioni.	4
Necessita di aiuto per una o più operazioni.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Incapace di provvedere all'igiene personale. Totalmente dipendente.	0
Farsi il bagno o la doccia	BIM
Capace di farsi il bagno in vasca o la doccia o una spugnatrice completa, completamente autonomo.	5
Necessita di supervisione per sicurezza (es. Trasferimenti, controllo temperatura dell'acqua ecc.).	4
Necessita di aiuto per il trasferimento o per lavarsi/asciugarsi.	3
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	1
Totalmente dipendente nel lavarsi.	0
Abbigliamento	BIM
Capace di indossare, togliere e allacciare correttamente tutti gli indumenti comprese le scarpe, indossare un corsetto o una protesi.	10
Necessita di minimo aiuto per compiti di manualità fine (bottoni, cerniere, ganci, lacci delle scarpe ecc.).	8
Necessita di aiuto per mettere/togliere qualche indumento.	5
Capace di collaborare in minima parte ma dipendente per tutte le attività.	2
Totalmente dipendente, non collabora alle attività.	0
Trasferimenti carrozzina/letto	BIM
Capace, in sicurezza, di avvicinarsi al letto, bloccare i freni, alzare le pedane, trasferirsi, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo del letto, girare la carrozzina, tornare in carrozzina. Indipendente in tutte le fasi.	15
Necessaria la supervisione di una persona per maggior sicurezza.	12
Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.	8
Collabora ma richiede massimo aiuto, da parte di una persona, in tutti gli aspetti del trasferimento.	3
Totalmente dipendente, sono necessarie due persone con/senza un sollevamalai.	0
Uso del W.C.	BIM
Capace di trasferirsi da/sul W.C., sfilarsi/infilarsi i vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica. Può usare la comoda o la padella o il pappagallo in modo autonomo (inclusi lo svuotamento e la pulizia).	10
Necessita di una supervisione per maggior sicurezza, o per la pulizia/svuotamento della comoda, pappagallo, ecc.	8
Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi, per i trasferimenti e per lavarsi le mani.	5
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	2
Totalmente dipendente.	0
Continenza urinaria	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Uso autonomo dei presidi urinari interni/esterni (condom, ecc.)	10
Generalmente asciutto giorno e notte. Qualche episodio di incontinenza o necessita di minimo aiuto per la gestione dei presidi urinari.	8
Generalmente asciutto di giorno ma non di notte. Necessita di aiuto per la gestione dei presidi urinari.	5
Incontinente ma collabora nell'applicazione di presidi urinari.	2
Totalmente incontinente o portatore di catetere a dimora.	0
Continenza intestinale	BIM
Controllo completo sia di giorno che di notte. Capace di mettersi le supposte o fare i clisteri.	10
Occasionali episodi di incontinenza, necessita di supervisione per uso di supposte o clisteri.	8
Frequenti episodi di incontinenza. Non è in grado di eseguire manovre specifiche e di pulirsi. Necessita di aiuto nell'uso dei dispositivi come il pannolone.	5
Necessita di aiuto in tutte le fasi.	2
Totalmente incontinente.	0
	BIM



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 16 di 19
<p align="center">PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico</p>				

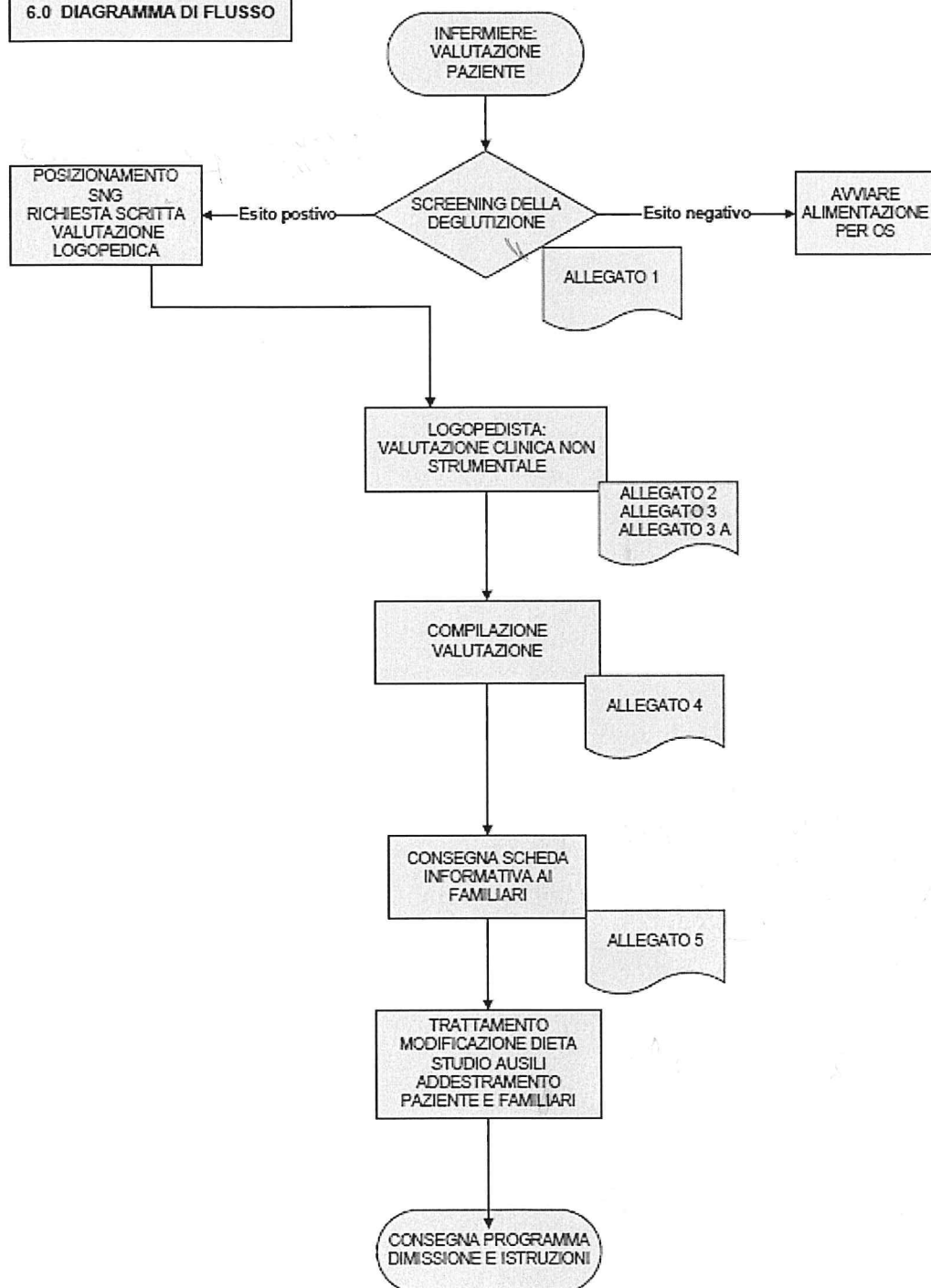
Deambulazione	
Capace di gestire una protesi se necessaria, di alzarsi in piedi e di sedersi, di sistemare gli ausili. Capace di usare gli ausili (bastone, ecc.) e di camminare 50 mt. Senza aiuto o supervisore.	15
Indipendente nella deambulazione ma con autonomia inferiore a 50 metri o necessita di supervisione per maggior sicurezza nelle situazioni a rischio.	8
Necessita di una persona per raggiungere o usare correttamente gli ausili.	5
Necessita della presenza costante di una o più persone durante la deambulazione.	2
Totalmente dipendente, non è in grado di deambulare.	0
Uso della carrozzina (nel BIM non c'è questa area, inserire 5 nell'area. Deambulazione se il paziente è autonomo in carrozzina).	BIM
Capace di muoversi autonomamente in carrozzina (fare le curve, cambiare direzione, avvicinarsi al tavolo, letto, wc ecc.).	5
L'autonomia deve essere di almeno 50 mt.	
Capace di spingersi per tempi prolungati e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per le curve strette.	4
E' necessario l'aiuto di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto ecc.	3
Capace di spingersi per brevi tratti e su terreni pianeggianti, necessita di aiuto per tutte le manovre.	1
Totalmente dipendente negli spostamenti con la carrozzina.	0
Scale	BIM
E' in grado di salire e scendere una rampa di scala in sicurezza senza aiuto né supervisione. Se necessario usa il corrimano o gli ausili (bastone ecc.) e li trasporta in modo autonomo.	10
Generalmente è autonomo. Occasionalmente necessita di supervisione per sicurezza o a causa di rigidità mattutina (spasticità), dispnea ecc.	8
Capace di fare le scale ma non di gestire gli ausili, necessita di supervisione e di assistenza.	5
Necessita di aiuto costante in tutte le fasi compresa la gestione degli ausili.	2
Incapace di salire e scendere le scale.	0
TOTALE	

Categorie	Punteggi totali Indice di Barthel modificato	Livello di dipendenza	Ore di assistenza necessarie per settimana
1	0-24	Totale	27.0
2	25-49	Severa	23.5
3	50-74	Moderata	20.0
4	75-90	Lieve	13.0
5	91-99	Minima	<10



PROCEDURA
Presa in carico del paziente disfagico

6.0 DIAGRAMMA DI FLUSSO



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 18 di 19
PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico				

7.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI:

- Bubbico Luciano:** *Identificazione precoce della disfagia nei pazienti anziani con stroke post acuto: Valutazione di alcuni indici diagnostici. 2010 (10° Congresso Nazionale S.I.R.N. Società Italiana di Riabilitazione Neurologica);*
- Centro Studi EBN Area Governo Clinico, Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo, Regione Emilia Romagna, AOU di Bologna:** *“Attività Di Deglutologia P.A. per il paziente con disfagia orofaringea”. 2010*
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network:** *Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. SIGN 119-2010.*
- G.C. Di Girolamo e coll.** *“Trattamento integrato della disfagia: proposta di un percorso valutativo- riabilitativo condiviso”. Europa Medicophysica, (suppl. 1 n. 3) 2008.*
- Consensus Conference:** *“Linee Guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatría e logopedia”. Torino 2007.*
- S. Bonin, M. Cibir, L. Scarato:** *“La gestione della disfagia: screening, interventi assistenziali, consigli dietetici e preparazione pasti con consistenza modificata” Vicenza 1 dicembre 2006.*
- **Scottish Intercollegiate Guidelines Network:** *Management of patients with stroke: Identification and management of dysphagia. SIGN N. 78- 2004.*
- CENTRO STUDI EBN, Direzione Servizio Infermieristico e Tecnico, AO di Bologna, Policlinico Sant’Orsola Malpighi, Bologna:** *“La disfagia oro-faringea nel paziente adulto con patologia neurologica” 2001.*
- SPREAD 2009-2011,** *11.5.3 Disfagia*



ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Nuoro



TIPOLOGIA	COD.	VERSIONE	DATA	Pagina 19 di 19
PROCEDURA Presa in carico del paziente disfagico				

8.0 GRUPPO DI LAVORO:

- **MARONGIU LUCIA:** *Coordinatore Infermieristico- Responsabile Area Formazione Direzione Professioni Sanitarie*
- **MELIS EGIDIA:** *TdR/ Fisioterapista Osp. C. Zonchello*
- **MINGIONI MARA:** *Logopedista Osp. S. Francesco/C. Zonchello*
- **MOLEDDA GRAZIELLA:** *TdR/ Coordinatore Fisioterapisti Servizio Ospedaliero*
- **TATTI FRANCA:** *Infermiera U.O. Neurologia*