





**UNIVERSITÀ GIUSTINO FORTUNATO**  
D.M. 13 aprile 2006 - G.U. n° 104 del 6/05/2006 - TELEMATICA



**UniforJob**  
ACADEMY



**Accademia Eraclitea**  
ENTE DI RICERCA E DI ALTA FORMAZIONE ACCREDITATO

# Master Universitario di primo livello in “Deglutologia geriatrica”

A.A. 2023/24

## La disfagia nei pazienti con ictus

Logopedista dr Antonio Amitrano

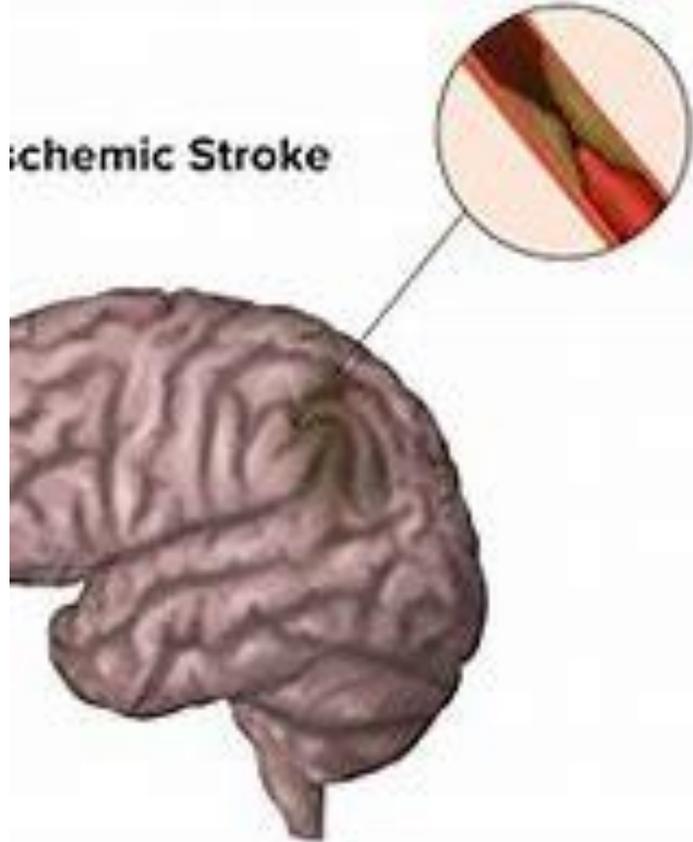
Per ictus s'intende un'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale e/o globale (coma) delle funzioni cerebrali, di durata superiore alle 24 ore o ad esito infausto, non attribuibile ad altra causa apparente se non a vasculopatia cerebrale

L'ictus cerebrale è la seconda causa di morte a livello mondiale e la prima di disabilità nell'adulto

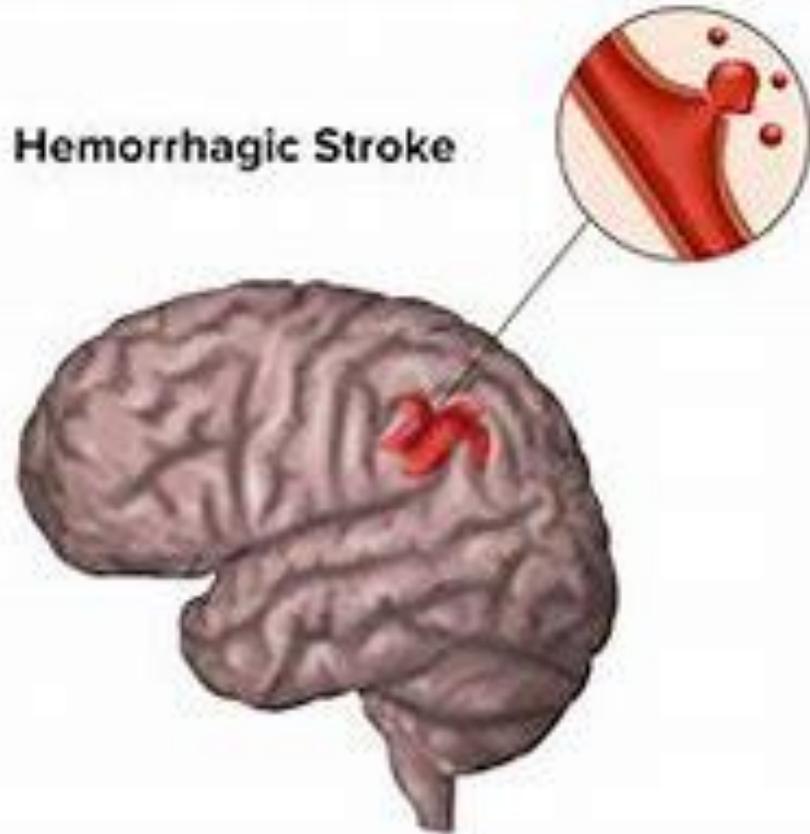
# ictus

- **Ictus ischemico**: si verifica quando un'arteria che irrorava l'encefalo viene ostruita dalla formazione di una placca aterosclerotica e/o da un coagulo di sangue che si forma sopra la placca stessa (ictus trombotico) oppure da un coagulo di sangue che proviene dal cuore o da un altro distretto vascolare (ictus trombo-embolico). Circa l'80% di tutti gli ictus è ischemico.
- **Ictus emorragico**: si verifica quando un'arteria situata nell'encefalo si rompe, provocando così un'emorragia intracerebrale non traumatica (questa forma rappresenta il 15-20% di tutti gli ictus) oppure nello spazio sub-aracnoideo (l'aracnoide è una membrana protettiva del cervello; questa forma rappresenta circa il 3%-5% di tutti gli ictus). L'ipertensione è quasi sempre la causa di questa forma gravissima di ictus.

**Ischemic Stroke**



**Hemorrhagic Stroke**



La mortalità risulta più alta per le emorragie subaracnoidee ed intraparenchimali rispetto agli ictus ischemici.



# Transient Ischemic Attack

- l'attacco ischemico transitorio o TIA (Transient Ischemic Attack), che si differenzia dall'ictus ischemico per la minore durata dei sintomi (inferiore alle 24 ore, anche se nella maggior parte dei casi il TIA dura pochi minuti, dai 5 ai 30 minuti).
- circa un terzo delle persone che presenta un TIA, in futuro andrà incontro ad un ictus vero e proprio.
- In Italia il numero dei ricoveri per TIA attualmente supera i 30.000 l'anno.

- ❑ I tassi di incidenza grezzi a livello mondiale oscillano tra 144 e 373/100.000-anno.
- ❑ In Italia, l'incidenza grezza oscilla tra 144 e 293/100.000-anno.
- ❑ L'incidenza dell'ictus globalmente considerato nell'età giovanile (età inferiore a 45 anni) è pari a circa 7/100.000-anno.

# L'incidenza dell'ictus cerebrale aumenta con l'età.

- L'ictus è più frequente dopo i 55 anni, la sua prevalenza raddoppia successivamente ad ogni decade;
- **il 75% degli ictus si verifica nelle persone con più di 65 anni.**
- **La prevalenza di ictus nelle persone di età 65-84 anni è del 6,5%** (negli uomini 7,4%, nelle donne 5,9%).

- **Ictus emorragico**: un ictus cerebrale causato da una emorragia in un territorio vascolare dell'encefalo.
- **Ictus ischemico**: un ictus cerebrale causato da una ischemia in un territorio vascolare dell'encefalo.

**L'ictus ischemico rappresenta l'80% dei nuovi episodi e l'emorragia cerebrale il rimanente 20%.**

# Fattori di rischio per ictus ischemico

- Età
- Sesso maschile
- Avere un familiare di primo grado (genitori, fratelli/sorelle, figli) colpito da ictus, TIA e/o altri eventi vascolari precoci, ovvero verificatosi prima dei 55 anni nei maschi e prima dei 65 anni nelle femmine
- Storia di un TIA precedente
- Ipertensione arteriosa
- Dislipidemie, in particolare ipercolesterolemia
- Diabete mellito
- Tabagismo
- Sedentarietà/scarsa attività fisica
- Consumo rischioso e dannoso di alcol
- Scorretta alimentazione (troppo abbondante, povera di fibre e ricca di sale, grassi animali e colesterolo)
- Sovrappeso/obesità
- Fibrillazione atriale
- Ipertrofia ventricolare sinistra
- Cardiopatie
- Aterosclerosi
- Disordini trombofilici
- Anemia a cellule falciformi
- Emicrania
- Uso di contraccettivi orali
- Assunzione di droghe

## **L'età è il maggiore fattore di rischio per l'ictus.**

- L'incidenza di ictus aumenta con l'età e, a partire dai 55 anni, raddoppia per ogni decade. La maggior parte degli ictus si verifica dopo i 65 anni.

# Fattori di rischio per ictus emorragico

- Età
- Iperensione arteriosa
- Consumo rischioso e dannoso di alcol
- Tabagismo
- Diabete mellito
- Sedentarietà/scarsa attività fisica
- Scorretta alimentazione
- Sovrappeso/obesità
- Malformazioni vascolari (aneurismi, angiomi)
- Disordini emorragici
- Assunzione di droghe

# Altri fattori di rischio

- Infezioni
- Artriti croniche
- Iperomocisteinemia
- Iperuricemia
- Malattie infiammatorie intestinali croniche
- Malattia renale
- **Sindrome delle apnee ostruttive nel sonno (OSAS)**
- **Sindrome metabolica** (condizione clinica caratterizzata dalla contemporanea presenza di almeno tre variabili tra obesità addominale, ipertrigliceridemia, bassi livelli di colesterolo HDL, ipertensione arteriosa, iperglicemia).
- Terapia ormonale sostitutiva (Hormone Replacement Therapy, HRT)
- **Fattori correlabili all'ambiente socio-familiare** (basso livello culturale ed economico, tipo di professione, stress)
- Inquinamento atmosferico
- **Fattori climatici**

- I tassi annui grezzi di incidenza dell'ictus ischemico per 100.000 abitanti in Italia variano tra 106 e 313/100.000/anno.
- Complessivamente, dal 1990 al 2013, l'incidenza dell'ictus ischemico si è ridotta, passando da 128 a 114/100.000/anno. Dal 2000 al 2010, la riduzione è stata significativa nei soggetti di età >60 anni grazie al controllo dei fattori di rischio, mentre è rimasta sostanzialmente invariata in soggetti di età compresa tra i 45 e i 59 anni.

- Ogni anno si registrano nel nostro Paese circa 90.000 ricoveri dovuti all'ictus cerebrale, di cui il 20% sono recidive.
- 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.

Nel nostro Paese il numero di soggetti sopravvissuti ad un ictus, con esiti più o meno invalidanti, è pari a circa 940.000.

- L'impatto dell'ictus, in termini di riduzione dell'autosufficienza e di incidenza dei bisogni assistenziali, risulta particolarmente gravoso.
- L'Italia dovrà prepararsi a spendere ogni annodai 12 ai 30 miliardi di euro l'anno solo per curare le persone colpite da ictus cerebrale (dati American Heart-StrokeAssociation)
- se consideriamo i costi in termini di perdita di produttività, il danno per il nostro Paese aumenta in un range da 7 a 13 miliardi di euro

# Ictus



È fondamentale riconoscere immediatamente i sintomi dell'ictus (o del TIA) per poter intervenire quanto prima possibile attraverso la chiamata al 112/118 e il successivo trasporto urgente in un ospedale ove si effettuano le cure specialistiche dell'ictus (Centri Ictus o Stroke Unit).



# FAST

L'acronimo FAST, usato dagli americani, consente di ricordare facilmente alcuni test da fare nel sospetto che una persona sia stata colpita da un ictus (Cincinnati Prehospital Stroke Scale):

- **F** (come Face: Faccia): chiedere alla persona di sorridere e osservare se un angolo della bocca non si solleva o "cade" e la bocca appare "storta";
- **A** (come Arms: braccia): chiedere alla persona di alzare entrambe le braccia e osservare se presenta difficoltà/incapacità a sollevare un braccio o a mantenerlo alzato allo stesso livello dell'altro";
- **S** (come Speech: linguaggio): chiedere alla persona di ripetere una frase semplice e valutare se il suo modo di parlare risulti strano (parole senza senso) o biascicato;
- **T** (come Time:Tempo): se è presente uno qualunque di questi segni, bisogna CHIAMARE IMMEDIATAMENTE IL 112/118. È fondamentale evitare di perdere tempo:

*NON aspettare di vedere se i sintomi migliorano spontaneamente;*

*NON chiamare e non recarsi dal medico di medicina generale (MMG) o dalla Guardia Medica;*

*NON recarsi in Pronto Soccorso con mezzi propri, anche per evitare di presentarsi in un Ospedale dove non sia disponibile almeno il trattamento trombolitico per via endovenosa.*

La diagnosi di ictus viene fatta in ospedale mediante l'ausilio delle seguenti indagini strumentali.

- **TAC cerebrale** (senza mezzo di contrasto): è l'esame indicato il prima possibile, dopo l'arrivo in pronto soccorso (permette di distinguere tra ictus ischemico ed emorragico ed evidenzia eventuali segni di sofferenza ischemica cerebrale precoci. È consigliabile ripetere questo esame a distanza di 48 ore.
- **Ecodoppler vasi epiaortici**: consente di evidenziare la presenza di aterosclerosi carotidea e il grado di ostruzione di queste arterie.
- **Elettrocardiogramma**: viene effettuato di routine durante il ricovero per valutare il cuore e permette di riconoscere, tra l'altro, l'eventuale presenza di aritmie predisponenti l'ictus come la fibrillazione atriale.
- **Ecocardiogramma** (transtoracico o transesofageo): indicata in particolare nello studio di un'eventuale embolia a partenza cardiaca.
- **Angiografia cerebrale**: viene effettuata nelle prime ore dall'ictus, solo nel caso in cui si decida di trattare il paziente con intervento endovascolare di disostruzione arteriosa.

# Trattamento dell'ictus ischemico in fase acuta

- **Trombolitici**: vengono somministrati endovena, entro 4.5 ore dall'inizio dei sintomi in ambiente ospedaliero (dopo la TAC). Questi farmaci, aiutano a sciogliere il trombo e a ripristinare il flusso di sangue nell'area interessata. Prima si interviene e più cellule cerebrali si salvano ("il tempo è cervello"), consentendo una migliore ripresa dall'ictus. Questi farmaci hanno molte limitazioni (possono provocare un'emorragia cerebrale), quindi possono essere somministrati dal medico solo a pazienti selezionati.
- **Rimozione meccanica del trombo (trombectomia)**: i medici possono rimuovere il trombo che ha causato l'ictus, introducendo uno speciale catetere nelle arterie che irrorano l'encefalo.

# Trattamento dell'ictus ischemico in fase acuta

- **Disostruzione della carotide** in presenza di grave aterosclerosi carotidea attraverso due modi:
  - *endoarteriectomia carotidea (TEA)*: il chirurgo apre l'arteria carotide che decorre nella parte laterale del collo e la ripulisce delle placche aterosclerotiche che la ostruiscono
  - *angioplastica e stent*: il medico inserisce nella carotide (introdotto da un'arteria dell'inguine) un catetere sormontato da un palloncino che dilata l'arteria ostruita, inserendo poi una retina metallica (stent) per mantenerla aperta.

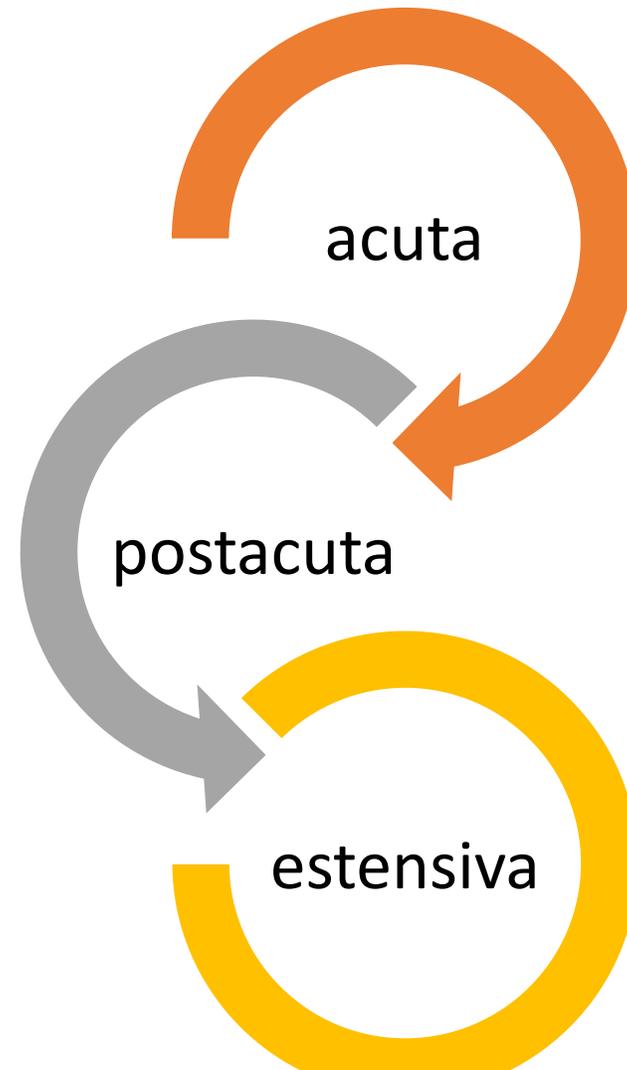
# Trattamento dell'ictus ischemico in fase acuta

- **Farmaci antiaggreganti** come l'acido acetilsalicilico (aspirina); questi farmaci sono indicati nella fase acuta dell'ictus ischemico qualora non sussistano indicazioni al trattamento anticoagulante o trombolitico.
- **Farmaci anticoagulanti**: l'uso sistematico di eparina non è raccomandato come terapia specifica dell'ictus ischemico acuto, ma farmaci anticoagulanti orali (ad es. warfarin) vengono somministrati in prevenzione secondaria ai pazienti con fibrillazione atriale o altre cause di ictus tromboembolico.

# Trattamento dell'ictus emorragico in fase acuta

- Lo scopo del trattamento è ridurre la pressione intracranica e controllare il sanguinamento e la pressione arteriosa.
- É necessario fare attenzione ai pazienti già in trattamento con anticoagulanti orali o potenti antiaggreganti piastrinici, farmaci o trasfusioni di emocomponenti.
- In caso di alcune emorragie importanti il neurochirurgo può intervenire chirurgicamente per bloccare l'emorragia.

# Percorso ictus: tre fasi



# il ruolo del logopedista



logopedista antonio amitrano

# L'Unità Neurovascolare(Stroke Unit) di I Livello si caratterizza per la presenza, in area di



- competenze multidisciplinari (compreso personale specializzato per l'erogazione di procedure neurasonologiche di eco-colorDoppler dei tronchi sovraortici e dei vasi intracranici e di procedure ecocardiografiche, incluse o esistenti nel contesto della struttura);
- di norma almeno un neurologo dedicato per turno lavorativo e personale infermieristico esperto;
- possibilità di monitoraggio di almeno un posto letto;
- riabilitazione precoce (fisioterapia, **logopedia**, **terapia occupazionale**);
- terapia fibrinolitica endovenosa;
- pronta disponibilità neurochirurgica (anche in altra sede con supporto tecnologico telediagnostico);
- disponibilità h24 di TC cerebrale e/o angio-TC con apparecchio volumetrico multistrati ad almeno 16 strati e/o RM encefalo, RM DWI, angio-RM;
- collegamento operativo con le SU di I e II livello per invio immagini e consultazione (telemedicina);
- collegamento operativo (protocolli condivisi di valutazione del danno e della disabilità, di indicatori di processo riabilitativo e di esito) con il territorio e con una o più strutture riabilitative

L'Unità Neurovascolare (Stroke Unit) di II livello deve trattare almeno 500 casi/anno di ictus e, oltre a quanto previsto per i centri ictus di I livello, deve garantire i seguenti standard:

- unità di norma a conduzione neurologica;
- personale dedicato h24;
- neuroradiologia h24/7 con: TC volumetrica multistrato a 64 strati, con programmi di
- ricostruzione angiografica e perfusionale; apparecchio da 1,5 Tesla per RM, RM-DWI,
- RM-PWI e angio-RM con pacchetto per rapida effettuazione;
- interventistica endovascolare con camera con angiografo digitale con arco a C e con
- Flat Pannel (h24/7 o reperibilità);
- neurochirurgia (h24/7 o reperibilità);
- chirurgia vascolare (24/7 o reperibilità);
- trombectomia meccanica (urgenza), stent extra- ed intracranico;
- embolizzazione di malformazioni AV, aneurismi (urgenza ed elezione);
- endoarterectomia (urgenza);
- craniotomia decompressiva;
- clipping degli aneurismi.



Scottish Intercollegiate Guidelines Network  
Part of NHS Quality Improvement Scotland

Help us to improve SIGN guidelines -  
click here to complete our survey

**118** Management of patients with stroke:  
Rehabilitation, prevention and management of  
complications, and discharge planning  
*A national clinical guideline*

D

**Speech and language therapists should be involved in stroke management at all stages in the recovery process and should liaise closely with all related healthcare professionals, with outside agencies, both statutory and voluntary, with the individual who has had a stroke and with his/her carers.**

**Oropharyngeal Dysphagia Assessment  
and Management in Adults  
Clinical Guideline**

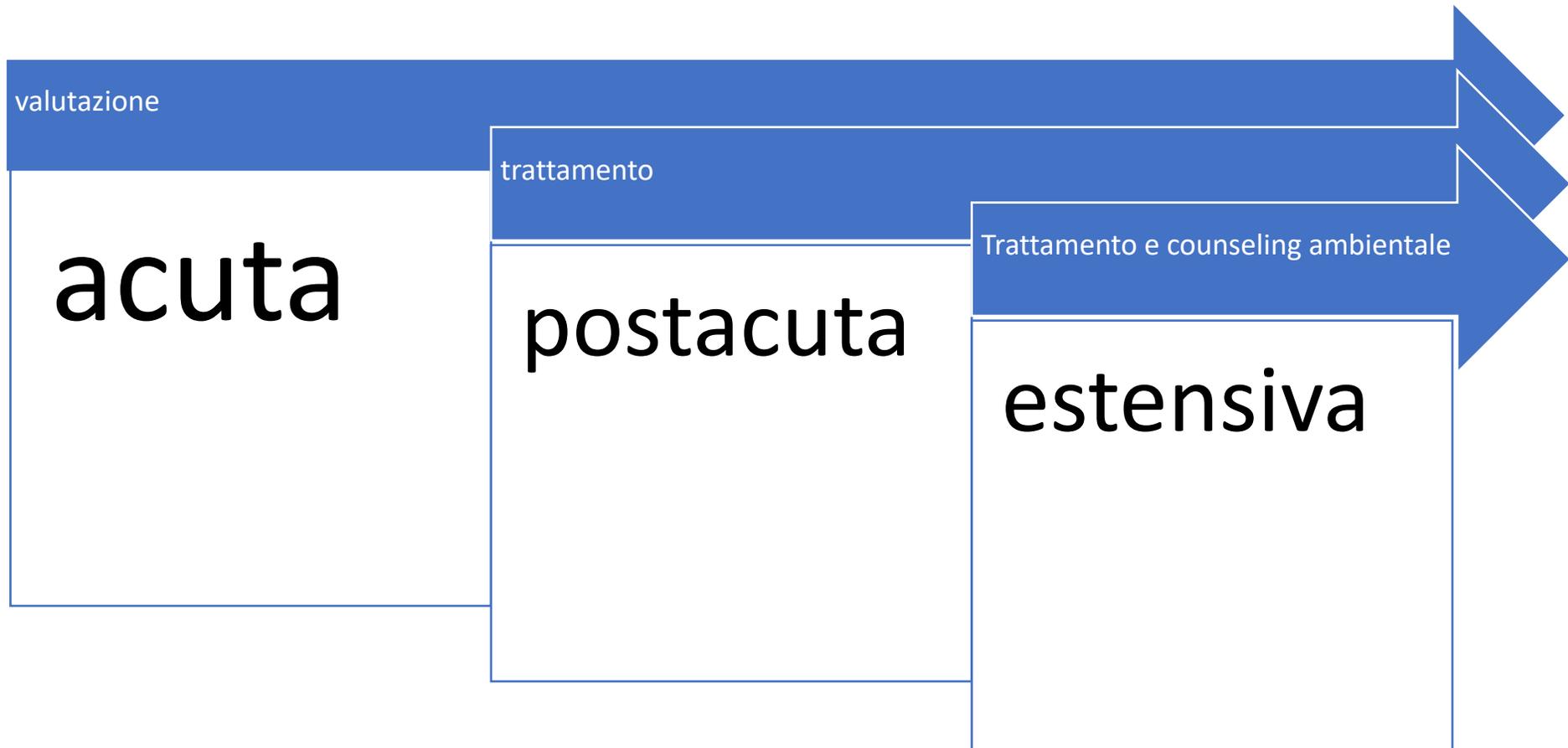
**V8.2**

**May 2024**

1.13. Speech and language therapists have a unique HCPC registered role in identifying and managing oropharyngeal dysphagia associated with a broad range of developmental, neurological, and head and neck disorders. The key role of the speech and language therapist in the assessment, differential diagnosis and management of dysphagia has been recognised in national and international guidelines of practice.



Il logopedista ha un proprio ruolo in tutte le fasi del percorso di gestione del paziente con ictus



# Quali domini:

- Comunicativo: disartria-afasia
- Disturbi dell'area NPS
- Disfagia

forward 20  
1997/2017

# SPREAD

Stroke Prevention And Educational Awareness Diffusion

## VIII Edizione

## Ictus cerebrale:

linee guida italiane di prevenzione e trattamento

**Raccomandazioni e Sintesi**

---

### Sintesi 10.6

---

La disfagia è una conseguenza frequente dell'ictus con ricadute negative sull'esito clinico e funzionale, sulla mortalità e sui tempi di degenza. Oltre alla malnutrizione, possibili complicanze determinate dalla disfagia sono: l'aspirazione di materiale estraneo con conseguente broncopneumopatia ab ingestis, la disidratazione e l'emoconcentrazione con effetti secondari negativi sulla perfusione cerebrale e sulla funzione renale.

La disfagia post-ictus è presente in oltre il 50% dei pazienti con ictus acuto e in una percentuale variabile dall'11 al 50% a 6 mesi dall'evento, sebbene la maggior parte dei pazienti risolva le problematiche deglutitorie dopo le prime settimane

> [Eur Stroke J. 2021 Sep;6\(3\):LXXXIX-CXV. doi: 10.1177/23969873211039721. Epub 2021 Oct 13.](#)

## **European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia**

Rainer Dziewas<sup>1 2</sup>, Emilia Michou<sup>3 4</sup>, Michaela Trapl-Grundschober<sup>5</sup>, Avtar Lal<sup>6</sup>, Ethem Murat Arsava<sup>7</sup>, Philip M Bath<sup>8</sup>, Pere Clavé<sup>9</sup>, Jörg Glahn<sup>10</sup>, Shaheen Hamdy<sup>4</sup>, Sue Pownall<sup>11</sup>, Antonio Schindler<sup>12</sup>, Margaret Walshe<sup>13</sup>, Rainer Wirth<sup>14</sup>, David Wright<sup>15</sup>, Eric Verin<sup>16</sup>

- La disfagia post stroke è particolarmente frequente nelle prime ore e nei primi giorni dopo l'ictus e in questa fase la polmonite ab ingestis è una complicanza abbastanza frequente che interessa circa il 10% dei pazienti post ictus ospedalizzati che diventa il 40% nei casi di lesione estesa ed età avanzata.

DOI: 10.1007/s00391-019-01563-x • Corpus ID: 167218849

## **Dysphagia from a neurogeriatric point of view**

[T. Warnecke](#), [R. Dziewas](#), [+2 authors](#) [T. Prell](#) • Published in *Zeitschrift für Gerontologie...* 28 May 2019 • Medicine •

*Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*  
logopedista antonio amitrano

L'età avanzata è un fattore di rischio indipendente nelle genesi di disfagia così come un BMI basso e un alto punteggio alla Modified Rankin Scale e punteggi alti alla NIHSS

- La presenza di disfagia post ictus aumenta il rischio di polmonite ab ingestis, malnutrizione, disidratazione, mortalità oltre ad impattare negativamente sul benessere psicologico e sul livello di indipendenza dell'individuo

# Costi della disfagia

La presenza di disfagia incide in maniera significativa sui costi dell'assistenza dei pazienti con stroke (13.806/11.834 euro per i pazienti con problemi respiratori rispetto a 8154,0/ 9190,0 euro per i pazienti senza problemi respiratori).

› [Neurogastroenterol Motil.](#) 2018 Mar 23:e13338. doi: 10.1111/nmo.13338. Online ahead of print.

## **Prevalence, risk factors and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study**

L Rofes <sup>1 2</sup>, D Muriana <sup>3</sup>, E Palomeras <sup>3</sup>, N Vilardell <sup>1</sup>, E Palomera <sup>4</sup>, D Alvarez-Berdugo <sup>1 2</sup>,  
V Casado <sup>3</sup>, P Clavé <sup>1 2</sup>

logopedista antonio amitrano

## Principali studi che descrivono i costi della disfagia post ictus

Wojner AW 2000 (USA)	Analisi dei costi ospedalieri dei pazienti con stroke emorragico e ischemico nutriti con NA	Costi di degenza significativamente più elevati
Bonilha HS, 2014 (USA)	Costi relativi ad un anno di disfagia dopo uno stroke ischemico	Incremento dei costi di circa 4510 dollari
Chen CM 2015 (Taiwan)	Fattori predittivi dei costi dell'ospedalizzazione per ictus ischemico	Costi medi di 5134 dollari per i pazienti con disfagia rispetto ai 4606 dei non disfagici
Chen CM 2016 (Taiwan)	Fattori predittivi dei costi dell'ospedalizzazione per ictus emorragico	Costi medi di 7329 dollari per i pazienti con disfagia rispetto ai 5935 dei non disfagici
Muehleman N 2019 (Svizzera e Francia)	Costi di ricovero di pazienti disfagici post ictus ischemico	Incremento dei costi di 3000 euro (Francia) e 14.000 (Svizzera Francese) dei pazienti con disfagia post stroke

Che fare



**Raccomandazione 10.17****Forte a favore (vedi anche raccomandazione 14.23) Grado D**

---

Un monitoraggio standardizzato della funzione deglutitoria è indicato al fine di prevenire le complicanze secondarie alla disfagia.

**Raccomandazione 10.18****Forte a favore (vedi anche Raccomandazione 14.24) Grado D**

---

Una valutazione clinica standardizzata del rischio di disfagia (usando il BSA: Bedside Swallowing Assessment) e un test semplice, quale il test della deglutizione di acqua, sono raccomandati in tutti i pazienti con ictus acuto. In centri specializzati possono essere utilizzati approcci più sofisticati, quali un esame condotto dal logopedista o dal foniatra o la video-fluoroscopia.

**Sintesi 13.9**

---

I pazienti disfagici presentano un rischio di polmonite oltre 3 volte maggiore rispetto ai non disfagici, mentre tale rischio diventa altissimo nei pazienti con aspirazione.

### **Raccomandazione 13.12**

**Forte a favore**

---

È raccomandata la riabilitazione in unità di riabilitazione intensiva con competenze specifiche per l'ictus (Unità Ictus Riabilitative) solamente in ictus con disabilità moderata o grave, che necessitano di assistenza medica ed infermieristica continua, con prognosi funzionale favorevole, che non presentano demenza e che possono essere sottoposti a training intensivo (almeno 3 ore di attività riabilitativa individuale al giorno).

### **Sintesi 13.18**

---

Il trasferimento in degenza riabilitativa entro i 30 giorni dall'evento acuto permette il raggiungimento di miglioramenti funzionali più significativi.

### **Raccomandazione 13.18**

**Forte a favore**

---

È raccomandata la riabilitazione estensiva nei pazienti con disabilità residua e severa comorbidità che non possono sostenere un trattamento di tipo intensivo.

### **Sintesi 13.20**

---

L'ictus rappresenta una causa frequente di mortalità e disabilità in età avanzata. Nel paziente anziano, la disabilità secondaria all'ictus spesso si sovrappone a quella determinata dalla comorbidità.

stesura 21 luglio 2016

---

132

SPREAD – Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion  
Ictus cerebrale: Linee guida italiane di prevenzione e trattamento

### **Raccomandazione 13.30**

**Debole a favore**

---

È indicato che il team dedicato all'assistenza territoriale controlli periodicamente (ogni sei mesi) il mantenimento delle attività e la partecipazione sociale del soggetto anziano colpito da ictus.

logopedista antonio amitrano

**Raccomandazione 14.2.b****Debole a favore**

---

Nella fase acuta dell'ictus è indicato valutare lo stato di coscienza, le competenze deglutitorie, l'efficienza cognitiva e comunicativa, lo stato nutrizionale, il rischio di decubiti, il rischio di caduta, le esigenze del paziente in rapporto alle limitazioni dell'attività motoria, la disabilità globale e segmentaria attraverso strumenti di misura validati, il contesto socio-sanitario in cui è inserito.

**Raccomandazione 14.2.c****Forte a favore**

---

Nella fase acuta dell'ictus e durante tutta la degenza ospedaliera è raccomandato adottare tutte le procedure necessarie per promuovere:

- mobilizzazione precoce, corretto posizionamento, variazione delle posture a letto (igiene posturale);
- precoce recupero della stazione seduta, corretto allineamento posturale e progressiva verticalizzazione che dovrebbe attestarsi entro 3 giorni dall'evento, in ogni caso prima possibile compatibilmente con le condizioni cliniche generali del paziente;
- la partecipazione alle attività quotidiane.

### **Raccomandazione 14.5**

### **Forte a favore**

---

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, neuropsicologo, terapeuta occupazionale ed infermiere).

**Raccomandazione 14.23****Forte a favore (vedi anche Raccomandazione 10.17)**

---

Nelle prime 24 ore dall'ictus è raccomandata una tempestiva valutazione del rischio di aspirazione, mediante la somministrazione di un test di screening semplice, quale il test della deglutizione dell'acqua, da parte di personale addestrato, a tutti i pazienti vigili, collaboranti e in grado di mantenere la stazione seduta a letto con appoggio.

**Raccomandazione 14.24****Forte a favore (vedi anche Raccomandazione 10.18)**

---

In presenza di un disturbo della deglutizione sono raccomandati una valutazione clinica standardizzata del rischio di disfagia (usando il BSA: Bedside Swallowing Assessment), l'intervento di un logopedista, l'adozione di misure idonee da parte del team assistenziale e, a seconda dei segni clinici, una valutazione strumentale più approfondita (FEES o VFS).

**Raccomandazione 14.25****GPP**

---

Si ritiene opportuna una gestione standardizzata della funzione deglutitoria, al fine di prevenire le complicanze secondarie alla disfagia.

**Raccomandazione 14.26****GPP**

In presenza di disfagia severa si ritiene opportuna la nutrizione artificiale attraverso un sondino naso-gastrico nelle prime 2-3 settimane dall'evento. Il posizionamento di gastrostomia percutanea endoscopica (PEG) è opportuno per quei pazienti che presentano disfagia severa post-ictus che si preveda non possa risolversi entro le successive 4-6 settimane.

**Raccomandazione 14.27****Debole a favore**

È indicato un programma riabilitativo che includa esercizi per l'incremento della funzione motoria orofaringea in associazione alle tecniche specifiche (manovre di compenso posturali e di modificazioni reologiche del cibo).

**Raccomandazione 14.28****GPP**

Si ritiene opportuno il monitoraggio del bilancio idrico e dell'apporto di nutrienti in tutti i pazienti ad elevato rischio di malnutrizione o malnutriti e/o con problemi di deglutizione.

**Raccomandazione 14.29****Forte a favore**

La supplementazione con integratori dietetici o la nutrizione enterale sono raccomandati nei pazienti disfagici ad alto rischio nutrizionale in cui l'assunzione alimentare sia inadeguata.

**Raccomandazione 14.30****Debole a favore**

È indicato valutare adeguatamente la tempistica dello svezzamento dalla nutrizione enterale nei soggetti con indici prognostici favorevoli ed eseguirlo con modalità standardizzata e con monitoraggio clinico, videofluoroscopico e/o endoscopico, eseguito da personale specializzato, meglio se congiuntamente al logopedista.

**Raccomandazione 14.31****Debole a favore**

Nel soggetto disfagico in cui è appropriata l'alimentazione per via orale, è indicato l'impiego della dieta progressiva per la disfagia, che prevede quattro livelli: dieta omogeneizzata, dieta semi-solida, dieta solida morbida e dieta regolare.

**Raccomandazione 14.32****GPP**

Si ritiene opportuno che a tutti i pazienti con ictus che non sono in grado di provvedere autonomamente, e specialmente a quelli con problemi di deglutizione, sia fornita regolarmente l'igiene del cavo orale, comprensiva della cura e del posizionamento di eventuale protesi dentaria.

**Raccomandazione 14.33****GPP**

---

Si ritiene opportuno che gli operatori del servizio di ristorazione ospedaliera siano in grado di preparare cibi di consistenza modificata.

**Raccomandazione 14.34****GPP**

---

Si ritiene opportuno informare i pazienti, i caregivers ed i familiari sulle modalità di gestione dell'alimentazione (modalità di preparazione ed arricchimento degli alimenti, tecniche posturali ottimali, specifici ausili per la somministrazione di alimenti).

**Raccomandazione 14.35****GPP**

---

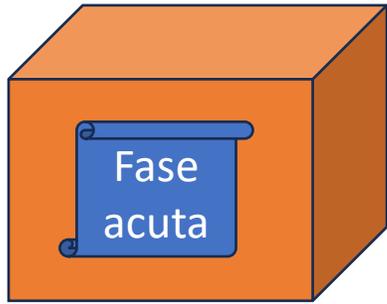
Per tutti i pazienti disfagici seguiti nella riabilitazione, si ritiene opportuno che la lettera di dimissione riporti le indicazioni relative alla dieta, ai compensi posturali e a tutti i provvedimenti da adottare durante i pasti per la sicurezza del paziente, così come l'eventuale indicazione di prosecuzione del trattamento riabilitativo.

# Disfagia post ictus

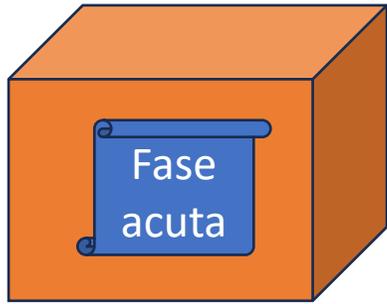
Fase  
acuta

Fase  
post  
acuta

Fase  
cronica

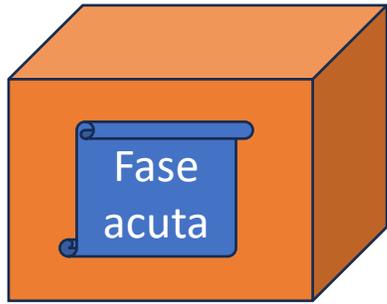


L'intervento è finalizzato alla valutazione delle difficoltà di deglutizione e decisione sulla possibilità e le eventuali modalità di alimentazione del paziente



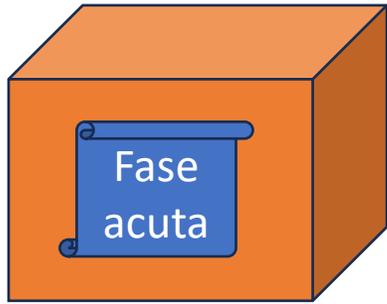
la prognosi a breve termine della disfagia è generalmente considerata favorevole. Di norma il tempo medio di recupero è una settimana (Martino et al. STROKE 2005)

Una quota rilevante del recupero, dal 43% fino all' 86% avviene con modalità intrinseca, spontaneamente, nelle prime settimane Gordon C (1987); Teasell RW (1994).



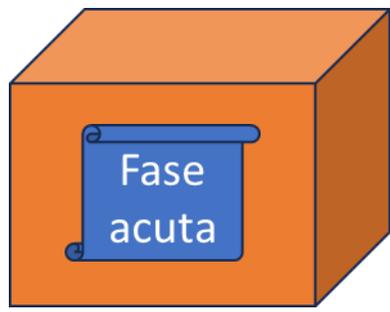
## AZIONI

- ✓ valutazione (clinica e strumentale)
- ✓ monitoraggio
- ✓ Adozione di tecniche di compenso



## AZIONI

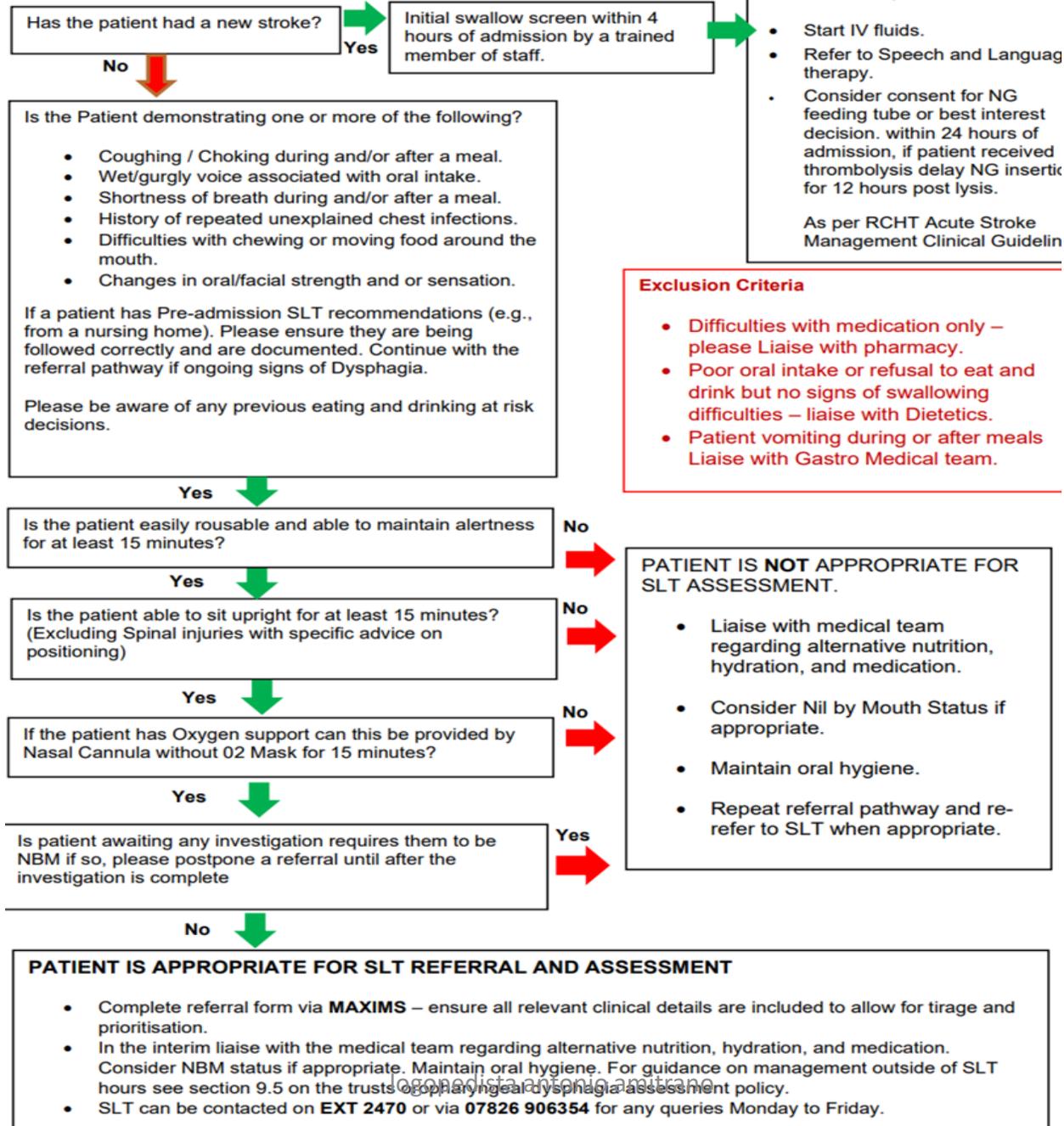
- ✓ valutazione (clinica e strumentale)
- ✓ monitoraggio
- ✓ Adozione di tecniche di compenso



## **VALUTAZIONE**

**la valutazione della deglutizione dovrebbe essere  
effettuata in ogni paziente con ictus (SPREAD 2007)**

## Summary



## precondizioni

- Paz vigile
- Paz seduto
- Igiene orale
- Ambiente tranquillo

## Procedura di screening

- Utilizzo di un test di screening
  - ✓ *Conoscenza*
  - ✓ *Esperienza*
  - ✓ *materiale*

## decisioni

- Alimentazione per os
- NPO
- Attivazione ulteriori livelli di valutazione

L'azienda chiede di organizzare un corso sulla  
disfagia per i nuovi giovani infermieri  
(neolaureati) che dovranno prendere servizio  
nella stroke unit di I livello

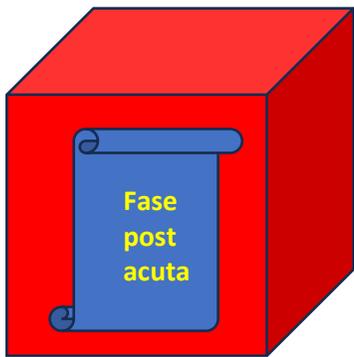
- Per l'11% dei pazienti affetti da esiti di ictus la disfagia è ancora presente a 6 mesi dall'evento acuto e per il 4% il sintomo è riscontrabile ad un anno (Spread 2003).
- la disfagia è presente a 6 mesi dall'evento dall' 11 al 50% dei soggetti colpiti da ictus

> [Eur Stroke J. 2021 Sep;6\(3\):LXXXIX-CXV. doi: 10.1177/23969873211039721. Epub 2021 Oct 13.](#)

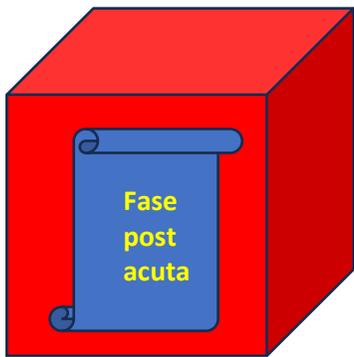
## **European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia**

Rainer Dziewas <sup>1 2</sup>, Emilia Michou <sup>3 4</sup>, Michaela Trapl-Grundschober <sup>5</sup>, Avtar Lal <sup>6</sup>, Ethem Murat Arsava <sup>7</sup>, Philip M Bath <sup>8</sup>, Pere Clavé <sup>9</sup>, Jörg Glahn <sup>10</sup>, Shaheen Hamdy <sup>4</sup>, Sue Pownall <sup>11</sup>, Antonio Schindler <sup>12</sup>, Margaret Walshe <sup>13</sup>, Rainer Wirth <sup>14</sup>, David Wright <sup>15</sup>, Eric Verin <sup>16</sup>

logopedista antonio amitrano

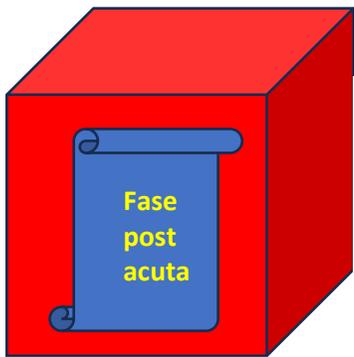


**L'INTERVENTO è FINALIZZATO AL RECUPERO  
DELLA DISFAGIA**



## Azioni

- Valutazione
- Trattamento
- counseling

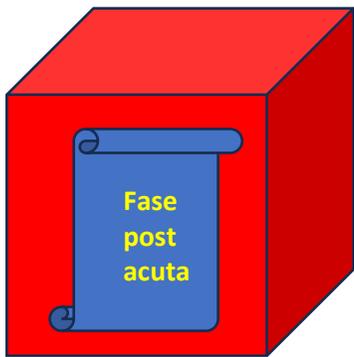


› [Eur Stroke J. 2021 Sep;6\(3\):LXXXIX-CXV. doi: 10.1177/23969873211039721. Epub 2021 Oct 13.](#)

## European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia

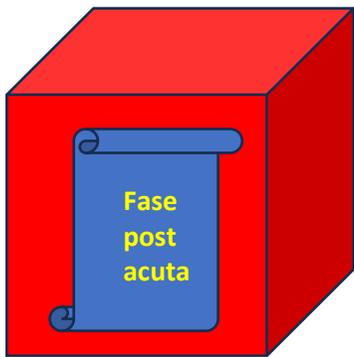
Rainer Dziewas<sup>1 2</sup>, Emilia Michou<sup>3 4</sup>, Michaela Trapl-Grundschober<sup>5</sup>, Avtar Lal<sup>6</sup>,  
Ethem Murat Arsava<sup>7</sup>, Philip M Bath<sup>8</sup>, Pere Clavé<sup>9</sup>, Jörg Glahn<sup>10</sup>, Shaheen Hamdy<sup>4</sup>,  
Sue Pownall<sup>11</sup>, Antonio Schindler<sup>12</sup>, Margaret Walshe<sup>13</sup>, Rainer Wirth<sup>14</sup>, David Wright<sup>15</sup>,  
Eric Verin<sup>16</sup>

Lo scopo di questa LG è di informare i medici, i logopedisti (SLT) e infermieri e tutti i membri del team multidisciplinare su come selezionare, valutare e trattare i pazienti con disfagia post stroke per evitare complicanze correlate alla disfagia e per facilitare il recupero della deglutizione funzione.



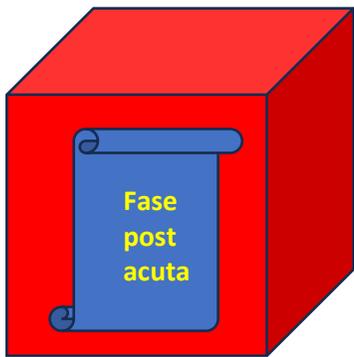
## Gradi di qualità delle evidenze.

Alto	Ulteriori ricerche difficilmente possono modificare la nostra fiducia nella stima dell'effetto.	⊕⊕⊕⊕
Moderato	È probabile che ulteriori ricerche abbiano un impatto importante sulla nostra fiducia nella stima dell'effetto e potrebbero modificare la valutazione.	⊕⊕⊕
Basso	È molto probabile che ulteriori ricerche abbiano un impatto importante sulla nostra fiducia nella stima dell'effetto ed è probabile che apportino modifiche	⊕⊕
Molto basso	Elevato livello di incertezza	⊕



## Definizioni e simboli delle categorie di forza di raccomandazione.

Forza della raccomandazione	Criteri	Simbolo
Forte a favore	Gli effetti auspicabili per un intervento superano chiaramente gli effetti indesiderati	↑↑
Debole a favore	Gli effetti auspicabili per un intervento superano probabilmente gli effetti indesiderati	↑?
Debole contro	Gli effetti indesiderati di un l'intervento probabilmente superano quelli auspicabili	↓?
Forti contro	Gli effetti indesiderati di un intervento superano chiaramente quelli auspicabili	↓↓

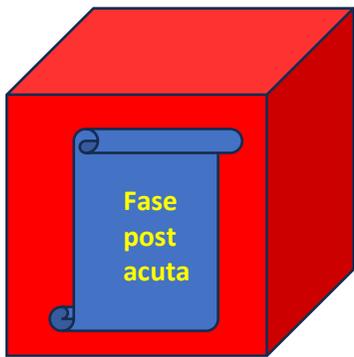


## Raccomandazione 1:

In tutti i pazienti con ictus acuto, si raccomanda un test formale di screening della disfagia per prevenire la polmonite post-ictus e ridurre il rischio di mortalità precoce. Si consiglia di sottoporre i pazienti a screening come il più velocemente possibile dopo il ricovero. Per lo screening, Possono essere utilizzati test di deglutizione dell'acqua o test di consistenza multipla.

*Qualità delle evidenze:* Moderata ⊕⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* Forte per l'intervento ↑↑

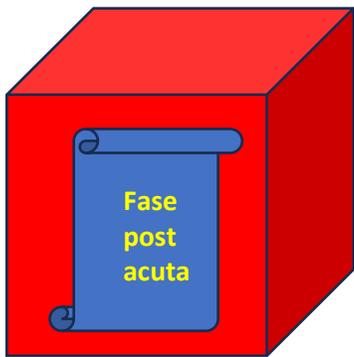


## Raccomandazione 2:

Nei pazienti con ictus acuto, si raccomanda di non somministrare qualsiasi alimento o prodotto liquido, compresi i farmaci per via orale, fino a quando non è stato eseguito uno screening della disfagia e la deglutizione è stata giudicata sicura.

Qualità delle evidenze: Moderata ⊕⊕⊕

Forza della raccomandazione: Forte per l'intervento ↑↑

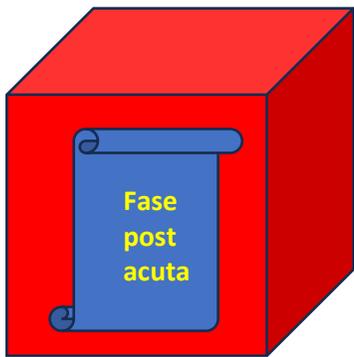


## Raccomandazione 4:

nei pazienti con ictus acuto oltre alla valutazione della deglutizione di liquidi e cibi di diverse consistenze e quantità deve essere valutata di routine anche la capacità di deglutire compresse.

*Qualità delle evidenze:* **Bassa** ⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* **debole per l'intervento** ↑?

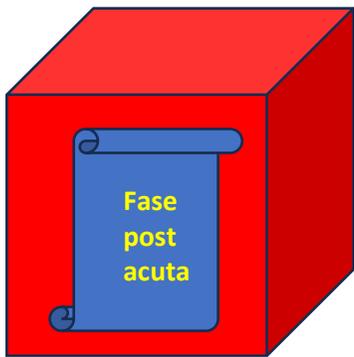


## Raccomandazioni 5:

Nei pazienti con disfagia post-ictus le diete a consistenza modificata e/o liquidi addensati possono essere utilizzati per ridurre il rischio di polmonite.

*Qualità delle evidenze:* **Bassa** ⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* **debole per l'intervento** ↑?

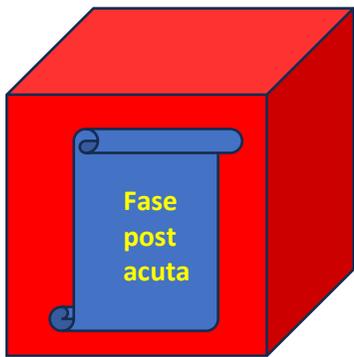


## Raccomandazione 6:

Nei pazienti con disfagia post-ictus, si consiglia che le diete a consistenza modificata e/o i liquidi addensati sono prescritti solo sulla base di un'adeguata valutazione della deglutizione.

*Qualità delle evidenze:* **Bassa** ⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* **Forte per l'intervento** ↑↑

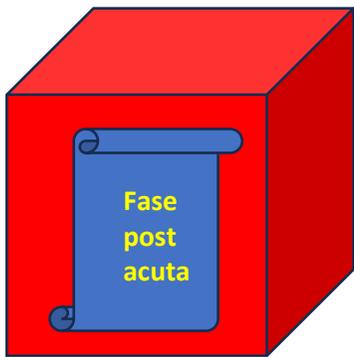


## Raccomandazione 7:

Nei pazienti con ictus seguire una dieta a consistenza modificata e/o liquidi addensati si consiglia di monitorare l'equilibrio idrico e nutrizionale assunzione.

*Qualità delle evidenze:* Moderata ⊕⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* Forte per l'intervento ↑↑

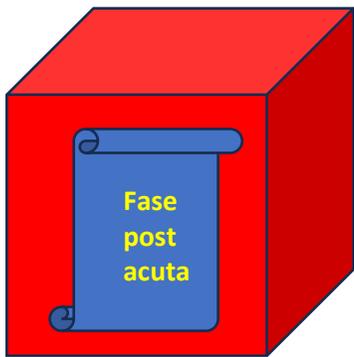


## Raccomandazione 8:

Nei pazienti con disfagia post-ictus utilizzare la terapia comportamentale per riabilitare la funzione deglutitoria.

*Qualità delle evidenze:* Moderata ⊕⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* debole per l'intervento ↑?

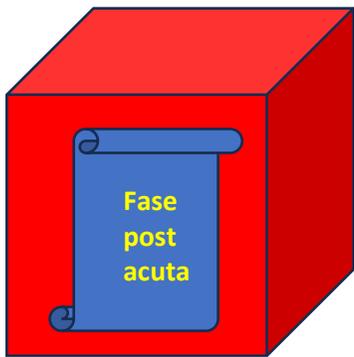


## Raccomandazione 9:

Nei pazienti con disfagia post-ictus, suggeriamo che Gli interventi comportamentali non dovrebbero limitarsi a un manovra o addestramento, ma il trattamento deve essere adattato al compromissione specifica della deglutizione del singolo paziente sulla base di un attenta valutazione della disfagia.

*Qualità delle evidenze:* Moderata ⊕⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* debole per l'intervento ↑?

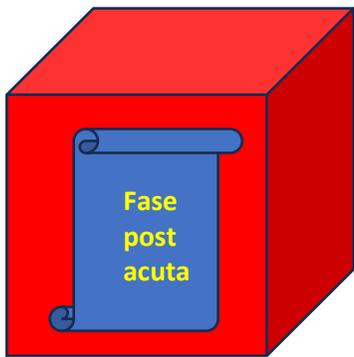


## Raccomandazione 10:

Nei pazienti con disfagia post-ictus l'agopuntura può essere utilizzata per riabilitare la deglutizione.

*Qualità delle evidenze:* Moderata ⊕⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* debole per l'intervento ↑?

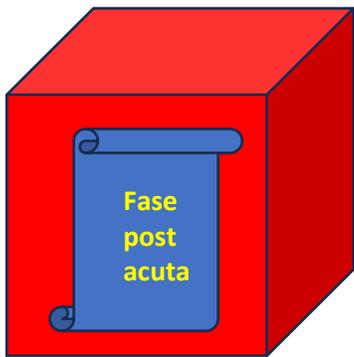


## Raccomandazione 19:

Nei pazienti con disfagia post-ictus il trattamento con tecniche di neurostimolazione dovrebbe essere preferibilmente condotto nell'ambito di una sperimentazione clinica.

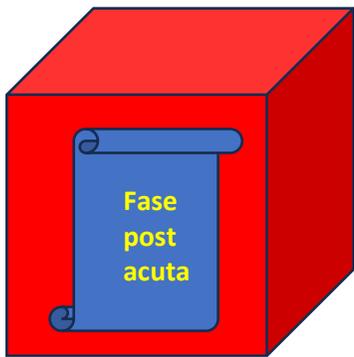
*Qualità delle evidenze:* bassa ⊕⊕

*Forza della raccomandazione:* Forte per l'intervento ↑↑



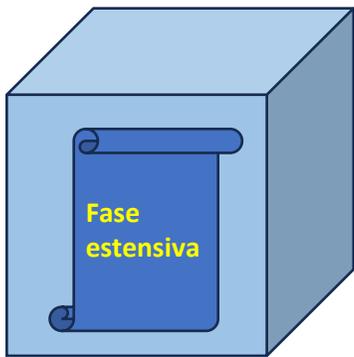
## Azioni

- Valutazione
- Trattamento
- counseling



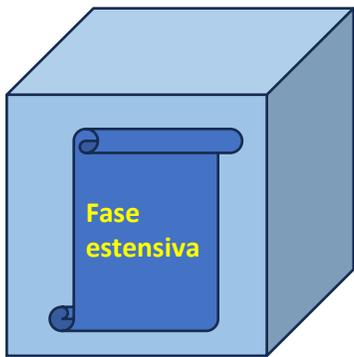
# Counseling al paziente, familiari e operatori

- ❖ formazione/informazione dei familiari
- ❖ Supporto al paziente
- ❖ formazione degli operatori



# La disfagia nell'assistenza domiciliare

Il paziente disfagico assistito al proprio domicilio non presenta criticità cliniche diverse dal paz assistito in Ospedale ma la gestione domiciliare presenta delle situazioni specifiche

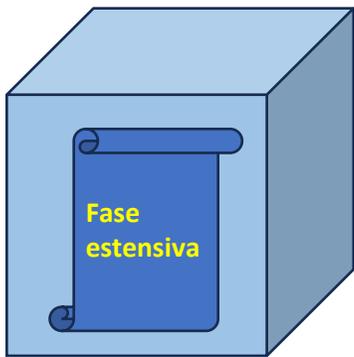


Infatti se l'istituzione garantisce, almeno in via teorica, una uniformità ambientale, l'ambiente domestico è estremamente variabile

- ✓ Dieta
- ✓ Setting
- ✓ Disponibilità di device
- ✓ Informazioni sulla disfagia
- ✓ Conoscenza delle procedure di emergenza

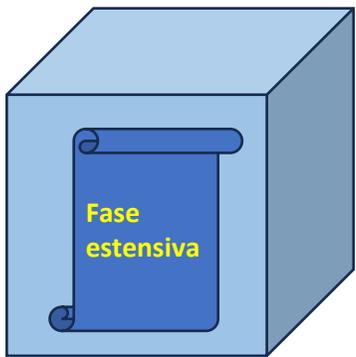


Questi fattori aumentano in maniera variabile e non predeterminabile a priori la complessità assistenziale del paziente con disfagia



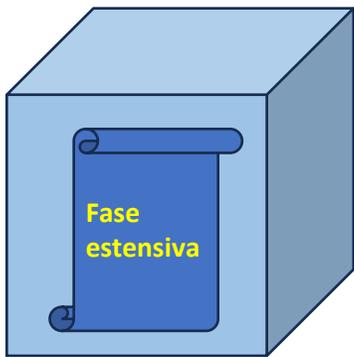
## AZIONI:

- Valutazione
- Trattamento
- counseling



# Valutazione

- Nel contesto domiciliare la CSE per la estrema versalità e semplicità di impiego è lo strumento d'elezione. Le modalità applicative non cambiano rispetto al contesto ospedaliero
- Ovviamente va posta una maggiore cautela nell'esecuzione di prove di alimentazione con boli a rischio di soffocamento, per l'indisponibilità nell'immediato del supporto della rete ospedaliera

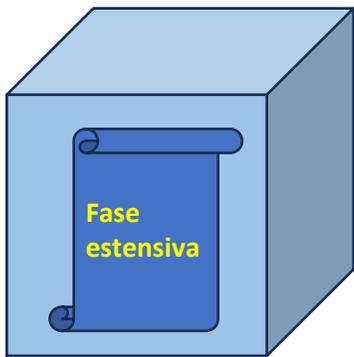


# Trattamento

IL trattamento dal punto di vista strettamente tecnico, fatto salvo la diversa disponibilità di device, non è diverso rispetto alla situazione ospedaliera o ambulatoriale

## Raccomandazione 9:

Nei pazienti con disfagia post-ictus, suggeriamo che Gli interventi comportamentali non dovrebbero limitarsi a un manovra o addestramento, ma il trattamento deve essere adattato al compromissione specifica della deglutizione del singolo paziente sulla base di un attenta valutazione della disfagia.

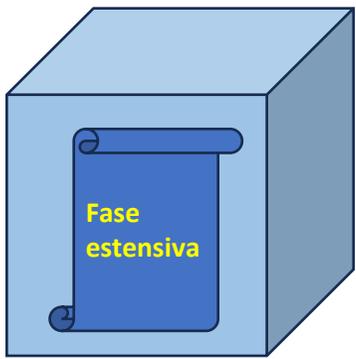


Il trattamento va adattato al contesto in cui il paziente è inserito.  
Essenziale è l'adattamento delle caratteristiche dell'ambiente alle esigenze del paziente.

E' necessario introdurre modifiche dell'ambiente:

**Strutturali**

**culturali**

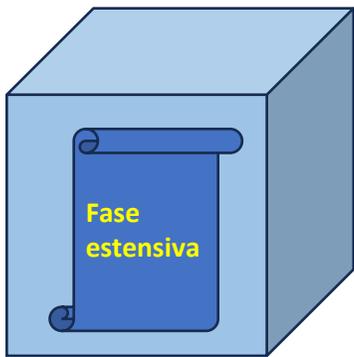


# Modifiche strutturali

- sussidi che favoriscono una buona postura durante I pasti
- Adozione di stoviglie adeguate
- Adozione di strumentazione adeguata alla preparazione di alimenti a consistenza modificata
- Eventuali modifiche da apportare al setting in cui viene consumato il pasto
- Superamento di eventuali barriere linguistiche

# LAVORIAMO INSIEME





**Role play: colloquio tra log e care giver (famigliare o professionale)  
per la presa in carico domiciliare di un anziano con disfagia post ictus**

*Figure principali:*

- *Log e care giver*
- *Eventuali figure a scelta*



# Casi clinici

## **Scheda di F.G. 68 anni**

Ipertensione

Fibrillazione atriale

Diabete

OSAS

Obesità



# Casi clinici

## RICOVERO PER SOSPETTO ICTUS

### **Prima osservazione a 12 ore dall'evento:**

Sonnolente e difficilmente risvegliabile

Non gestisce le secrezioni

Scialorrea

Non asimmetrie facciali



logopedista antonio amitrano



# Casi clinici

- ✓ **Igiene orale**
- ✓ **Aspirazione regolare delle secrezioni**
- ✓ **posizionamento**
- ✓ **Alimentazione Non Orale**
- ✓ **Terapia non orale**
- ✓ **Monitoraggio**





# Casi clinici

## **Osservazione dopo 2 gg**

Sonnolento ma facilmente risvegliabile e in grado di collaborare



logopedista antonio amitrano



# Casi clinici

Nistagmo

Nasalizzazione

Deficit di elevazione velare (deficit dx)

Diminuzione del riflesso del vomito a dx

Scarsa tosse volontaria

Disfonia

Voce umida e frequente raclage

Scarsa attivazione del riflesso di deglutizione

Deviazione linguale a sn

disartria



# Casi clinici

- Quali nc compromessi
- Aspirazione
- Stroke troncale o corticale
- Alimentazione
- Valutazione strumentale





# Casi clinici

Ipotesi sul referto  
VFS





# Casi clinici

## **Referto vfs:**

Il paziente presenta grave disfagia faringea, con grave ritardo di innesco del riflesso di deglutizione, importante riduzione dell'escursione verticale del massiccio laringeo, penetrazione e aspirazione sia intra che postdeglutitoria, tosse debole ed inefficace in conseguenza dell'aspirazione.



Casi clinici

trattamento





# Casi clinici

L'incidenza di disfagia negli ictus troncali è alta, spesso questi pazienti hanno un buon recupero nel lungo tempo.

> [Am J Phys Med Rehabil. 2000 Mar-Apr;79\(2\):170-5. doi: 10.1097/00002060-200003000-00010.](#)

## **Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome**

N H Meng <sup>1</sup>, T G Wang, I N Lien  
logopedista antonio amitrano



# Casi clinici

**Results:** A total of 81% of the patients had dysphagia at the time of initial clinical swallowing evaluation, which was performed 10-75 days after the onset of stroke. A total of 79% of the dysphagic individuals depended on tube feeding at the initial evaluation; 22% of all individuals could not resume oral intake at discharge. Statistical analyses revealed a significant association between poor outcome and disease involving the medulla, the presence of a wet voice during the initial swallowing test, and a delay or absence of the swallowing reflex. The incidence of aspiration pneumonia was 11%. There was a correlation between the detection of aspiration by modified barium meal videofluoroscopy and the development of aspiration pneumonia. Follow-up interviews showed that 88% of the 27 patients who were contacted had resumed full oral intake 4 mo after the onset of stroke.

**Conclusions:** The incidence of dysphagia was relatively high in our study population. The long-term outcome was favorable.

> Am J Phys Med Rehabil. 2000 Mar-Apr;79(2):170-5. doi: 10.1097/00002060-200003000-00010.

## Dysphagia in patients with brainstem stroke: incidence and outcome

N H Meng <sup>1</sup>, T G Wang, I N Lien



Casi clinici

Quale  
trattamento





# Casi clinici

- ❖ **Paziente motivato**
- ❖ **Ha una moglie e due figlie giovani (buon contest familiare)**
- ❖ **Gestisce un'attività commerciale che vuole riprendere**
- ❖ **Vuole riprendere a mangiare**
- ❖ **Vita sociale pre ictus molto attiva**



# Casi clinici

## **Obiettivi:**

1. Gestione della saliva
2. Ripresa dell'alimentazione per os
3. disartria



# Casi clinici

## GESTIONE DELLA SALIVA

Farmacologico

Glicopirrolato

Atropina sublinguale



Indicazione medica e parere farmacista  
per possibile interazione con altri farmaci

Botox SES

Dilatazione chirurgica

Miotomia



# Casi clinici

## **Disfagia:**

Stimolazione con boli Freddi e acidi

Stimolazione fredda della base dei pilastri (oggi meno utilizzata)

> [Arq Gastroenterol. 2010 Jan-Mar;47\(1\):18-21. doi: 10.1590/s0004-28032010000100004.](#)

## **The influence of sour taste and cold temperature in pharyngeal transit duration in patients with stroke**

Paula Cristina Cola <sup>1</sup>, Ana Rita Gatto, Roberta Gonçalves da Silva, André Augusto Spadotto, Arthur Oscar Schelp, Maria Aparecida Coelho de Arruda Henry

logopedista antonio amitrano



# Casi clinici

## Disfagia:

### Esercizi

1. Manovra di Shaker
2. Manovra di Mendehlson
3. Deglutizione forzata
4. Manovra di Masako
5. Esercizi isometrici linguali
6. NMES
7. EMST