



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Logopedia

Migliorare la qualità globale della presa in carico
dei pazienti nel loro continuum riabilitativo
tramite l'utilizzo di scale funzionali: strumenti
ecologici, ripetibili e soggetti a variabilità
individuale

Relatore:
Prof. Stefano Bedeschi

Tesi di Laurea di:
Noemi Giacomini

A.A. 2021/2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 LA VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE	3
1.1 ICF e modello bio-psico-sociale	4
1.2 La valutazione nei diversi setting riabilitativi	9
1.2.1 Fase acuta.....	9
1.2.2 Fase post-acuta e riabilitativa	11
1.2.3 Fase cronica	13
1.3 Gli strumenti di assessment: descrizione e confronto	14
1.4 I requisiti psicometrici generali.....	18
CAPITOLO 2 OBIETTIVI.....	23
CAPITOLO 3 MATERIALI E METODI	25
3.1 Realizzazione del protocollo: fattori eziologici e ambiti d'intervento	25
3.1.1 Scheda riassuntiva dei risultati	27
3.1.2 Area delle scale di base.....	28
3.1.3 Area della disfagia	34
3.1.4 Area della disfonia	41
3.1.5 Area della disartria.....	43
3.1.6 Area del Neglect	45
3.1.7 Area della pragmatica	47
3.2 Popolazione dello studio e condizioni per la compilazione del protocollo.....	53
3.3 Reparti e periodi di raccolta dei dati	55
CAPITOLO 4 RISULTATI	59
CAPITOLO 5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI.....	83
5.1 Limiti dello studio	85
5.2 Prospettive future	86

CAPITOLO 6 CONCLUSIONI	91
BIBLIOGRAFIA	93
SITOGRAFIA	97
ALLEGATI	98

Introduzione

Questo progetto di tesi nasce dalla riflessione in merito all'organizzazione del servizio di Logopedia all'interno dell'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc).

Per organizzazione interna i Logopedisti del centro sono soggetti a rotazione tra i vari reparti della struttura; questi costanti cambiamenti portano ad un susseguirsi continuo di passaggi di consegne tra i professionisti stessi che si trovano a lasciare e a prendere in carico sempre nuovi pazienti.

Data la mole importante di informazioni che circolano tra i Logopedisti mi sono voluta focalizzare proprio sul momento cruciale dei passaggi di consegne.

Il focus del progetto è il monitoraggio del trattamento logopedico effettuato tramite l'utilizzo di scale funzionali al fine di tenere traccia dei progressi, andando quindi ad integrare le informazioni che si ricavano dalla testistica psicometrica.

Ciò permetterà di avere una visione non solo da un punto di vista quantitativo ma consentirà anche di avere informazioni qualitative da contesti ecologici.

Pertanto, lo scopo del progetto è quello di ottimizzare e facilitare il momento dei passaggi di consegne con l'intento di ridurre il più possibile la perdita di informazioni, incrementando di conseguenza la qualità globale della presa in carico logopedica dei pazienti nel loro continuum riabilitativo.

Per cercare di uniformare il più possibile la raccolta dei dati è stato creato un protocollo apposito per il quale poi, sono state definite le varie caratteristiche.

Esso è composto innanzitutto da diverse scale funzionali inerenti gli ambiti trattati all'interno del servizio: disfagia, disartria, disfonia, eminegligenza spaziale sinistra, abilità visuo-spaziali e disturbi comunicativi e linguistici (afasia e pragmatica della comunicazione).

Le scale da somministrare sono suddivise per ambito di intervento; pertanto, per ciascun paziente saranno somministrate solamente quelle inerenti la tipologia di trattamento effettuato.

Per ogni paziente coinvolto è presente quindi una scheda riassuntiva di facile compilazione - grazie ad una semplice ed immediata visione dei risultati - fondamentale per il Collega che subentrerà nella presa in carico.

Le condizioni per la somministrazione delle scale sono state quattro: “dimissione” di un paziente dal proprio reparto (1), arrivo di un nuovo paziente nel proprio reparto (2) e cambio reparto da parte dell’operatore (le scale sono state somministrate sia per i pazienti che sono stati lasciati (3) e sia per i nuovi pazienti che sono stati presi in carico (4)). Ulteriore condizione definita nello sviluppo del protocollo è stata il lasso temporale di 72 ore per la sua compilazione: le ultime 72 ore della presa in carico del logopedista che ha lasciato il paziente e le prime 72 ore dopo l’inizio della nuova presa in carico da parte del logopedista subentrante.

Il protocollo è stato somministrato dai due colleghi che hanno effettuato il passaggio di presa in carico, di cui il Dott. Bedeschi risultava essere sempre uno dei due logopedisti coinvolti, e dalla sottoscritta.

La somministrazione è stata effettuata in cieco, al fine di evitare eventuali condizionamenti sull’assegnazione dei punteggi. In tal modo mi è stato possibile analizzare la variabilità dei punteggi assegnati e fare inferenze circa i motivi di tali scostamenti.

La mia speranza è che questo protocollo possa rivelarsi in futuro uno strumento condiviso, utile, funzionale e di aiuto nella pratica clinica, permettendo un passaggio di informazioni il più completo possibile, al fine di migliorare anche la comunicazione tra le varie strutture sanitarie (ospedali, centri ambulatoriali privati, centri privati-convenzionati...).

CAPITOLO 1: LA VALUTAZIONE IN RIABILITAZIONE

La valutazione viene definita come quel processo che consente di esprimere giudizi sulla qualità di quello che si è fatto - cioè se quanto richiesto è stato ottenuto come previsto ed in modo soddisfacente, oppure se è necessario apportare modifiche che potrebbero rendere più efficace ed efficiente l'operato -, di confermare o smentire procedure di lavoro e di formularne di nuove.

Nell'ambito di un programma di ricerca la valutazione può essere effettuata in tre momenti differenti: prima di iniziarla (ex-ante) per verificare la correttezza dell'impostazione, quando è in corso (in itinere) per verificare l'andamento, o al termine (ex-post) per dare un giudizio e verificare i risultati.

Questi concetti si possono traslare al mondo della riabilitazione nel quale l'assessment è di fondamentale importanza per la creazione di un PRI (Progetto Riabilitativo Individuale) che viene costantemente monitorato e modificato nel tempo, sia in base all'evoluzione del quadro clinico e sia in base ai cambiamenti delle prestazioni del paziente stesso.

Proprio per le continue modifiche periodiche degli obiettivi contenuti nel programma è di fondamentale importanza che qualsiasi progetto riabilitativo sia "valutabile" mediante un procedimento ciclico che parta dalla definizione degli obiettivi riabilitativi individuali, passi attraverso la creazione di un PRI e si concluda con la valutazione degli esiti ottenuti (Sandrini, Dattola, & Smania, 2021).

Il processo valutativo in riabilitazione risponde a molteplici finalità che si differenziano in relazione alla fase del percorso clinico e riabilitativo in cui la valutazione viene eseguita, al setting nel quale essa deve essere somministrata e alle caratteristiche soggettive della persona a cui la stessa valutazione viene somministrata.

Possono essere distinte almeno tre categorie principali di fini per cui può risultare necessario eseguire una valutazione:

1. finalità di tipo clinico: obiettivo della valutazione è ottenere informazioni utili ai fini diagnostici e prognostici per impostare un PRI mirato, rilevando sia gli elementi critici che le risorse della persona;
2. finalità di tipo scientifico e di ricerca: risulta fondamentale ottenere risultati il più possibile oggettivi, o perlomeno dati la cui modalità di rilevazione sia resa esplicita, in modo tale che sia replicabile;

3. finalità di tipo giuridico e forense: i dati della valutazione potrebbero essere rilevanti in ambito penale, civile e medico-legale o assicurativo.

Quest'ultimo campo è tutt'ora in forte evoluzione.

1.1 ICF e Modello bio-psico-sociale

Da quanto affermato nel paragrafo precedente si evince che la valutazione rappresenta un atto professionale di fondamentale rilievo nella presa in carico della persona che necessita di cure.

L'importanza di eseguire una valutazione accurata risponde alla necessità del professionista di ottenere delle informazioni il quanto più possibile precise ed oggettive su differenti aspetti che caratterizzano la persona: abilità, credenze, motivazioni, atteggiamenti, valori o altre variabili psicologiche o cliniche.

Tutti gli elementi precedentemente citati, che rappresentano e definiscono la persona nella sua unicità, vanno a determinare il suo funzionamento e la sua capacità di adattamento all'ambiente circostante.

Questo concetto viene ripreso e sviluppato in dettaglio nell'ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health del 2001), strumento di classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute.

Esso si pone in continuità con le classificazioni precedenti – ICD¹ (International Classification of Diseases del 1970), ICIDH-1² (International Classification of Impairments, Activities and Participation del 1980) e ICDH-2³ (International Classification of Impairments, Activities and Participation del 1997) - ma ne ribalta la prospettiva di analisi; infatti, non viene più considerata la menomazione ma vengono analizzate la salute, le risorse dell'individuo e le sue eventuali disabilità in relazione all'attività e alla partecipazione.

Un ulteriore cambiamento emerge dalla stessa nomenclatura: a differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICDH), nelle quali veniva dato ampio spazio alla descrizione delle

¹ L'attenzione veniva incentrata sulla parola diseases (patologia), ovvero sul concetto di malattia. L'ICD individua le cause delle patologie fornendo per ognuna di esse una descrizione delle caratteristiche cliniche, limitandosi a tradurre i dati raccolti dall'analisi in codici numerici.

² Secondo questo modello le conseguenze delle malattie erano apprezzabili a tre livelli: la menomazione fisica (impairment), l'impatto della menomazione fisica sulla persona (disability) e l'impatto della disabilità sulla persona come essere sociale (handicap).

³ Pur mantenendo l'acronimo ridefinisce due ambiti: la disabilità, qui classificata come attività personali, e l'handicap, qui definito come diversa partecipazione sociale.

malattie ricorrendo a termini quali malattia, menomazione ed handicap (usati prevalentemente in accezione negativa); nell'ICF si fa riferimento alla salute dell'individuo in chiave assolutamente positiva, arrivando alla definizione di disabilità intesa come una condizione di salute in un ambiente sfavorevole (Neri Team, 2008). Come seconda novità i termini di menomazione e handicap vengono sostituiti dai termini attività e partecipazione sociale (Figure 1,2).

ICIDH-1 (1980)

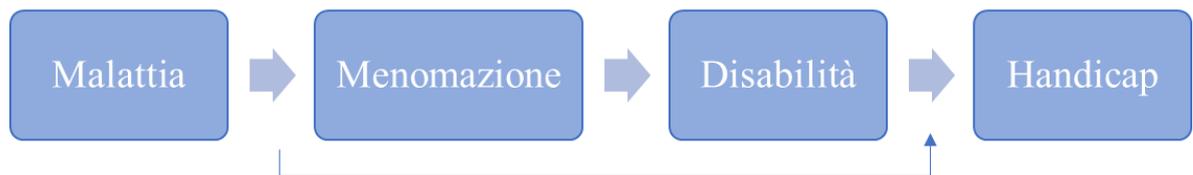


Figura 1. Modello ICIDH-1.

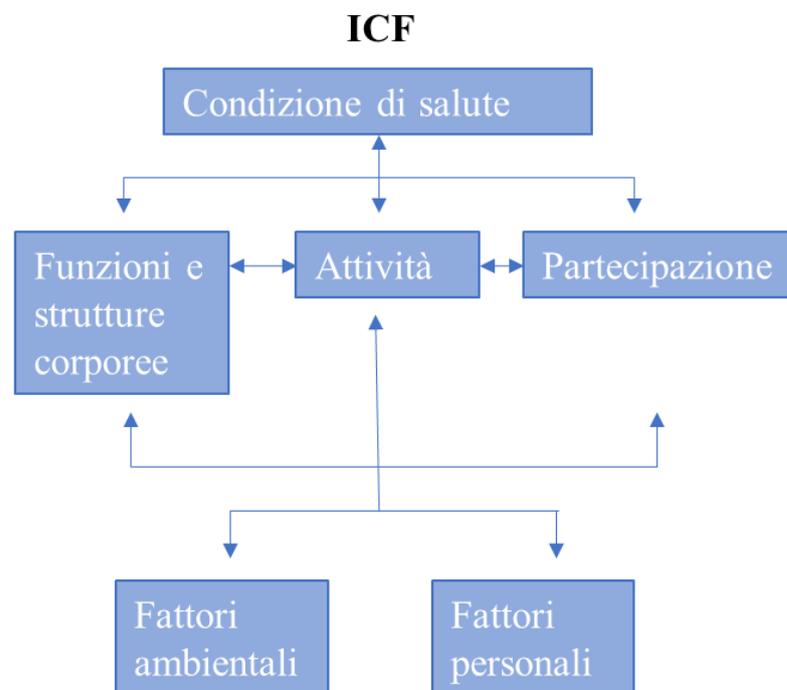


Figura 2. Interazione delle componenti dell'ICF.

Quest'ultima classificazione ha lo scopo di individuare pienamente i bisogni e superare, fino al livello massimo, i limiti dell'attività e le restrizioni alla partecipazione. Non deve

essere quindi intesa come un mero etichettamento, ma come una descrizione dinamica del funzionamento di ogni persona nel proprio contesto di esistenza.

Lo strumento è composto da due sezioni (Tabella 1):

1. funzionamento e disabilità che comprende a sua volta tre domini:
 - a. funzioni corporee (funzioni fisiologiche del corpo);
 - b. strutture corporee (componenti anatomiche del corpo);
 - c. attività e partecipazione (la realizzazione di un compito o di un'azione da parte di un soggetto e il suo prendere parte alla vita sociale);
2. fattori contestuali che comprende altri due domini:
 - a. fattori ambientali (ambiente fisico e sociale nel quale le persone vivono la loro esistenza);
 - b. fattori personali (background personale della vita dell'individuo).

	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori Contestuali	
Componenti	Funzioni e strutture corporee	Attività e partecipazione	Fattori ambientali	Fattori personali*
Domini	Funzioni corporee Strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
Costrutti	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità (eseguire compiti in un ambiente standard senza aiuti) Performance (eseguire compiti nell'ambiente usuale con aiuti)	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
Aspetto positivo	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	Non applicabile
	Funzionamento			
Aspetto negativo	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione alla partecipazione	Barriere/ostacoli	Non applicabile
	Disabilità			

Tabella 1. Componenti dell'ICF. *Non sono classificati nell'ICF.

Per ogni dominio viene assegnato un punteggio tramite uno o più qualificatori, codici numerici che specificano l'estensione o la gravità del funzionamento o della disabilità in quella categoria, o il grado in cui un fattore ambientale rappresenta un facilitatore o una barriera.

Per le funzioni corporee è presente un solo qualificatore denominato “menomazione” il cui punteggio va da 0 a 4 (più il punteggio è alto e più la menomazione è grave). Possono essere assegnati anche 8 (non specificato quando l’informazione è insufficiente) o 9 (non applicabile).

Tre invece sono quelli del dominio strutture corporee: estensione della menomazione (punteggio 0-4, 8 o 9), natura del cambiamento (punteggio 0-7, 8 o 9) e localizzazione (punteggio 0-7).

Diminuiscono di uno nel dominio attività e partecipazione: il primo qualificatore viene definito “performance (con assistenza)” ed indica il grado di restrizione della partecipazione, il secondo viene invece denominato “capacità (senza assistenza)” e serve ad indicare il grado di limitazione dell’attività. Il punteggio va da 0 a 4 per entrambi (è sempre possibile assegnare il punteggio di 8 o 9).

Nella seconda sezione viene assegnato un qualificatore solamente per il dominio fattori ambientali che viene denominato “barriere” o “facilitatori”: sono facilmente distinguibili l’uno dall’altro per l’assenza o presenza del simbolo “+”. Il punteggio va da 0 a 4 (è sempre possibile assegnare il punteggio di 8 o 9) e, a seconda del tipo di qualificatore, verrà omesso o aggiunto il simbolo “+”.

I fattori ambientali non sono classificati all’interno dell’ICF ma è possibile andarli ad elencare in uno spazio apposito (stile di vita, orientamento sessuale, beni dell’individuo, abitudini, contesto sociale...).

L’ICF segna così il passaggio da un approccio individuale dello studio della disabilità, basato solamente su un modello medico⁴; ad uno di tipo socio-relazionale nel quale il funzionamento e la salute non sono esclusivamente intesi come una conseguenza strettamente ed intrinsecamente collegata ad una patologia, ma derivano dall’interazione tra un individuo e i fattori contestuali (ambientali e personali). Lo stesso vale per le limitazioni alle attività e restrizioni alla partecipazione: non sono più intese come una diretta conseguenza dell’impairment (menomazione) ma derivano dall’influenza reciproca che i vari fattori hanno gli uni sugli altri.

⁴ Considerava la malattia come conseguenza esclusiva dell’azione di fattori biologici che il medico identificava e curava attraverso terapie specifiche.

La disabilità viene quindi intesa come il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive.

Posto ciò, gli individui non devono essere caratterizzati esclusivamente nei termini delle loro menomazioni, limitazioni nelle attività o restrizioni nella partecipazione (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2004).

Alla luce di quanto affermato nell'ultima classificazione il termine "valutazione" assume un significato più esteso nel quale devono essere presi in considerazione molteplici elementi: limitazioni alle attività, restrizioni alla partecipazione, fattori ambientali e personali, oltre naturalmente alle limitazioni funzionali ed anatomopatologiche.

L'insieme di questi fattori costituisce il concetto del cosiddetto "Modello bio-psico-sociale" (Figura 3) che attribuisce la condizione di malattia (e di salute) al risultato dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Valenzano, 2019).

Nell'ottica di questo modello il focus non è più sulla malattia e sul deficit, per cui la disabilità non viene intesa solamente come menomazione fisica o psichica, ma viene fatta luce sui bisogni e sull'ambiente in cui le persone sono inserite. Propone quindi un'ottica più complessa ed articolata (Neri Team, 2008).

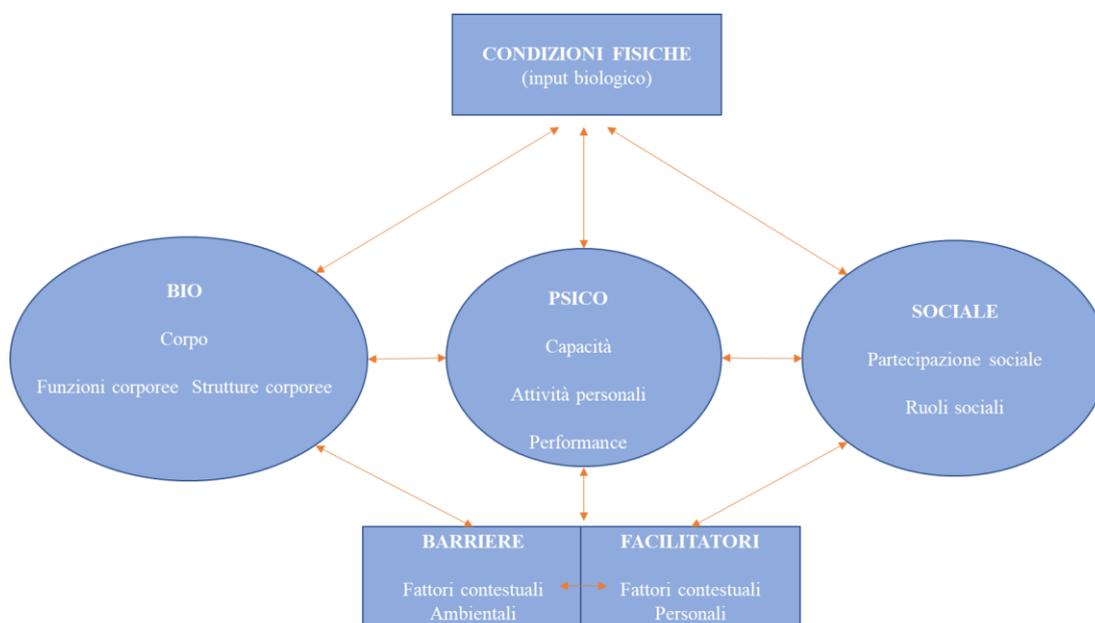


Figura 3. Modello bio-psico-sociale e funzionamento globale di una persona secondo il modello ICF.

A fronte delle considerazioni precedenti, la valutazione può essere definita come un processo di raccolta di dati quantitativi e qualitativi effettuato con lo scopo di definire la funzionalità globale e le relative limitazioni all'attività di un determinato individuo, di comprendere le restrizioni della partecipazione e di pianificare gli obiettivi riabilitativi appropriati (Muò, Raimondo, & Schindler, 2021).

1.2 La valutazione nei diversi setting riabilitativi

L'intervento riabilitativo può essere suddiviso in 3 fasi: fase acuta, post-acuta/riabilitativa e cronica/degli esiti (Tabella 2).

Fase acuta				
<u>Ricovero in strutture ad alta complessità clinica ad ex stroke unit, neurologie)</u>				
Fase post-acuta/riabilitativa				
<u>Ricovero</u>			<u>Rientro a domicilio</u>	
Ricovero in strutture ad alta complessità clinica	Ricovero in presidio ospedaliero	Ricovero in day-hospital riabilitativo	Riabilitazione domiciliare	Riabilitazione ambulatoriale
Fase cronica/degli esiti				
<u>Ricovero</u>		<u>Rientro a domicilio</u>		
Ricovero in struttura di lungo-assistenza RSA		Riabilitazione domiciliare		Riabilitazione ambulatoriale

Tabella 2. Fasi dell'intervento riabilitativo.

In base al setting in cui si effettua la valutazione verranno scelti gli strumenti appropriati, anche in relazione alla severità del quadro clinico.

Nei capitoli successivi verranno approfonditi gli aspetti e le caratteristiche della valutazione nei tre setting sopracitati (Muò et al., 2021).

1.2.1 Fase acuta

La valutazione precoce in questa fase ha l'obiettivo di individuare le abilità, le disabilità e i deficit della persona.

Segue poi un trattamento iniziale volto alla prevenzione e al recupero funzionale, clinico e sociale, che deve sempre tener conto dei repentini cambiamenti dei pazienti e delle priorità di gestione medica.

Data la grande eterogeneità e variabilità dei quadri clinici e le caratteristiche dei diversi setting di intervento, i professionisti si trovano sempre di fronte a nuove sfide e complessità, motivo per cui la valutazione effettuata in fase acuta rappresenta un primo importante snodo per il percorso riabilitativo del paziente.

Si reputa quindi necessario che la valutazione in fase acuta generalmente debba rispettare alcune caratteristiche di base, ovvero:

- essere somministrabile al letto del paziente poiché generalmente la persona all'interno di questi reparti si trova allettata, presenta condizioni cliniche delicate e deficit motori che possono limitarne le capacità di spostamento;
- essere adattabile anche a condizioni cliniche severe perché si possono manifestare, in concomitanza a stati confusionali e alterazioni della vigilanza, deficit di specifiche funzioni sensoriali, motorie e neuropsicologiche;
- essere adattabile al cambiamento dato che in questa fase si manifestano fluttuazioni, più o meno spiccate, delle condizioni cliniche;
- essere sensibile a sufficienza per monitorare il recupero;
- fornire informazioni sufficienti per impostare un percorso clinico-riabilitativo successivo.

Gli obiettivi specifici della fase acuta sono: la formulazione di una diagnosi medica e l'effettuazione di una diagnosi funzionale. Il primo rappresenta lo step principale del percorso di presa in carico ed è fondamentale per mettere in campo, in situazioni di emergenza, provvedimenti mirati a preservare la vita dell'individuo e l'integrità delle strutture corporee coinvolte.

L'inquadramento diagnostico corretto permette di agire su tre livelli contemporaneamente andando a fornire ai familiari, al personale di reparto, al caregiver e al paziente le informazioni necessarie al fine di comprendere al meglio la situazione clinica e le caratteristiche delle difficoltà presenti: questo permette sia di impostare precocemente un PRI⁵, tramite la definizione dei bisogni riabilitativi della persona, sia di

⁵ Progetto Riabilitativo Individuale

ottenere delle informazioni utili per poter formulare una prognosi e per poter prevedere l'evoluzione del disturbo.

Una volta stabilizzate le condizioni cliniche la diagnosi funzionale diventa di fondamentale importanza per iniziare a comprendere quale impatto ha avuto l'evento in termini di funzioni, attività e partecipazione dell'individuo.

Dato il forte impatto che l'evento provoca nella vita della persona diventa indispensabile, fin dalle primissime fasi di malattia, perseguire alcuni obiettivi in modo tale da poter raggiungere a lungo termine outcome ottimali in termini di qualità di vita.

I tre obiettivi principali sono: mantenere relazioni sociali e comunicative appaganti, sentirsi coinvolti e inclusi nelle scelte significative per la persona e prevenire l'insorgenza di disturbi dell'umore (Muò et al., 2021).

1.2.2 Fase post-acute e riabilitativa

Dopo la fase acuta il percorso del paziente risulta essere molto complesso e frastagliato data la rapida successione dei cambiamenti di setting, spesso protratta nel tempo e definita sulla base delle modificazioni dei bisogni riabilitativi, clinici ed assistenziali.

In linea con quanto affermato dalle Linee guida ministeriali per le attività di riabilitazione si possono distinguere due tipologie di intervento riabilitativo in fase post-acute (Ministero della Salute, 2019):

- attività sanitarie di riabilitazione intensiva, caratterizzate dalla presenza di interventi volti al recupero di disabilità importanti e modificabili, che richiedono una sorveglianza medico-infermieristica h24. Gli interventi multidisciplinari specialistici devono essere di norma di almeno tre ore giornaliere;
- attività sanitarie di riabilitazione estensiva: si caratterizzano per interventi rivolti a pazienti con disabilità e con possibilità di recupero funzionale, che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo, ma che richiedono di essere ospedalizzati in quanto presentano una condizione di instabilità clinica e richiedono una sorveglianza medico-infermieristica h24. In questo caso l'intervento riabilitativo può essere moderato (dalle due alle tre ore giornaliere).

Le strutture riabilitative vengono differenziate in tre livelli sulla base della complessità e dell'intensità delle cure:

1. riabilitazione estensiva (cod. 56c) e territoriale erogabile a domicilio, in strutture ospedaliere di lungodegenza, in residenze sanitarie assistenziali (RSA) ecc.;
2. riabilitazione intensiva (cod. 56a per ricoveri ad alta complessità; cod. 56b per ricoveri a minore complessità) ospedaliera erogabile in day hospital o in regime di ricovero continuativo presso centri di riabilitazione intensiva ecc.;
3. livello di massima specializzazione riservato alle unità di gravi cerebrolesioni acquisite (GCA – cod. 75) e alle unità spinali (cod. 28) (Ministero della Salute, 2021).

Durante questa fase si osserva una progressiva tendenza al miglioramento e/o alla stabilizzazione dei deficit specifici e, generalmente, la persona può essere sottoposta ad una valutazione più completa ed esaustiva.

A prescindere quindi dalla tipologia di percorso che il paziente si troverà ad affrontare dopo la fase acuta, il professionista ha il compito di effettuare una valutazione approfondita con lo scopo di individuare le potenzialità, le risorse della persona, i deficit a carico delle differenti funzioni e le limitazioni delle attività, adattando la complessità dell'assessment alla struttura di riferimento considerando sempre l'impairment funzionale e le limitazioni della performance nell'ambiente di vita.

Alla luce di ciò risulta prioritario che la valutazione in fase post-acuta:

- consenta di definire l'impatto funzionale e la prognosi del paziente, analizzando le caratteristiche qualitative e l'entità del danno;
- fornisca elementi che siano utili, sia a pianificare in modo dettagliato gli obiettivi del trattamento riabilitativo e sia a individuare l'approccio riabilitativo più indicato per la persona, in relazione alle caratteristiche del disturbo e agli obiettivi ipotizzati;
- consenta di ottenere elementi utili a indirizzare il colloquio con il caregiver.

Solitamente una valutazione completa viene effettuata all'inizio della presa in carico e viene ripetuta prima della conclusione del periodo riabilitativo. Se il trattamento dovesse durare per un periodo di tempo prolungato o se si dovessero osservare dei cambiamenti rilevanti, sarebbe indicato proporre un follow-up in modo tale da poter verificare i risultati

raggiunti, pianificare le modalità di follow-up, ridefinire gli obiettivi riabilitativi ed individuarne di nuovi (Muò et al., 2021).

1.2.3 Fase cronica

Col passare del tempo la condizione del paziente si avvia verso una maggiore stabilità, andandosi a delineare quelli che saranno i deficit destinati a permanere nel tempo e a cronicizzarsi.

Il recupero spontaneo e la riorganizzazione cerebrale sono infatti massimi nei primi giorni e tendono a ridursi progressivamente col passare del tempo.

Contemporaneamente cresce quindi l'importanza di alcuni fattori - primo fra tutti il ruolo dell'ambiente sociale e fisico in cui il paziente tornerà a vivere - che vanno ad influenzare la qualità di vita della persona prossima alle dimissioni o già rientrata a domicilio.

Secondo il Ministero della Salute (2019) “le azioni e gli interventi sulla persona sono volti a garantire la sua massima partecipazione alla vita sociale con la minor resistenza possibile indipendentemente dalla gravità delle menomazioni e delle disabilità irreversibili, al fine di contenere la condizione di handicap”.

Alla luce di ciò è fondamentale integrare gli interventi sanitari e riabilitativi a quelli sull'ambiente e sui caregiver, effettuando una valutazione logopedica sempre meno focalizzata sul recupero delle funzioni in senso stretto e sempre più fondata sulle attività e sulla partecipazione della persona nel suo ambiente di vita, individuando i facilitatori su cui poter fare affidamento e le barriere presenti da rimuovere il più possibile.

Risulta pertanto indispensabile riprogrammare gli obiettivi tenendo in considerazione dati relativi a: funzionamento del paziente nel suo ambiente di vita (inteso come partecipazione sociale e partecipazione nelle attività di vita quotidiana), bisogni insoddisfatti del paziente e del caregiver, caratteristiche personali ed emotive della persona e percezione soggettiva della qualità di vita al fine di prevedere interventi di supporto mirati.

Questi elementi sono fondamentali perché, rispetto alla sola quantificazione delle abilità danneggiate, restituiscono una fotografia più dettagliata della situazione reale della persona.

Ne consegue che gli obiettivi dovrebbero mirare al potenziamento della partecipazione sociale, piuttosto che essere prevalentemente diretti a ridurre il deficit specifico, lasciando spazio a tecniche riabilitative di tipo compensativo e ambientale.

Ricordiamo infatti che il fine ultimo del Progetto Riabilitativo Individuale è quello di portare la persona a staccarsi dalla richiesta di interventi riabilitativi, per spostarsi verso la possibilità di riappropriarsi dei propri spazi di vita condivisi con la propria rete sociale (amici, familiari...) (Muò et al., 2021).

1.3 Gli strumenti di assessment: descrizione e confronto

La valutazione, come ampiamente descritto e spiegato nei paragrafi precedenti, non può più includere esclusivamente dati di tipo quantitativo ma necessita anche di un'analisi qualitativa delle performance e della abilità del paziente, andando a considerare non solo i deficit delle funzioni, ma anche le limitazioni dell'attività e le restrizioni alla partecipazione.

È ormai nota l'esigenza di effettuare una valutazione formale, tramite l'utilizzo di test o batterie di test standardizzati che hanno solide basi psicometriche e che devono essere somministrati seguendo delle chiare procedure.

Tuttavia, con la diffusione del modello ICF, è diventato sempre più indispensabile, chiaro e condiviso tra i professionisti che la sola valutazione formale, volta a individuare la presenza di un deficit e a quantificarne l'entità e le caratteristiche, non sia più sufficiente né a descrivere le qualità della persona, né a fornire indicazioni riguardo gli outcome riabilitativi e né ad aiutare il professionista nella progettazione del PRI.

Pertanto, si è recentemente focalizzata l'attenzione su quella che viene definita valutazione informale, espressione molto difficile da spiegare dal momento che molti autori sono spesso poco concordi tra loro ed anche imprecisi nell'identificare la stessa.

Ciò nonostante, la definizione più accreditata è quella nella quale la valutazione informale viene descritta come l'utilizzo di strumenti non standardizzati.

Le due tipologie di valutazione sono tra loro complementari, infatti, gli svantaggi di una sono compensati dai vantaggi dell'altra (Tabella 3).

La valutazione formale, con la quale si intendono test e batterie testistiche, è oggettiva e replicabile ma legata all'effetto pratica poiché non è possibile somministrare lo stesso

test, per un periodo “x” di tempo, al fine di evitare che il paziente ricordi e rievochi le risposte falsificando così i risultati delle sue performance.

Permette di discriminare tra prestazione adeguata e prestazione deficitaria rispetto ad una media di riferimento, fornendo eventualmente anche una scala di gravità del disturbo. Consente un agevole confronto della prestazione tra soggetti diversi e per uno stesso soggetto nel corso di rivalutazioni periodiche, grazie alla presentazione sempre uguale degli stessi item.

Inoltre, data la restituzione di un risultato numerico, consente di avere dati facilmente condivisibili, permettendo anche delle analisi statistiche di tipo quantitativo.

Gli strumenti della valutazione formale sono validati e normati e vengono somministrati in condizioni asettiche all’interno di setting ben codificati dal test.

L’assegnazione dei punteggi è ben definita dal manuale, motivo per cui non sono strumenti soggetti a variabilità individuale e ragione per la quale l’incostanza dei punteggi assegnati, porta alla creazione di quelli che possono essere definiti “*errori da manuale*”.

La valutazione informale, con la quale facciamo riferimento alle scale funzionali, è ecologica e contestuale, in quanto permette di rilevare le performance reali della persona nell’ambiente di vita quotidiana tenendo conto dell’influenza (in senso peggiorativo) che un ambiente potenzialmente distraente può avere sulle prestazioni del paziente, e considerando anche il condizionamento (in senso migliorativo) dato dalla possibilità di utilizzare strategie di compenso e/o tecniche di supporto. È utile quindi per la progettazione del programma riabilitativo e per la definizione degli outcome significativi per la persona.

Dato che l’attribuzione del punteggio si basa sull’osservazione da parte dell’operatore, la valutazione informale ha una maggiore flessibilità e adattabilità alle caratteristiche cliniche, anche in condizioni di scarsa partecipazione attiva.

Nelle scale non viene richiesto al paziente di eseguire alcun tipo di compito o movimento particolare (indicare, denominare, scrivere, leggere...) e non sono neanche previsti specifici item da dover superare. Queste due peculiarità permettono di ridurre il carico emotivo per la persona in caso di difficoltà, cosa che non accade invece nella valutazione testistica, caratterizzata dalla presenza di richieste da soddisfare e prove da superare. Esse potrebbero portare all’instaurarsi di una possibile frustrazione data dall’impedimento

all'accesso ad un item successivo e dall'incapacità di comprendere e/o di effettuare una consegna data dal professionista.

Non sono quasi mai normate da un punto di vista psicometrico proprio perché la discrezionalità è un parametro insito delle scale stesse. Sono soggette però ad un processo di validazione per la lingua, come ad esempio la scala FOIS-It.

Sono strumenti ripetibili in quanto l'assegnazione del punteggio si basa, come specificato precedentemente, sull'osservazione da parte del professionista, dando la possibilità di valutare aspetti soggettivi e difficilmente quantificabili e permettendo un continuo monitoraggio delle abilità e dei comportamenti del paziente, consentendo così una ricorrente, regolare e scrupolosa taratura degli obiettivi e dei parametri del trattamento.

Permettono una ricerca di tipo qualitativo e, proprio perché l'attribuzione dei punteggi non si basa su un manuale di riferimento, sono caratterizzate da una variabilità individuale.

In questo caso quindi non si parla di "*errori da manuale*" ma di errori che possono essere equiparati ad una risorsa in quanto ogni professionista assegna un punteggio in base a ciò che osserva in quel determinato contesto, in quello specifico lasso di tempo e in quelle particolari condizioni clinico-emotive del paziente.

Detto ciò, le scale permettono di far emergere i punti di vista di tutta l'equipe riabilitativa, elemento fondamentale per una presa in carico il più possibile centrata e mirata sui bisogni, sulle capacità e sulle necessità del paziente.

Valutazione formale (test/batterie di test)	Valutazione informale (scale)
Quantitative ed oggettive	Qualitative e soggettive
Replicabili (effetto pratica)	Ripetibili
Discriminazione tra prestazioni adeguate e prestazione deficitaria	Utile per la progettazione del PRI
Distribuzione lungo una scala di severità del disturbo	Maggiore flessibilità e adattabilità alle caratteristiche cliniche
Confronto della prestazione tra soggetti diversi e per uno stesso soggetto nel tempo	Valuta aspetti soggettivi e difficilmente quantificabili
Dati facilmente condivisibili	Riduzione del carico emotivo in caso di difficoltà
Analisi statistiche quantitative	Ricerca qualitativa
Validati e normati	Validate
Condizioni asettiche	Ecologiche, contestuali
No variabilità individuale (errori da manuale)	Si variabilità individuale (errori risorsa)

Tabella 3. Caratteristiche delle due tipologie di valutazione.

Risulta evidente come gli strumenti di valutazione formale e informale possiedano vantaggi e svantaggi speculari. Proprio per questo, al fine di eseguire un'adeguata scelta degli strumenti di valutazione, il professionista dovrà tenere in considerazione alcune caratteristiche specifiche in termini di:

- popolazione a cui lo strumento è rivolto, tenendo in considerazione anche la complessità dello stesso e il setting entro il quale è indicato l'utilizzo;
- specificità dell'oggetto della valutazione (attività, partecipazione, outcome...);
- proprietà psicometriche che ne garantiscano l'affidabilità e la validità dei risultati ottenuti.

Dato che la scelta dello strumento dipende in maniera considerevole dalla finalità per la quale viene eseguita la valutazione, diventa indispensabile precisare le motivazioni per le quali viene proposta, così da poter individuare gli strumenti che meglio soddisfano i requisiti specifici.

Un ruolo rilevante nella scelta dello strumento è determinato dal background teorico di riferimento, dalle capacità, dalle conoscenze e dall'esperienza del professionista che esegue la valutazione.

1.4 I requisiti psicometrici generali

Gli strumenti di assessment possono essere definiti più o meno appropriati⁶ sulla base della presenza o assenza di determinati requisiti psicometrici generali i quali vanno a determinare una maggiore o minore appropriatezza dello strumento, nel misurare il fenomeno d'interesse.

Tra loro i principali da tenere in considerazione sono l'affidabilità, la stabilità, la validità, la sensibilità e l'interpretabilità.

La prima indica la caratteristica di uno strumento di misurazione di mantenere stabile il risultato ottenuto al variare dell'esaminatore o del tempo. Essa a sua volta è determinata dalla coerenza interna⁷ (omogeneità tra gli stimoli che compongono lo strumento), dall'oggettività (grado di concordia nella rilevazione tra diversi esaminatori o tra diversi strumenti), dal grado di accordo nell'interpretazione dei risultati ottenuti e dalla stabilità. Quest'ultima indica fino a che punto è possibile ripetere la misurazione ottenendo sempre lo stesso risultato, ovviamente a patto che il fenomeno rimanga inalterato.

Possono essere distinte tre tipologie di stabilità:

- test-retest: il punteggio dato dallo stesso paziente alla somministrazione, in diversi momenti temporali, non cambia. Se dovesse accadere il contrario quello strumento risulterebbe suscettibile ad interpretazione ambigua;
- intra-esaminatore: stabilità del punteggio assegnato, da parte dello stesso esaminatore, in diversi momenti temporali.

Se il punteggio non dovesse rimanere stabile significherebbe che la spiegazione di come devono essere attribuiti i punteggi risulterebbe ambigua per la fluttuazione del giudizio da parte dello stesso esaminatore;

- inter-esaminatore: il punteggio dato nello stesso momento temporale, da operatori diversi, non cambia. Se dovesse accadere il contrario la scala andrebbe ad esporre la misura di quel fenomeno a quello che viene chiamato errore standard (detto anche BIAS): errore sistematico e stabile nel tempo.

⁶ In generale risiede l'idea che un'espressione verbale o un comportamento, ma anche un'azione o una scelta, sia appropriata quando risulti "adatta, conveniente, giusta" per la situazione in cui si verifica. In termini più specifici, una cura può considerarsi appropriata quando è in grado di massimizzare il beneficio e minimizzare il rischio al quale un paziente va incontro quando accede a determinate prestazioni o servizi.

⁷ Gli item che costituiscono una scala di misura devono misurare lo stesso attributo.

Altro requisito psicometrico fondamentale è la validità, caratteristica di uno strumento di misurare effettivamente il costrutto che si propone di valutare.

Si considerano diversi tipi di validità:

- di contenuto: parametro in base al quale il contenuto degli item dello strumento di misurazione è in linea con il costrutto che il test stesso vuole misurare;
- di costrutto: è il grado in cui il punteggio di uno strumento è coerente con delle ipotesi che gli autori formulano, partendo dal presupposto che lo strumento misuri determinati costrutti. È presente quando i punteggi ottenuti agli item di uno strumento di misurazione sono coerenti con il costrutto di base del test stesso;
- cross-culturale: indica quando la traduzione o l'adattamento culturale dello strumento è in linea con la versione in lingua originale.

Per quanto concerne la traduzione devono essere seguiti determinati passaggi: innanzitutto gli item devono essere tradotti, successivamente è obbligatorio eseguire una retro-traduzione per essere sicuri di aver colto il significato, in seguito viene effettuata la revisione da parte del comitato esperti e infine si procede con un pre-testing. Quest'ultimo, se necessario, viene associato ad una successiva ripesatura dei punteggi. Ciò significa che, se dovessero emergere aspetti differenti nelle due culture, si andrebbe ad attribuire un peso diverso alle domande in esame rispetto all'importanza datagli nella versione originale;

- di criterio: capacità con cui una scala di misura riesce a produrre un risultato che sia sovrapponibile, o almeno simile, a quello di un'altra scala di misura che viene considerata la misura gold standard;
- predittiva, detta anche longitudinale: capacità di uno strumento di rilevare il cambiamento di un paziente, per il quale ci si aspetta la manifestazione di modificazioni e/o alterazioni nel tempo.

Se lo strumento è in grado di misurare quel cambiamento allora vuol dire che ha un'alta validità longitudinale (o alta responsività).

- concorrente: validità che indica quanto i punteggi ottenuti con uno strumento sono correlati ai punteggi ottenuti con un altro strumento che misura lo stesso costrutto, o uno analogo;

- convergente: intesa come la convergenza, correlazione, tra due misure dello stesso costrutto. Per valutarla si confrontano i punteggi del nuovo test con quelli di un test già validato che misura lo stesso costrutto;
- di gruppo (known-group): tipo particolare di validità di costrutto che indica la possibilità di valutare se uno strumento è valido nel distinguere le popolazioni di riferimento, facendo un paragone dei punteggi ottenuti tra le due;
- di facciata: indica quanto gli item di uno strumento, ad una prima lettura, sembrano riferirsi, in modo specifico, al costrutto che si intende misurare.
Un test ha una buona validità di facciata se gli item sembrano misurare ciò che il test intende valutare;
- strutturale (o rispetto alla funzione): indica quanto i punteggi risultano in linea con la dimensione del costrutto da misurare.

Le diverse combinazioni tra variabilità e affidabilità creano strumenti più o meno appropriati (Figura 4).

Nell'immagine a sinistra sono presenti una buona affidabilità ed una bassa validità in quanto tutte le risposte sono molto vicine, quindi stabili. Sono però distanti dal target: non misurano il contenuto d'interesse ma valutano un costrutto differente.

Bassa affidabilità e discreta validità caratterizzano invece l'icona centrale perché le misurazioni sono molto disperse e distanziate le une dalle altre ma, allo stesso tempo, sono abbastanza vicine al fenomeno che si intende misurare.

Nell'immagine di destra si evidenzia la presenza della massima appropriatezza di una scala di misura poiché le risposte sono vicine tra loro ed anche prossime al contenuto d'interesse. Buoni quindi entrambi i requisiti psicometrici di affidabilità e validità.

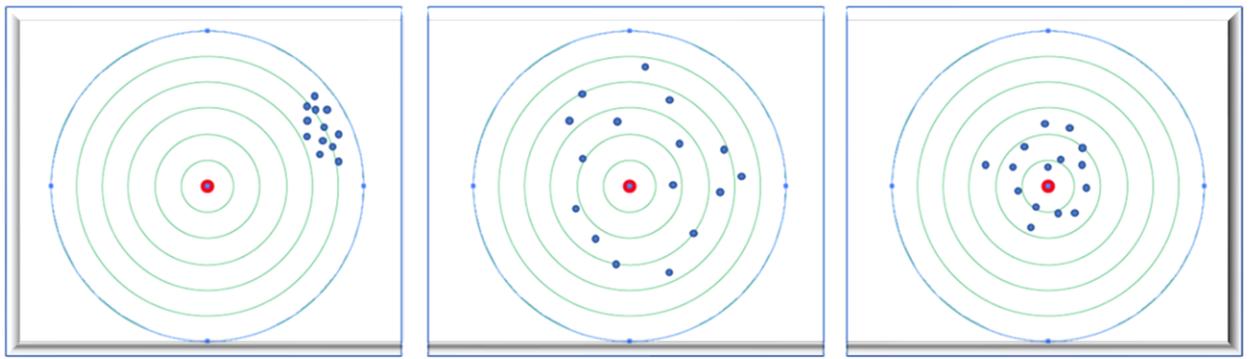


Figura 4. Le varie combinazioni tra validità e affidabilità.

Ulteriori requisiti psicometrici sono la sensibilità (definita anche precisione), la specificità e l'interpretabilità.

La prima viene definita come la capacità di uno strumento di misurazione di identificare correttamente i pazienti con la condizione target: se la sua percentuale arriva al 100% vuol dire che lo strumento riesce a identificare tutti i pazienti con quella determinata condizione target. Uno strumento sensibile consente inoltre di rilevare i cambiamenti nel corso del tempo, all'interno del costrutto che si intende misurare.

La sensibilità può risultare scarsa e portare alla manifestazione di determinati effetti: l'effetto pavimento, per il quale la scala di misura non riesce più a rilevare il cambiamento anche se il paziente sta migliorando (ottiene sempre punteggi bassissimi) e l'effetto soffitto, per cui la scala di misura rileva un cambiamento anche nel momento in cui il paziente non sta migliorando (ottiene sempre punteggi altissimi). Punteggi soffitto o pavimento maggiori (o minori) ad una determinata soglia percentuale (20%), in rapporto alla scala che si prende in esame, sono considerabili come significativi.

Un altro effetto evidenziabile è quello di saturazione: una determinata scala di misura, oltrepassato un certo limite, non riesce più a misurare il cambiamento della performance: diviene pertanto saturo la possibilità di misurare il cambiamento utilizzando quel determinato strumento.

La specificità è esattamente l'opposto della sensibilità: si riferisce alla capacità di identificare correttamente le persone senza la condizione target.

L'ultima, l'interpretabilità, indica in quale misura l'esaminatore può assegnare un significato qualitativo a item contenuti in uno strumento che prevede un punteggio quantitativo.

L'accettabilità e la fattibilità sono altri requisiti psicometrici generali da tenere in considerazione.

L'accettabilità si riferisce a quanto sia tollerabile, per la popolazione, la compilazione di un determinato strumento di misura, ad esempio un questionario. Essa si valuta attraverso diversi elementi: l'applicabilità culturale (se le domande possono essere ritrovate nel background culturale e nozionistico della popolazione), il carico di lavoro (se la compilazione del questionario sottrae troppo tempo, diminuisce l'accettabilità poiché alcune domande potrebbero essere saltate) e la disponibilità di formati ridotti (aumenta l'accettabilità dello strumento).

La fattibilità si riferisce al carico di lavoro per l'esaminatore. Viene valutata in base alla presenza o assenza di sistemi di attribuzione dei risultati complessi ed in base al tempo che il professionista impiega per istruire il personale e che deve investire nella spiegazione delle modalità di compilazione dello strumento (Muò et al., 2021).

CAPITOLO 2: OBIETTIVI

Partiamo dal presupposto che la creazione di un qualsiasi PRI si basa sulle patologie di base presenti, bisogna però tenere in considerazione che la determinazione degli obiettivi non deve tralasciare una serie di altre variabili (condizioni psicofisiche, stile di vita, contesto sociale di appartenenza del paziente, caratteristiche strutturali e culturali della famiglia e competenze individuali premorbose) che possono condizionare il percorso clinico, i risultati delle strategie riabilitative applicate e le aspettative di recupero (Cattelani & Corsini, 2012).

Possono quindi essere definiti alcuni principi sui quali si dovrebbe basare un progetto riabilitativo.

Uno dei capisaldi del trattamento è la realizzazione dello stesso in un contesto olistico, setting mirato a supportare il miglior recupero funzionale e non la mera riparazione del danno fisico. La riabilitazione si basa anche su un intervento definito “interattivo”: prevede il coinvolgimento delle diverse figure professionali del team di lavoro, del paziente e del suo contesto socio-familiare.

L’obiettivo finale di qualsiasi intervento sarà pertanto la partecipazione sociale del paziente, intesa non solo in termini di autonomia nella gestione dell’attività di vita quotidiana, ma anche in termini di reinserimento nelle attività accademiche, lavorative, sociali... (Cattelani & Corsini, 2012).

Ne consegue che la valutazione del risultato di un programma terapeutico deve necessariamente essere “centrata” su ogni singolo paziente e basata sul grado di realizzazione di obiettivi specifici e personalizzati.

La valutazione può essere dunque definita uno dei momenti cruciali che compone, insieme al trattamento⁸, il percorso riabilitativo di ogni paziente.

Da essa dipendono la creazione degli obiettivi del PRI e la scelta della tipologia e della quantità degli adattamenti ambientali e/o delle misure compensative eventualmente necessarie.

⁸ Si riferisce alle attività mirate a compensare e/o migliorare le abilità del paziente, alle eventuali misure compensative e all’attività di counselling al familiare, al caregiver e al paziente stesso.

Data l'organizzazione del centro⁹ comportante un flusso di dati cospicuo e la successiva dimissione dei pazienti, trasferiti poi nei centri territoriali, all'interno dei quali continueranno il loro percorso riabilitativo, risulta fondamentale evitare la perdita di informazioni.

Pertanto, l'obiettivo principale di questo progetto di tesi è stato quello di ottimizzare e facilitare il momento cruciale dei passaggi di consegne, migliorando la qualità globale della presa in carico dei pazienti nel loro continuum riabilitativo tramite l'utilizzo di scale funzionali: strumenti che permettono di rilevare le performance reali della persona nell'ambiente di vita quotidiana e di monitorare i micro-cambiamenti nel tempo, con lo scopo di tarare continuamente gli obiettivi del trattamento in base all'evoluzione del quadro clinico.

Ciò permetterà di avere una visione anche da un punto di vista qualitativo, senza trascurare i dati di tipo quantitativo ricavati dalla testistica psicometrica, tipo di valutazione composta da strumenti relativamente poco soggetti a variabilità individuale poiché l'assegnazione dei punteggi è ben definita dal manuale.

Per raccogliere le informazioni qualitative è stato creato un protocollo apposito (contenente varie scale funzionali) le cui caratteristiche verranno spiegate in modo approfondito nel capitolo successivo.

La somministrazione delle scale è stata realizzata in cieco con lo scopo di evitare eventuali condizionamenti sull'attribuzione dei punteggi, permettendo così il continuo e vitale confronto tra i Logopedisti riguardo le performance dei pazienti e l'influenza che l'ambiente determina sulle prestazioni dei degenti.

Data la variabilità emersa riguardo i punteggi assegnati, il secondo obiettivo è rappresentato proprio dall'analisi della stessa e dalla creazione di ipotesi circa i motivi di tali scostamenti.

⁹ Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc) nel quale ogni tre mesi circa i Logopedisti cambiano reparto.

CAPITOLO 3 MATERIALI E METODI

3.1 Realizzazione del protocollo: fattori eziologici e ambiti d'intervento

L'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc), sede della frequenza volontaria per lo sviluppo del mio progetto di tesi, è specializzato nella riabilitazione delle Gravi Cerebrolesioni Acquisite (GCA) e delle mielolesioni, nella riabilitazione neurologica, ortopedica e pneumologica. Dispone di una unità di assistenza alle gravi insufficienze respiratorie ed è inoltre specializzato nell'assistenza a pazienti in stato vegetativo persistente e con gravi disabilità.

Data la grande quantità di pazienti con GCA che fanno parte dello studio, nella figura (Figura 5) sottostante riporto lo schema elaborato dall'OMS rappresentante la complessità degli esiti cerebrolesivi secondo il modello biopsicosociale.

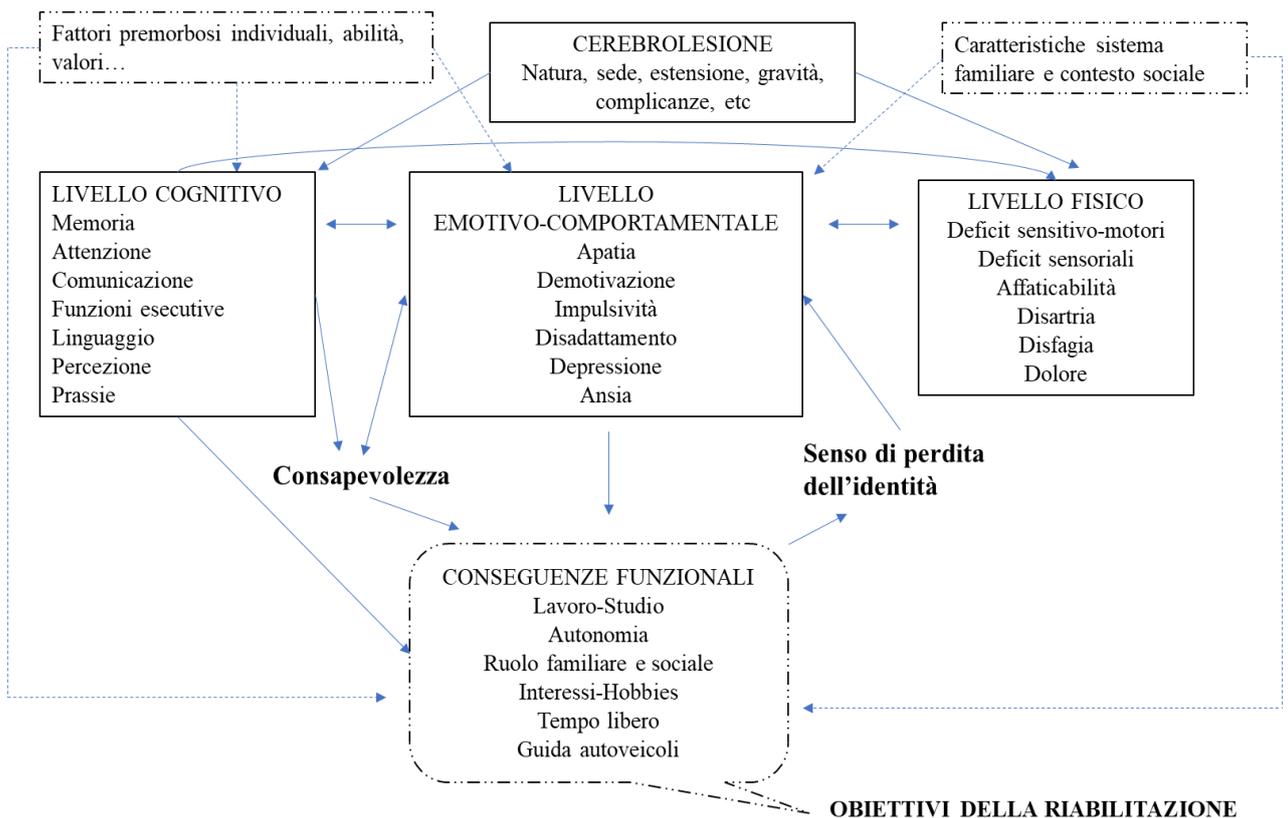


Figura 5. Interazione tra le diverse variabili che determinano le conseguenze funzionali di un evento cerebrolesivo e condizionano le aspettative di recupero e i risultati delle strategie riabilitative (Cattelani & Corsini, 2012).

Gli effetti del trauma possono interessare almeno tre livelli funzionali, in varia misura e in diverse combinazioni a seconda della sede, dell'estensione e della gravità del danno neurologico: l'efficienza fisica (reattività, livello di tolleranza al dolore, abilità sensitivo-motorie...), le capacità cognitive (attenzione, memoria, linguaggio, comunicazione, programmazione di attività intenzionali finalizzate ad ottenere un obiettivo, giudizio critico, esame di realtà, consapevolezza...) e la competenza emotivo-comportamentale e psicosociale (manifestazione delle emozioni, sensibilità verso le esigenze altrui, capacità di adattamento...).

Nello specifico, i fattori eziologici dei pazienti presi in esame sono stati: COVID-19 (COroNaVirus Disease 19), Grave Cerebrolesione Acquisite (GCA), Ictus cerebrale (ischemico o emorragico), asportazione di processi espansivi e altri¹⁰.

I deficit presenti nei pazienti oggetto di studio sono stati i seguenti: disfagia, disartria, disfonia, eminegligenza spaziale sinistra, abilità visuo-spaziali e disturbi comunicativi e linguistici (afasia e pragmatica della comunicazione).

Sulla base di essi è stata effettuata la scelta delle scale (Tabelle 4, 5, 6).

Area delle scale di base	Area della disfagia
LCF-R (Levels of Cognitive Functioning-Revised)	FOIS-It (Functional Oral Intake Scale)
FAM (Functional Assessment Measure)	ASHA-NOMS (American Speech Language Hearing Association - National Outcomes Measurement System)
ASHA-FACS (American Speech Language Hearing Association – Functional Assessment of Communication Skills for Adult)	IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)
	MAT (Mealtime Assessment Tool)
	MAS (Mealtime Assessment Scale)

Area della disfonia	Area della disartria
GIRBAS *	TOM (Therapy Outcomes Measures)
	NDS (Nijmegen Dysarthria Scale)

* G: grado globale di disfonia; I: voce instabile; R: voce rauca; B: voce soffiata; A: voce astenica; S: voce sforzata

¹⁰ Intervento cardiocirurgico di allargamento dell'arco aortico trasverso ed ictus emisferico sinistro da dissecazione spontanea della carotide sinistra.

Area del Neglect	Area della pragmatica
CBS (Catherine Bergego Scale)	Discorso conversazionale MEC (Montreal Evaluation of Communication)
	Intervista APACS (Assessment of Pragmatic Abilities and Cognitive Substrates)

Tabella 4, 5, 6. Aree del protocollo con le specifiche scale.

Nei sotto capitoli successivi si andranno a descrivere le varie sezioni del protocollo.

3.1.1 Scheda riassuntiva dei risultati

Per ogni paziente coinvolto, oltre la matrice contenente tutte le spiegazioni delle scale, è presente una scheda riassuntiva di facile compilazione, grazie ad una semplice ed immediata visione dei risultati (Allegato 1).

Nella prima facciata vengono raccolti i dati principali: la tipologia del passaggio di consegna, il logopedista che l'ha effettuato con annessa la data di somministrazione, i dati generali del paziente e le scale da somministrare.

Sono state individuate 4 tipologie di passaggi di consegne¹¹:

1. logopedista cambia reparto (prende nuovi pazienti): codice A;
2. logopedista cambia reparto (lascia vecchi pazienti): codice B;
3. paziente cambia reparto (logopedista riceve paziente): codice C;
4. paziente cambia reparto (logopedista "dimette" paziente): codice D.

Il logopedista dovrà tracciare una "x" sul quadrato corrispondente la tipologia del passaggio di consegna.

Età, nome e cognome del paziente, data di esordio ed eziologia sono i dati richiesti nella sezione "Dati generali" riferita al paziente.

È presente poi una tabella riassuntiva (Tabella 7) che permette di visualizzare fin da subito, grazie alla presenza o assenza di una "x" vicino l'ambito d'interesse, le scale da somministrare per quel determinato paziente:

1) Scale di base ¹²	
2) Disfagia	
3) Disfonia	
4) Disartria	
5) Neglect	

¹¹ Il codice che si troverà poi nella raccolta dati e nei risultati fa riferimento alla tipologia di passaggio effettuata prendendo in considerazione il punto di vista del Dott. Bedeschi e della sottoscritta.

¹² Somministrate sempre a tutti i pazienti coinvolti.

6) Pragmatica

Tabella 7. Tabella riassuntiva delle scale da somministrare.

Ogni area è stata identificata da un numero per facilitare la raccolta e l'analisi dei dati svolte successivamente.

Nelle pagine successive la prima facciata della scheda riassuntiva dei risultati, sono riportati in modo schematico i risultati delle valutazioni per le diverse scale.

Nei sottocapitoli successivi vengono riportate le spiegazioni delle scale suddivise per area d'intervento.

3.1.2 Area delle scale di base

Le scale presenti in quest'area (LCF, FAM e ASHA-FACS) sono state definite come "scale di base" e sono state selezionate e somministrate a tutti i pazienti in quanto permettono di avere informazioni inerenti le funzioni cognitive e comunicative di base, ritenute pertanto fondamentali in un adeguato passaggio di consegne.

La scala LCF-R (Level of Cognitive Functioning-Revised) (Allegato 2) definisce in modo più articolato e chiaro, rispetto alla versione originale del 1972 (LCF – Levels of Cognitive Functioning Scale - Allegato 3), i livelli di gravità e le rispettive caratteristiche cognitivo-comportamentali.

La versione più recente è nota anche come Rancho Los Amigos Revised Scale (RLAS-R). La più datata è invece chiamata anche Ranchos Scale (RLAS) ed è stata sviluppata dal team per il trauma cranico del Rancho Los Amigos Hospital di Downey, in California. L'LCF-R è una scala ampiamente accettata ed utilizzata per descrivere i modelli cognitivi e comportamentali riscontrati nei pazienti con lesioni cerebrali che si stanno riprendendo da una lesione e che si sono svegliati dal coma. Tiene conto dello stato di coscienza del paziente e della sua dipendenza dall'assistenza per svolgere le sue funzioni cognitive e fisiche.

Viene spesso utilizzata, insieme alla Glasgow Coma Scale (GCS)¹³, durante la valutazione iniziale di un paziente con lesioni cerebrali. Tuttavia, a differenza della GCS,

¹³ Scala universalmente accettata nelle fasi acute per valutare lo stato di coscienza del paziente attraverso tre aree: apertura degli occhi (1-4), risposta motoria (1-6), risposta verbale (1-5). Il punteggio va da un minimo di 3 ad un massimo di 15. Valuta la gravità del coma ma non dà la possibilità di descrivere le fasi

viene utilizzata durante tutto il periodo di recupero e non si limita solamente alla valutazione iniziale.

La scala originale (LCF) era composta da otto livelli: il livello 1 rappresentava il livello più basso di funzione e il livello 8 il livello più alto di funzione. Man mano che un paziente progredisce verso livelli più alti mostra stati cognitivi e comportamentali più funzionali e si muove verso una maggiore indipendenza.

Uno dei limiti della scala originale a 8 livelli era che non rifletteva accuratamente le caratteristiche degli individui che si trovavano nei livelli più elevati. Per questo motivo sono stati aggiunti altri due livelli al fine di creare una scala più completa, denominata Rancho Los Amigos Revised Scale (RLAS-R) o LCF-R.

Quest'ultima è composta da 10 livelli e fornisce una misura standardizzata che gli operatori sanitari possono utilizzare per comprendere meglio le capacità, le menomazioni e la prognosi di un paziente con lesioni cerebrali, mentre attraversa le fasi del recupero.

Dato che non si tratta di una valutazione testistica, ma di una scala di osservazione del comportamento, non richiede una diretta cooperazione da parte del paziente. Può quindi essere compilata nelle prime settimane e nei mesi successivi l'evento morboso ed anche entro le 48 ore dall'ingresso in rianimazione.

Permette di individuare non tanto un punteggio quantitativo ma il livello prevalente di appartenenza; infatti, non tutti i soggetti percorrono necessariamente tutti i livelli, i pazienti possono presentare solo alcune delle caratteristiche di un livello oppure possono possedere al tempo stesso vari aspetti di diversi livelli.

La compilazione della scala non è a carico di una singola figura professionale, ma coinvolge l'intero team riabilitativo, favorendo così il dialogo attraverso l'utilizzo di un linguaggio comune.

Ha dimostrato di avere una buona affidabilità inter-esaminatore¹⁴ ed anche una buona validità predittiva (longitudinale)¹⁵. In ragione della sua funzione osservativa però, gli indici psicometrici risultano essere migliori in altre scale di tipo quantitativo¹⁶ (Whyte, 2011) (Lin & Wroten, 2022).

intermedie: non è possibile distinguere il passaggio da uno stato di coma ad uno stato vegetativo e da uno stato vegetativo ad uno stato di minima coscienza.

¹⁴ Il punteggio dato nello stesso momento temporale, da operatori diversi, non cambia.

¹⁵ Capacità di uno strumento di rilevare il cambiamento di un paziente, per il quale ci si aspetta la manifestazione di modificazioni e/o alterazioni, nel tempo.

¹⁶ Ad esempio, nella DRS (Disability Rating Scale).

Una delle misure di esito più utilizzate nella riabilitazione è la Functional Independence Measure (FIM), sviluppata come misura standardizzata della disabilità per monitorare i progressi nello stato funzionale dal ricovero alla dimissione. È stato riscontrato che la FIM ha un'eccellente affidabilità e una buona validità per la valutazione della disabilità nei pazienti ricoverati a seguito di un trauma cranico. Sebbene la FIM sia stata trovata come una misura utile e standardizzata per monitorare i progressi durante i programmi di riabilitazione ospedaliera, è stata progettata come misura della disabilità generale, piuttosto che specificamente per i pazienti con trauma cranico. Pertanto, la FIM si concentra principalmente sulla misurazione delle capacità del “curarsi di sé”, coinvolte nelle attività di vita quotidiana (ADL), ponendo molta meno enfasi sui deficit cognitivi. Tuttavia, due terzi dei pazienti con trauma cranico presenta continui problemi di attenzione, memoria e risoluzione dei problemi. Inoltre, è stato dimostrato che il recupero delle capacità di reintegrazione, tra i pazienti con trauma cranico, è particolarmente basso. La FIM non è stata però progettata per la valutazione di tali handicap a seguito della dimissione dai programmi di ricovero. Nonostante ciò, la Functional Independence Measure è stata spesso utilizzata nelle valutazioni di follow-up a causa della mancanza di misure di esito standardizzate alternative. Per essere utile al follow-up però, una scala funzionale dovrebbe valutare i deficit che incidono sulla funzione della vita reale e sull'integrazione nella comunità dopo un trauma cranico.

Per questo motivo è stata creata specificamente per i pazienti con trauma cranico la Functional Assessment Measure (FAM). I suoi sviluppatori hanno affrontato i limiti percepiti nella FIM in pazienti con trauma cranico, inserendo elementi relativi agli aspetti cognitivi, psicosociali e legati alla comunità e socialità.

La Functional Assessment Measure (FAM) è un'estensione della FIM: sono stati aggiunti 12 item alla Functional Independence Measure (FIM), la quale ne contiene 18.

Quindi la misura di valutazione funzionale è abbreviata in FIM+FAM.

I punteggi massimi sono 112 per la sottoscala motoria, che ha 16 item e 98 per la sottoscala cognitiva che contiene 14 item (Allegato 4) (Gurka, et al., 1999) (Alcott, Dixon, & Swann, 1997).

Tutti e 30 gli item devono essere valutati al momento dell'ammissione, della dimissione e al momento del follow-up (Hall, 1992).

Gli item sono valutati sulla base di una scala a 7 punti analizzando il livello o il grado di indipendenza dell'individuo, la quantità di assistenza richiesta, l'uso di dispositivi adattivi o assistivi e la percentuale di un determinato compito completato con successo.

I punteggi assegnabili vanno da 7 (massima indipendenza) a 1 (massima dipendenza):

7. completa indipendenza: la persona svolge tutti i compiti descritti come componenti dell'attività in sicurezza, entro un ragionevole lasso di tempo e senza la necessità di modifiche o ausili.

6. Indipendenza modificata: l'esecuzione dell'attività richiede uno o più dei seguenti elementi: un dispositivo di assistenza, un tempo maggiore rispetto a quello ragionevole o è presente qualche preoccupazione per la sicurezza del paziente.

Si passa poi alla "dipendenza modificata": il soggetto esegue la metà (50%) o più dello sforzo. I livelli di assistenza richiesti sono:

5. Supervisione o impostazione: non riceve altro che segnali di standby o suggerimenti verbali senza contatto fisico, oppure ha bisogno solamente di aiuto nel configurare l'attrezzatura, applicare l'ortesi, ecc.

4. Assistenza di contatto minima: il soggetto effettua da solo il 75% o più dello sforzo.

3. Assistenza moderata: il soggetto richiede più aiuto rispetto al livello 4 ma esegue comunque la metà (50%) o più (fino al 75%) dello sforzo.

Il livello più basso di autonomia è "completa dipendenza": il soggetto spende meno della metà (50%) dello sforzo, è richiesta la massima o totale assistenza o l'attività non viene svolta. I livelli di assistenza richiesti sono:

2. Assistenza massima: riceve un'assistenza sostanziale in quanto la persona effettua il 25-49% dello sforzo per completare il compito.

1. Assistenza totale: il paziente riceve un'assistenza consistente in quanto effettua meno del 25% dello sforzo per completare il compito (Whright, 2000).

Possono essere elencati dei principi di base nell'assegnazione del punteggio: la funzione è valutata dai clinici sulla base dell'osservazione diretta; la persona ottiene 1 se non svolge affatto l'attività, se è necessario l'aiuto di 2 persone e se le informazioni non sono disponibili; non bisogna lasciare vuoto alcun item (inserire il punteggio di 1 se non è possibile valutarlo); se la prestazione del paziente si trova a metà tra due punteggi allora bisogna utilizzare il punteggio più basso.

È necessario tenere inoltre in considerazione che la scala FIM+FAM è essenzialmente una valutazione di indipendenza per le attività quotidiane di base: la persona viene valutata in base a ciò che effettivamente fa su base giornaliera, non in base a ciò che potrebbe essere in grado di fare in circostanze diverse. La classificazione dipende quindi dall'ambiente che può essere più o meno adatto ai disabili. (Turner, 2012)

Le voci FAM sono utilizzate anche a scopo predittivo circa la durata della degenza riabilitativa e le spese di riabilitazione (Hall, 1992).

Per quanto riguarda i requisiti psicometrici l'affidabilità della FAM risulta discreta: la stabilità inter-operatore è in qualche modo ridotta rispetto alla FIM, in particolare su elementi cognitivi più astratti. La validità iniziale è stata stabilita per la FAM poiché è stato riscontrato che è significativamente collegata a variabili correlate a lesioni come la lunghezza del coma, la PTA (amnesia post-traumatica) e punteggi GCS (Glasgow Coma Scale) (Gurka, et al., 1999).

Nel protocollo non sono stati inseriti tutti e 30 gli item della scala FIM+FAM ma è stata fatta una cernita, tenendo in considerazione gli elementi fondamentali nel trattamento riabilitativo logopedico ed escludendo quelli già valutati con le altre scale presenti all'interno del protocollo. Gli item presi in considerazione sono stati: memoria, problem solving, rapporto con gli altri, intelligibilità, attenzione e orientamento (Allegato 5).

L'ultima scala dell'area "scale di base", validata nel 2001, è l'ASHA-FACS (American Speech Language Hearing Association - Functional Assessment of Communication Skills for Adult).

È stata scelta perché la sede e l'estensione delle lesioni cerebrali vanno ad influenzare la gravità dei deficit linguistici e cognitivi che a loro volta, incidono sulle capacità comunicative. Sono da tenere in considerazione però anche i fattori ambientali che svolgono un ruolo cruciale nel facilitare o nell'interferire con le attività di comunicazione e con la partecipazione alle situazioni di vita quotidiana. Tutti questi aspetti sono responsabili della definizione dell'entità e del recupero delle capacità comunicative funzionali.

La comunicazione funzionale è definita come "la capacità di ricevere o trasmettere un messaggio, indipendentemente dalla modalità, per comunicare in modo efficace e

indipendente in un dato ambiente naturale" (Frattali, Thompson, Holland, Wohl, & Ferketic, 1995). Può considerarsi quindi, strettamente correlata alle attività comunicative e alla partecipazione a situazioni comunicative della vita reale.

Nella pratica clinica vengono utilizzati molti strumenti per la valutazione della "natura e dell'entità del disturbo del linguaggio e del livello delle abilità preservate" (Taylor-Goh, 2005).

Tra tutti gli strumenti di valutazione disponibili, l'ASHA-FACS (Frattali et al., 1995) può essere considerato uno strumento particolarmente utile perché è di facile somministrazione, in quanto può essere completato dopo un'osservazione diretta delle capacità comunicative, e, allo stesso tempo, è anche sufficientemente completo poiché copre un'ampia gamma di situazioni comunicative del vivere quotidiano.

Questa scala intende integrare, piuttosto che sostituire, le misure tradizionali del linguaggio, fornendo informazioni sugli effetti che i disturbi hanno sulla comunicazione nei contesti della vita quotidiana. In particolare, l'ASHA-FACS è una misura delle abilità funzionali di base, cioè abilità comuni alla maggior parte degli individui indipendentemente dall'età, dal sesso, dallo stato socio-economico, dallo stato educativo/professionale o dalla diversità culturale.

Non viene somministrato in un formato di intervista strutturato, ma le informazioni di altre persone (familiari, infermieri, operatori sanitari) possono essere utilizzate come fonti affidabili di informazioni; permettendo di capire il funzionamento del paziente nei diversi contesti di vita.

Lo strumento (Allegato 6) comprende due diverse scale: la scala dell'indipendenza della comunicazione e la scala delle dimensioni qualitative della comunicazione.

La scala dell'indipendenza della comunicazione è costituita da quattro domini di valutazione: comunicazione sociale, 21 item; comunicazione dei bisogni primari, 7 item; lettura, scrittura e calcolo, 10 item; pianificazione giornaliera, 5 item.

Ogni item è valutato su una scala, da 1 a 7 punti (viene assegnato N quando si manifestano circostanze in cui non si può osservare un comportamento e non si può ottenere l'informazione da altre fonti), che indica il livello di indipendenza comunicativa, ovvero il livello di assistenza e sollecitazione date da parte di un'altra persona. Più il punteggio è alto e più il soggetto risulta essere indipendente nella comunicazione.

La scala delle dimensioni qualitative della comunicazione include la valutazione di quattro dimensioni che caratterizzano le capacità comunicative del paziente per ciascuno dei quattro domini di valutazione della scala dell'indipendenza della comunicazione: adeguatezza (capire il nocciolo del messaggio e far capire l'aspetto principale), appropriatezza (comunicazione pertinente e fatta nelle giuste circostanze), sollecitudine (rispondere senza indugio e in maniera adeguata) e condivisione della comunicazione (basato sull'interlocutore). Viene fornita una scala, da 1 a 5 punti, che misura il range di risposta per ciascuna delle quattro dimensioni. Più il punteggio è alto e più il soggetto possiede una comunicazione qualitativamente migliore.

Si vanno a calcolare poi i punteggi medi per ciascuno dei quattro domini della scala dell'indipendenza della comunicazione e per ciascuna delle quattro dimensioni della scala delle dimensioni qualitative della comunicazione.

Alla fine, si calcola anche un punteggio medio totale per ciascuna delle due scale, confrontando il risultato ottenuto con il massimo punteggio ottenibile: 28 per la scala dell'indipendenza comunicativa e 5 per la scala della dimensione qualitativa della comunicazione.

Alla fine della scala è presente una spiegazione per l'assegnazione dei punteggi, sia per la scala dell'indipendenza nella comunicazione, sia per le scale della dimensione qualitativa della comunicazione.

Per quanto riguarda i requisiti psicometrici l'ASHA-FACS ha mostrato una buona validità di costrutto¹⁷ e una buona affidabilità (sono presenti buona coerenza interna¹⁸ e una forte stabilità intra ed inter-esaminatore), suggerendo che l'ASHA-FACS può essere una scala valida e affidabile per valutare la comunicazione funzionale (Muò, et al., 2015).

3.1.3 Area della disfagia

La disfagia è una delle principali cause di malnutrizione e infezioni polmonari associate all'aumento della durata della degenza ospedaliera, alla ridotta qualità della vita e alla morte; quindi, l'adozione di misure di esito relative alla disfagia è fondamentale per registrare lo stato del paziente e per monitorare il cambiamento della funzione deglutitoria nel tempo.

¹⁷ Grado in cui il punteggio di uno strumento è coerente con delle ipotesi che gli autori formulano, partendo dal presupposto che lo strumento misuri determinati costrutti.

¹⁸ Omogeneità tra gli stimoli che compongono lo strumento.

Proprio per questo è stata creata un'area specifica per la valutazione della disfagia: inizialmente viene richiesto di indicare se è presente la cannula tracheale (specificandone eventualmente il tipo), se viene utilizzato il tappo e se il paziente si serve della valvola fonatoria.

Successivamente viene chiesto di indicare se sono presenti metodi di nutrizione alternativa, specificandone eventualmente il tipo (PEG, SNG o nutrizione parenterale) e la quantità.

All'interno di quest'area sono presenti le seguenti scale: FOIS-It, ASHA-NOMS, IDDSI, MAT e MAS.

La FOIS-It (Functional Oral Intake Scale-Italiana) (Allegato 7) è una scala che viene abitualmente utilizzata a livello internazionale dai medici, è stata originariamente sviluppata per le popolazioni di lingua inglese e successivamente validata in cinese, italiano e tedesco.

È uno strumento affidabile per la valutazione dell'assunzione funzionale per via orale di cibo e liquidi nei pazienti con disfagia.

È ampiamente utilizzato per scopi clinici e di ricerca in diverse popolazioni di pazienti con disfagia in quanto è facile da applicare e fornisce un linguaggio comune e standardizzato.

Consiste in una scala ordinale a 7 punti che descrive il livello funzionale dell'assunzione orale di cibo e liquidi. Il livello 7 rappresenta una dieta orale completa senza restrizioni, i livelli 6–4 indicano una dieta orale completa con restrizioni, i livelli 3–2 descrivono un'assunzione mista orale con la presenza di metodi di nutrizione alternativa per via enterale/parenterale, mentre il livello 1 rappresenta un'assunzione totalmente dipendente dalla nutrizione enterale/parenterale con l'assenza di assunzione di alimenti per via orale. La FOIS-It rappresenta uno strumento valido, affidabile, utile e rapido per misurare lo stato di alimentazione orale di una persona in un momento specifico, facilitando il monitoraggio dei progressi del paziente nel passaggio dall'alimentazione non orale a quella orale, in diversi contesti sanitari. Fornisce ai medici un linguaggio standardizzato comune per documentare l'assunzione funzionale per via orale.

La FOIS-It è uno strumento valido: ha una validità convergente¹⁹ e di gruppo (known-group)²⁰ soddisfacenti (Ninfa, Pizzorini, Eplite, Moltisanti, & Schindler, 2022); (Battel, Calvo, & Walshe, 2018).

La sottoscala relativa alla disfagia del blocco ASHA – NOMS (Allegato 8) (American Speech-Language-Hearing Association - National Outcomes Measurement System), insieme di strumenti per la valutazione funzionale, utilizzata per la misurazione di outcome in vari ambiti, è stata sviluppata dal National Center for Treatment Effectiveness in Communication Disorders. È uno strumento multidimensionale progettato per misurare sia il livello di supervisione richiesto che il livello di dieta, assegnando un unico numero compreso tra 1 (impossibilità ad assumere per bocca qualsiasi alimento in modo sicuro) e 7 (abilità di alimentarsi in modo autonomo) (Schindler, et al., 2008).

Ciascuno dei livelli contiene parametri relativi alla frequenza e all'intensità dell'utilizzo di stimoli (uditivi, visivi, pittorici, tattili o scritti) e di strategie di compenso utili per aiutare la persona a diventare funzionalmente indipendente nell'assunzione del cibo.

La frequenza degli stimoli è suddivisa in quattro fasce: costante (80-100% delle volte), abituale (50-79% delle volte), occasionale (20-49% delle volte) e rara (meno del 20% delle volte).

La natura delle descrizioni NOMS porta ad una più difficile assegnazione dei punteggi rispetto ad altri strumenti, come ad esempio la FOIS-It e il MASA²¹.

Lo strumento è definito come “multicostrutto” in quanto contiene diversi costrutti divergenti a ciascun livello (costrutti di metodo alternativo all'alimentazione, di sicurezza di alimentazione, di livello di nutrizione, di livello di supervisione, di cura) e i comportamenti compensativi possono essere tutti presenti in un'unica definizione.

Questa natura multicostrutto è anche complicata dall'uso di termini linguistici soggettivi come “costante”, “abituale”, “occasionale” e “rara”. L'uso di delineatori soggettivi incorporati nello strumento collega la valutazione con il potenziale errore dovuto all'opinione, alle emozioni e all'interpretazione variabile; il che lo rende influenzato da

¹⁹ Intesa come la convergenza o correlazione tra due misure dello stesso costrutto. Per valutarla si confrontano i punteggi del nuovo test con quelli di un test già validato che misura lo stesso costrutto.

²⁰ Tipo particolare di validità di costrutto. Indica la possibilità di valutare se uno strumento è valido nel distinguere le popolazioni di riferimento, facendo un paragone dei punteggi ottenuti tra le due.

²¹ Mann Assessment of Swallowing Ability composto da 24 item. Si otterrà un punteggio che verrà confrontato con i due cut-off: <178 presenza di disfagia, <170 rischio di aspirazione.

emozioni e pregiudizi, limitando così il processo decisionale di misurazione basato sui fatti. Sembra che il NOMS possa beneficiare di termini più specificatamente definiti per migliorarne l'utilità per la pratica. Per esempio, valuta la deglutizione tramite una gerarchia di cueing (massima, moderata, minima) anche se né la consistenza e né il metodo di assegnazione dei livelli di cueing sono chiaramente definiti. Chiaramente, le ambiguità nella costruzione e nell'applicazione di questo strumento, NOMS Dysphagia Scale, ne riducono la validità e ne diminuiscono l'utilità (Dungan, et al., 2019).

L'IDDSI (International Dysphagia Diet Standardization Initiative) (Allegato 9) è stata creata con l'obiettivo di sviluppare una terminologia e delle definizioni standardizzate a livello globale per alimenti e liquidi con consistenza modificata, applicabili a individui con disfagia, di tutte le età (neonati, lattanti, bambini e adulti), in tutti i contesti assistenziali e in tutte le culture.

La struttura finale è composta da 8 livelli (0 - 7): le bevande sono misurate dai livelli 0 – 4 (liquido, leggermente denso, moderatamente denso, denso, molto denso) e gli alimenti sono misurati dai livelli 3–7²² (sciropposo, cremoso, tritato fine&umido, tenero/spezzettato, facilmente masticabile, normale). L'IDDSI fornisce una terminologia comune per descrivere la consistenza degli alimenti e lo spessore delle bevande.

I livelli sono identificati da numeri, etichette di testo e codici colore. Le etichette di testo sono state esaminate per facilitare la traduzione e i codici colore sono stati sviluppati per essere sensibili al daltonismo.

Le descrizioni dei livelli sono supportate da metodi di misurazione semplici, accessibili ed oggettivi che possono essere utilizzati da persone con disfagia e dai loro assistenti, medici, professionisti della ristorazione, ricercatori e industrie, al fine di confermare il livello di attribuzione di un alimento o di un liquido (Cichero, et al., 2017).

I metodi di misurazione hanno lo scopo di confermare il flusso e le caratteristiche strutturali di un particolare prodotto al momento del test.

I test devono essere eseguiti su cibi e bevande nelle condizioni di servizio previste, in particolare si deve prestare attenzione alla temperatura proprio perché comporta il rapido

²² I livelli 5,6,7 sono definiti alimenti di transizione: cibi in cui la texture iniziale (es. solido) si modifica in seguito a fattori esterni quali umidità (es. acqua o saliva) e/o variazione di temperatura (es. riscaldamento).

cambiamento della consistenza, portando al superamento dei confini tra i livelli (Andrini, 2016).

Informazioni preziose e conoscenze essenziali per il trattamento possono essere raccolte durante l'ora del pasto proprio perché l'operatore può osservare e prendere nota di altri elementi, oltre quelli visti in setting di trattamento.

Per questo è stato inserito il MAT (Mealtime Assessment Tool), strumento di valutazione da somministrare per esplorare il comportamento del paziente disfagico durante i pasti.

La prima versione della scala consisteva in un pool di 46 potenziali item. Sono state poi eliminate complessivamente 30 voci poiché ritenute ridondanti rispetto alle caratteristiche funzionali che dovrebbero essere rappresentate. La prima bozza del MAT, quindi, era composta da 16 item. Dopo aver eliminato il vocabolario tecnico, le formulazioni negative e i doppi negativi, la versione finale del questionario è stata ridotta a 12 item.

Lo strumento è stato progettato con 3 sezioni (Allegato 10 e 11):

1. la prima sezione chiede agli intervistati di descrivere le caratteristiche demografiche inclusi età, sesso, patologia primaria, peso e altezza.
Inoltre, un logopedista deve inserire il punteggio del paziente sulla scala Dysphagia Outcome Severity Scale (DOSS) e il Three-oz Water Swallow test²³.
2. La seconda sezione chiede di completare le 12 voci del questionario su una scala a 5 punti dove 1 denota "mai" (corrisponde alla peggiore prestazione) e 5 denota "spesso" (corrisponde alla migliore prestazione). Il tempo per compilare il questionario è di circa 10 minuti.
3. La terza sezione chiede agli intervistati di descrivere alcuni parametri qualitativi relativi a voci specifiche (specificare se il paziente è seduto in carrozzina/sulla sedia/sul letto, specificare se il paziente beve con il bicchiere/tazza/cucchiaino/cannuccia/bottiglia e specificare con quali cibi il paziente tosse).

Il processo di validazione ha portato alla conclusione che la scala MAT è affidabile - poiché risulta essere stabile - e valida (Rossi, et al., 2020).

²³ Si invita il paziente a bere 3 oncie di acqua (circa 85ml). Il test viene considerato positivo per aspirazione se entro 1 minuti si manifestano tosse e/o voce umida.

All'interno del protocollo è stata inserita solamente la validazione italiana del MAT ridotta a 12 items (Allegato 12) (Amitrano, 2022).

Attualmente, la valutazione della disfagia si concentra principalmente sulla quantificazione della sicurezza e dell'efficacia della deglutizione attraverso l'osservazione di un numero limitato di atti di deglutizione. Tuttavia, quando si consuma un pasto o si beve una bevanda nella vita di tutti i giorni, fattori personali e ambientali, come cibo, appetito e affaticamento, possono influire sulla sicurezza e sull'efficacia della deglutizione. Pertanto, nella gestione dei soggetti con disfagia, una valutazione specifica della sicurezza e dell'efficacia della deglutizione durante il consumo di un pasto, dovrebbe essere condotta insieme alla valutazione strumentale e clinica della deglutizione.

Per questo è stata introdotta nel protocollo la scala per la valutazione della sicurezza e dell'efficacia della deglutizione durante il pasto, denominata MAS (Mealtime Assessment Scale). Si può applicare a tutti i pazienti che consumano un pasto per via orale indipendentemente dalla diagnosi.

Le potenziali applicazioni della scala nella pratica clinica e nella ricerca, da utilizzare in associazione con altre misure di deglutizione, sono:

- la valutazione del rischio di complicanze polmonari e nutrizionali;
- il monitoraggio dei cambiamenti nel tempo;
- la valutazione dell'efficacia dei trattamenti di deglutizione in termini di impatto sulle attività della vita quotidiana;
- il confronto tra diverse popolazioni in merito alla sicurezza e all'efficienza nella deglutizione durante il pasto.

La scala comprende 26 item suddivisi in 4 sottoscale (Allegato 13).

È presente una prima sezione per la registrazione delle informazioni demografiche e anamnestiche del paziente che possono essere utili per interpretare il punteggio degli item. La sottoscala "Strutture, funzioni e attività che influenzano il pasto" include 12 voci relative a funzioni mentali, funzioni vocali, funzioni neuromuscoloscheletriche e legate al movimento. Comprende inoltre attività diverse dal mangiare e dal bere che non sono strettamente legate alla deglutizione, ma possono influire sulla sua sicurezza ed efficacia durante i pasti. Ad ogni item può essere assegnato un punteggio da 0 a 3 tenendo in

considerazione che più il punteggio è alto e peggiore è la condizione e prestazione del paziente.

La sottoscala “Fattori ambientali che influenzano il pasto” include 4 voci relative ai fattori ambientali che influenzano le prestazioni di deglutizione durante il pasto. Gli item sono suddivisi in facilitatori e barriere in base al fatto che un punteggio può facilitare o peggiorare la sicurezza e l'efficacia della deglutizione durante il pasto. Ad ogni item può essere assegnato un punteggio da 0 a 3 (viene aggiunto il “+” per i facilitatori e il “-” per le barriere) tenendo in considerazione che più il punteggio è alto e peggiore è la condizione.

La sottoscala “Sicurezza della deglutizione durante il pasto” comprende 4 voci che valutano i segni di sicurezza della deglutizione, definita come “la capacità di ingerire tutte le calorie e l'acqua necessarie, senza complicazioni respiratorie”. Un punteggio di sicurezza (0–12) può essere calcolato sommando gli elementi. Ad ogni item può essere assegnato un punteggio da 0 a 3 tenendo in considerazione che più il punteggio è alto e peggiore è la sicurezza dell'atto deglutitorio.

La sottoscala “Efficacia della deglutizione durante il pasto” comprende 6 item che valutano i segni di efficacia della deglutizione, definiti come “la capacità di ingerire tutte le calorie e l'acqua di cui ha bisogno per mantenersi adeguatamente nutrito e idratato”. Un punteggio di efficacia (0–18) può essere calcolato sommando i punteggi degli item. Ad ogni item può essere assegnato un punteggio da 0 a 3 tenendo in considerazione che più il punteggio è alto e peggiore è l'efficacia dell'atto deglutitorio.

L'ultima sezione è quella dedicata al punteggio del protocollo: vengono calcolati i punteggi di sicurezza ed efficacia e viene registrato il tempo necessario al paziente per terminare il pasto.

Per annullare la differenza riguardante il numero di voci delle sottoscale di sicurezza ed efficacia, sia per la sottoscala di sicurezza che per quella di efficacia, è possibile calcolare una percentuale per quantificare il livello di compromissione in ciascun aspetto. Più alto è il punteggio o la percentuale, meno sicura o efficace è la deglutizione durante il pasto (Pizzorni, et al., *The Mealtime Assessment Scale (MAS): Part 1 – Development of a Scale for Meal Assessment*, 2019).

Dall'analisi dei requisiti psicometrici emerge quanto segue: buona coerenza interna²⁴, stabilità inter-esaminatore elevata, buona validità concorrente²⁵, validità di gruppo (known-group)²⁶ e responsività²⁷ elevate (Pizzorni, et al., The Mealtime Assessment Scale (MAS): Part 2 – Preliminary Psychometric Analysis, 2019).

Gli studi hanno mostrato quindi una buona validità ed affidabilità del MAS per la valutazione della sicurezza e dell'efficacia della deglutizione durante il pasto in pazienti con disturbi della deglutizione di diversa eziologia e gravità (Valentini, Gilardone, Pizzorni, & Schindler, 2015) (Amitrano, 2022).

Il MAT e la MAS sono stati somministrati nel momento in cui è stata effettuata l'osservazione del pasto da parte del logopedista.

3.1.4 Area della disfonia

La valutazione uditivo-percettiva è fondamentale per la valutazione della qualità vocale, della gravità complessiva della disfonia e del suo impatto sulle capacità di comunicazione (De Bodt, Wuyst, Van de Heyning, & Croux, 1997). È una procedura molto utilizzata in tutto il mondo ed è spesso considerata il gold standard per la valutazione dei disturbi della voce. Rappresenta uno degli approcci tradizionali più usati per analizzare la qualità della voce: si basa sull'impressione uditiva del valutatore durante l'ascolto di voci alterate e non alterate che vengono poi confrontate con le produzioni vocali fisiologiche. Questi aspetti, sommati alle segnalazioni del paziente, alla storia di disfonia e all'autovalutazione vocale, consentono al logopedista di pianificare gli obiettivi del trattamento (Nemr, et al., 2012). Il potere delle scale percettive risiede nella loro accessibilità per qualsiasi medico e ricercatore coinvolto nello studio della voce. Inevitabilmente però, il fattore umano gioca un ruolo importante nell'uso di questo strumento valutativo (Wuyts, De Bodt, & Van de Heyning, 1999).

²⁴ Omogeneità tra gli stimoli che compongono lo strumento.

²⁵ Indica quanto i punteggi ottenuti con uno strumento sono correlati ai punteggi ottenuti con un altro strumento che misura lo stesso costrutto, o uno analogo.

²⁶ Tipo particolare di validità di costrutto. Indica la possibilità di valutare se uno strumento è valido nel distinguere le popolazioni di riferimento, facendo un paragone dei punteggi ottenuti tra le due.

²⁷ Detta anche predittiva/longitudinale: capacità di uno strumento di rilevare il cambiamento di un paziente, per il quale ci si aspetta la manifestazione di modificazioni e/o alterazioni, nel tempo.

Per queste ragioni è stata scelta la scala GIBRAS (Allegato 14) utilizzata in tutto il mondo in diversi campi come mezzo di valutazione vocale da parte di clinici e ricercatori, indipendentemente dall'eziologia (Nemr, et al., 2012).

Questa scala, creata dalla Società Giapponese di Logopedia e Foniatria, ha ricevuto la sua diffusione internazionale attraverso la pubblicazione da parte della Clinica della voce di Hirano nel 1981.

È stata introdotta per standardizzare la valutazione percettiva della qualità vocale e per migliorare la comunicazione tra logopedisti e otorinolaringoiatri.

Rispetto ad altri sistemi, la GIBRAS ha il vantaggio di poter essere applicata nell'ambiente ecologico di vita quotidiana. Questo è dato dalla semplicità della scala, composta da solo sei parametri (GIRBAS) e quattro categorie: normale, lieve, moderato e grave. Questo vantaggio è compensato però dalla mancanza di accuratezza e precisione della scala (De Bodt, Wuyst et al., 1997).

La GIBRAS utilizza una descrizione della voce basata su sei parametri: performance vocale complessiva (G), grado di instabilità della voce (I), grado di voce rauca (R), grado di voce soffiata (B), astenia (A) e grado di voce pressata (S).

Ogni parametro può assumere un valore tra 0 e 3: 0 indica una voce normale o una voce senza patologia, 1 indica la presenza di un'alterazione lieve, 2 di alterazione moderata e 3 di alterazione grave (indica quindi la voce più disfonica o una voce dove la patologia è maggiormente presente) (Stráník, Cmejla, & Vokral, 2014).

Per quanto concerne i requisiti psicometrici la scala risulta affidabile e valida. L'affidabilità test-retest della scala GIBRAS è moderata (il parametro G sembra essere il più affidabile). Per la stabilità inter-esaminatore non sono emerse differenze statisticamente significative tra operatori diversi, indipendentemente dalla loro esperienza o professione (De Bodt et al., 1997).

La scala si è dimostrata affidabile ma presenta uno svantaggio: data la semplicità della scala, con solo tre alternative (lieve, moderata e grave), può risultare poco sensibile nel valutare piccole variazioni della qualità vocale (Wuyts et al., 1999) (Nemr, et al., 2012) (Stráník et al., 2014).

3.1.5 Area della disartria

Nell'area della disartria sono state inserite la scala TOM (Therapy Outcome Measure) e la scala NDS (Nijmegen Dysarthria Scale).

Bisogna tener conto che, al fine di adottare un approccio basato sull'evidenza alla pratica clinica, è fondamentale che i terapeuti valutino regolarmente i risultati dei pazienti per una serie di domini sanitari (John, 2011), processo essenziale della riabilitazione che a volte viene sottovalutato.

Nelle professioni sanitarie affini come la fisioterapia, la terapia occupazionale e la logopedia esistono pochi strumenti validi per valutare i risultati terapeutici (Perry, et al., 2004).

Recentemente, oltre alla misurazione delle menomazioni, c'è stato uno spostamento verso il voler quantificare gli effetti della terapia sui limiti di attività e partecipazione a ruoli sociali, considerando anche il benessere dei pazienti come un indicatore chiave dell'esito della terapia.

L'AusTOM (Australian Therapy Outcome Measures) mira a rispondere a queste esigenze e fornire ai medici scale che misurino menomazione, limitazione dell'attività, restrizione della partecipazione e benessere, utilizzando una terminologia che riflette le diverse culture delle discipline sanitarie alleate (Perry, et al., 2004).

Uno strumento che viene utilizzato per misurare i risultati attraverso questi domini è la misura dell'esito della terapia (TOM), sviluppato da Enderby nel Regno Unito (John, 2011).

Il TOM (Allegato 15) permette di valutare il paziente su quattro domini:

- menomazione: presenza di alterazioni a livello delle strutture anatomiche e/o delle funzioni fisiologiche;
- disabilità: presenza di limitazioni, conseguenti alla menomazione, nell'esecuzione di un compito senza assistenza;
- handicap: presenza di limitazioni della partecipazione così come intesa nell'ICF. Definita anche come difficoltà nelle situazioni di vita quotidiana;
- benessere/angoscia: analizza la componente emotiva.

Ad ogni dominio viene attribuito un punteggio che va da 0 a 5. Più è basso il punteggio e peggiore è il risultato.

Il TOM è stato sviluppato per fornire un metodo pratico per misurare i risultati nella pratica clinica di routine. Inoltre, è stato utilizzato in numerosi studi di ricerca come indicatore di risultato.

Può quindi informare i logopedisti sui propri risultati, sui risultati per specifici gruppi di pazienti e, confrontando i dati TOM, può contribuire alla fornitura di servizi migliori e più efficienti.

Una limitazione del TOM è che è stato deliberatamente contestualizzato sulla pratica sanitaria australiana riflettendo il modo in cui la patologia del linguaggio, la terapia occupazionale e la fisioterapia sono fornite in Australia. Bisogna tenere in considerazione quindi che i metodi e gli approcci possono variare e differenziarsi in base alla nazione di appartenenza.

È stato dimostrato che ha una buona validità di contenuto²⁸ e di faccia²⁹.

L'NDS (Nijmegen Dysarthria Scale)³⁰ (Allegato 16) è una scala di misurazione dei risultati recentemente sviluppata da logopedisti esperti.

Valuta due elementi fondamentali: il tipo e la gravità della disartria considerando i principali meccanismi, sistemi e strutture anatomiche che concorrono alla produzione linguistica (respirazione, fonazione, risonanza, prosodia, articolazione e movimenti delle labbra, lingua e mascella) e l'efficacia del discorso durante la comunicazione nella vita quotidiana (Van den Engel-Hoek, et al., 2009).

Il sistema di punteggio della NDS è una revisione e traduzione olandese delle misure dei risultati terapeutici (TOM) sviluppate a livello internazionale: ad ogni item viene assegnato un punteggio che va da 0 a 5. Più è basso il punteggio e peggiore è la prestazione.

I requisiti psicometrici dell'NDS sono buoni: ha un'affidabilità e una riproducibilità comparabili a quelle del TOM ma la comunità scientifica è in attesa di ulteriori ricerche (Vinck, et al., 2011) (Fuijkschot, Maassen, Gorter, Van Gerven, & Willemsen, 2009).

²⁸ Parametro in base al quale il contenuto degli item dello strumento di misurazione è in linea con il costrutto che il test stesso vuole misurare.

²⁹ Quanto gli item di uno strumento, ad una prima lettura, sembrano riferirsi, in modo specifico, al costrutto che si intende misurare.

³⁰ Non è stata ancora validata in lingua italiana.

3.1.6 Area del Neglect

L'eminegligenza spaziale unilaterale è un deficit comune nei pazienti con ictus emisferico destro e consiste in un fallimento nell'individuare o rispondere a stimoli presenti nella parte controlaterale all'emisfero lesionato. Il neglect va ad influenzare negativamente le attività di vita quotidiana (radersi, lavarsi, vestirsi, mangiare, leggere, scrivere, guidare la sedia a rotelle...) ed è stato più volte ritenuto essere tra i più forti predittori di scarso recupero funzionale nei pazienti con ictus, in particolare se associato ad anosognosia.

La valutazione clinica del neglect di solito si basa su test carta e penna: viene richiesto di effettuare attività di cancellazione, bisezione di linee o attività di disegno. Sebbene tali test siano utili per uno screening clinico rapido, presentano diversi limiti: valutano solo il neglect nello spazio peripersonale e non considerano altre dimensioni, come l'anosognosia, il neglect personale, motorio ed extrapersonale. Inoltre, i test convenzionali non tengono conto delle effettive prestazioni dei pazienti nella loro vita quotidiana: alcuni pazienti infatti ottengono una valutazione delle prestazioni nella norma nei test convenzionali, mentre mostrano dei BIAS nelle attività di vita quotidiana. Tali dissociazioni sono state attribuite al relativo risparmio di orientamento volontario dell'attenzione (coinvolto nei test convenzionali) in contrasto con una menomazione evidente verso gli stimoli rilevanti della vita quotidiana.

Per questo motivo c'è il bisogno di standardizzare misure ecologiche al fine di quantificare l'estensione del neglect nella vita quotidiana, adattare la riabilitazione ai deficit specifici che ogni paziente presenta, monitorare il cambiamento e valutare l'efficacia della riabilitazione.

Sono stati proposti svariati strumenti di misura che si basano, o sulla simulazione di condizioni realistiche, o su un questionario che tenta di misurare le impressioni soggettive dei pazienti riguardo le difficoltà quotidiane.

Tenendo conto delle considerazioni presenti nel paragrafo precedente, all'interno del protocollo è stata inserita la scala CBS (Catherine Bergego Scale) (Allegato 17), basata sull'osservazione diretta della funzionalità del paziente in 10 situazioni della vita reale. Per ogni item è usata una scala a 4 punti:

- 0 (assenza di neglect): viene dato se non si osservano bias spaziali;

- 1 (neglect lieve): viene dato quando il paziente esplora l'emispazio destro per primo, andando lentamente con esitazione, verso sinistra e facendo delle omissioni occasionali nell'emispazio sinistro. Fatica ed emozioni possono comportare alcune fluttuazioni delle prestazioni;
- 2 (neglect moderato): viene dato quando il paziente effettua delle chiare e costanti omissioni o collisioni sull'emispazio sinistro;
- 3 (neglect severo): viene dato quando un paziente è totalmente incapace di esplorare l'emispazio sinistro.

Viene calcolato poi un punteggio totale che va da 0 a 30. Più è alto il punteggio e più è grave la condizione di negligenza spaziale.

Le stesse domande sono valutate poi dal paziente stesso al fine di verificare la presenza o meno di anosognosia.

È infatti presente una forma parallela della CBS: è stata creata sottoforma di questionario con gli stessi item e punteggi della CBS compilata dal professionista.

Il punteggio dell'anosognosia deriva dalla differenza tra il punteggio assegnato dall'operatore e il punteggio di autovalutazione del paziente. Più è alto il risultato e più è alta la discrepanza tra i due punteggi: indice di un elevato livello di anosognosia.

Questa scala è sensibile al cambiamento e può essere utilizzata per monitorare l'efficacia di un intervento terapeutico.

La CBS, contrariamente alla maggior parte degli strumenti di valutazione, non si basa su condizioni di test artificiali, ma sull'osservazione diretta del comportamento dei pazienti nel loro ambiente quotidiano; caratteristica intrinseca delle scale stesse.

La CBS è di facile e rapido utilizzo e può essere somministrata in prove terapeutiche o riabilitative per valutare la generalizzazione delle abilità nella vita quotidiana, elemento fondamentale da tenere in considerazione nella riabilitazione della negligenza.

Può essere utile quindi per valutare quanto il neglect influenzi le attività di vita quotidiana, per adattare la riabilitazione ai singoli pazienti e per ottenere una migliore consapevolezza delle proprie menomazioni neurologiche.

Permette anche di focalizzare il programma riabilitativo sulla disabilità effettiva del paziente e di monitorare i cambiamenti durante il percorso riabilitativo.

Può essere utile, inoltre, nella ricerca clinica per valutare la generalizzazione di un intervento terapeutico alle abilità di vita quotidiana.

La scala ha buone proprietà psicometriche e può essere usata per valutare il comportamento dei pazienti con neglect.

È stata definita come una scala con una buona validità concorrente³¹ e una buona stabilità inter-esaminatore, è risultata inoltre più sensibile rispetto ad ogni test carta penna: questi ultimi hanno rilevato il neglect nel 65.4% dei pazienti; invece, con la CBS è stato rilevato nel 96% dei pazienti.

Gli item più sensibili della CBS (neglect nel vestirsi, collisioni durante i movimenti e conoscenza della parte sinistra del corpo) sono correlati ad aspetti del neglect che non sono affrontati dai test convenzionali carta-penna.

La ricerca futura dovrebbe esaminare le proprietà psicometriche della scala che non sono state ancora valutate, come l'affidabilità test-retest e dovrebbe essere inoltre condotta una convalida interculturale in diversi paesi e lingue.

Viene confermato che la CBS è affidabile e valida e che i 10 item definiscono un costrutto omogeneo. La valutazione comportamentale si è rivelata ancora una volta più sensibile rispetto ai tradizionali compiti carta-penna (Azouvi, et al., 2003) (Azouvi, et al., 1996).

3.1.7 Area della pragmatica

Grazie al contributo della psicolinguistica il concetto di abilità verbale si è evoluto moltissimo: alle dimensioni formali si aggiungono le componenti prosodiche, discorsive e pragmatico-inferenziali.

La pragmatica riguarda l'interazione tra il contenuto linguistico, le informazioni contestuali e le regole comunicative generali nella guida della comunicazione.

I domini tipici di indagine della pragmatica sono quei fenomeni verbali in cui è chiaramente visibile il divario tra il significato letterale e il significato comunicativo, in cui il contesto gioca un ruolo fondamentale nel determinare il significato del messaggio trasmesso. La metafora, l'ironia e il linguaggio non letterale in generale sono tra questi fenomeni poiché, i soggetti sono tenuti a integrare le informazioni contestuali, comprese le credenze e le intenzioni, al fine di cogliere il significato previsto. Anche aspetti del discorso e della conversazione come il mantenimento dell'argomento e la coerenza sono

³¹ Validità che indica quanto i punteggi ottenuti con uno strumento sono correlati ai punteggi ottenuti con un altro strumento che misura lo stesso costrutto, o uno analogo.

spesso inclusi nel dominio della pragmatica, poiché i parlanti devono aderire a regole di adeguatezza al contesto.

La comprensione del ruolo degli emisferi cerebrali nella comunicazione verbale è cambiata negli ultimi decenni: se in generale si ritiene che l'emisfero sinistro sostenga gli aspetti formali del linguaggio; l'integrità dell'emisfero destro è considerata necessaria per una comunicazione verbale ricca ed efficiente. In particolare, una lesione all'emisfero destro può danneggiare alcune componenti verbali di livello superiore e i danni sono in genere meno marcati rispetto a quelli derivanti da lesioni dell'emisfero dominante: non influenzano direttamente la comprensione, ma influenzano le componenti dinamiche del discorso e della conversazione.

Come ampiamente descritto l'emisfero destro viene considerato la sede delle capacità pragmatiche del cervello. Tuttavia, è diventato presto evidente che, oltre ai pazienti con danno cerebrale nell'emisfero destro, un gran numero di popolazioni cliniche mostra simili menomazioni pragmatiche, inclusi pazienti con schizofrenia, lesioni cerebrali traumatiche e malattie neurodegenerative.

In questi soggetti si manifestano varie difficoltà: incapacità nel rispettare le regole conversazionali; difficoltà nel trasmettere intenzioni comunicative basate su emozioni modulando i parametri intonativi e difficoltà nel capire l'uso degli atti linguistici indiretti o il linguaggio figurato.

Data l'alta possibilità di manifestazione di questi disturbi è importante andarli a valutare poiché, un danno alle componenti pragmatiche, prosodiche e/o discorsive può seriamente limitare la comunicazione con gli altri, inclusi i caregiver e le persone vicine al paziente. Tali problematiche hanno quindi conseguenze comunicative per la persona interessata e il loro impatto funzionale e psicosociale può essere considerevole, interferendo con il mantenimento di rapporti interpersonali soddisfacenti e con la ripresa della vita professionale e sociale.

Nonostante la crescente evidenza della vulnerabilità degli aspetti pragmatici della comunicazione in un gran numero di condizioni neurologiche e psichiatriche, e nonostante l'esistenza degli strumenti di valutazione, la valutazione pragmatica è raramente integrata nella pratica clinica.

Alla luce di questo scenario, è necessario promuovere una maggiore considerazione degli aspetti pragmatici nella descrizione del profilo clinico del paziente poiché la pragmatica racchiude elementi fondamentali che vanno a caratterizzare la vita di tutti i giorni.

Per perseguire questo obiettivo, sono stati creati vari strumenti di valutazione delle abilità pragmatiche, tra cui l'APACS e il MEC, inseriti all'interno del protocollo di tesi.

L'APACS (Assessment of Pragmatic Abilities and Cognitive Substraties) è caratterizzato da vari elementi distintivi:

- inclusione dei principali domini delle menomazioni, cioè discorso e significato non letterale, raggruppati in un unico strumento;
- attenta selezione dei materiali: è stata migliorata la natura realistica degli stimoli, utilizzando le fotografie al posto dei disegni;
- rispetto, per quanto possibile, della somministrazione in un ambiente ecologico;
- brevità e facilità di somministrazione: sono stati impiegati compiti ampiamente utilizzati (come, ad esempio, il colloquio semi-strutturato) in modo che non venga richiesta una preparazione speciale da parte del clinico, aumentando così la facilità di somministrazione. La richiesta di formazione è minima anche per quanto riguarda il calcolo del punteggio: nell'APACS il risultato viene calcolato direttamente da un foglio Excel preimpostato. Il tempo di somministrazione è breve: in media di 35–40 minuti a seconda delle caratteristiche dell'individuo.

Lo strumento è stato sviluppato in italiano, incoraggiando tuttavia lo sviluppo delle versioni in altre lingue, previo un attento adattamento, soprattutto degli usi non letterali.

L'importanza di uno strumento come l'APACS, che valuti le abilità pragmatiche, deriva da due considerazioni principali: è sempre più affermata la comparsa di interruzioni comunicative in specifici compiti pragmatici all'interno di diverse popolazioni cliniche, dalla schizofrenia alle lesioni cerebrali traumatiche, e inoltre il numero di popolazioni cliniche che mostra menomazioni pragmatiche è stato recentemente ampliato con dati provenienti da malattie neurodegenerative, tra cui la demenza fronto-temporale e la sclerosi laterale amiotrofica (SLA). In secondo luogo, la pragmatica è strettamente correlata alla comunicazione e si trova al centro della nostra vita sociale, con un forte impatto sulla vita dell'individuo e sulla socialità in generale.

Uno strumento compatto come l'APACS può contribuire a fornire un quadro completo della competenza pragmatica nelle diverse popolazioni cliniche, mirando a un dominio vitale nella vita sociale del paziente e, in definitiva, portando a una caratterizzazione più precisa dei diversi profili clinici.

La struttura finale dell'APACS si concentra sulla valutazione di due principali domini pragmatici: il discorso e il linguaggio non letterale.

La prova è divisa in due sezioni principali, una dedicata alla valutazione della produzione e l'altra dedicata alla valutazione della comprensione, per un totale di 6 compiti: intervista e descrizione vanno a comporre la sezione di "produzione"; narrazione, linguaggio figurato 1, umorismo, e linguaggio figurato 2 compongono la sezione "comprensione". Permette di ottenere tre punteggi calcolati direttamente tramite l'inserimento dei risultati nel foglio Excel preimpostato: produzione pragmatica, comprensione pragmatica e totale APACS.

Si consiglia di accompagnare il test in parallelo con una valutazione neuropsicologica, valutando in particolare le funzioni esecutive e la cognizione sociale.

È consigliabile, inoltre, l'utilizzo di test per la valutazione degli aspetti formali del linguaggio per dissociare l'afasico da profili prettamente "pragmatici".

All'interno del protocollo di tesi è stata utilizzata solamente l'intervista, uno dei due compiti di produzione (Allegato 18).

Questo compito dura circa 5 minuti e, anche se consiste in un'intervista semi-strutturata, mira a valutare la capacità di effettuare conversazioni. L'intervista è organizzata intorno a quattro temi autobiografici: famiglia, casa, lavoro e organizzazione della giornata.

Il discorso prodotto dal soggetto è valutato secondo una checklist (Allegato 19) che include i parametri e le dimensioni principali dell'analisi del discorso, al fine di valutare la presenza di difficoltà comunicative a livello contestuale-pragmatico: grammatica e lessico (anomie, agrammatismo, circonlocuzioni...) eloquio (ripetizione, enunciati incompleti, ecolalia...), informatività (eccessiva o insufficiente informazione, perdita di iniziativa verbale...) e flusso delle informazioni (referenti mancanti, ordine errato del discorso elementi, brusco cambio di argomento...).

Sebbene il focus della valutazione sia sulla pragmatica verbale, la dimensione paralinguistica del discorso è inclusa nella valutazione (intonazione alterata, perdita del contatto visivo, espressione facciale fissa, abuso di gesti...).

Per ogni item viene assegnato un punteggio che va da 0 a 2: 0 corrisponde a “molto spesso o sempre”, 1 a “qualche volta” e 2 a “mai”.

Il punteggio massimo ottenibile corrisponde a 44: più è basso e peggiore sarà la prestazione del paziente (Arcara & Bambini, 2016).

I requisiti psicometrici risultano nel complesso buoni: l'APACS mostra un'affidabilità soddisfacente, con una coerenza interna³² accettabile per tutti i compiti e una buona affidabilità test-retest per quasi tutte le attività e punteggi. Una bassa affidabilità test-retest è stata trovata solo per l'attività di narrazione, probabilmente a causa di una combinazione di effetto soffitto ed effetto pratica (Arcara & Bambini, 2016).

Presenta anche una buona validità di contenuto³³ e di costrutto³⁴ poiché è composto da compiti che toccano diversi aspetti della competenza pragmatica e perché i giudici hanno assegnato valutazioni eccellenti agli articoli e ai punteggi APACS, elementi a sostegno della validità di contenuto del test.

La durata totale del test (circa 35-40 minuti) e l'uso di compiti tradizionali e sistemi di punteggio che non richiedono una formazione faticosa da parte del medico, vanno ad aumentare la fattibilità³⁵ dell'APACS in ambito clinico.

È importante sottolineare il fatto che l'età e l'istruzione hanno influenzato quasi tutti i compiti APACS: il punteggio è direttamente proporzionale agli anni di scolarità (più è alta la scolarità e maggiore sarà il punteggio) e inversamente proporzionale all'età (più è alta l'età e minore sarà il punteggio). Questi risultati sono coerenti con quanto comunemente osservato in molti test neuropsicologici e combaciano con la ricerca sperimentale degli effetti che l'età ha su specifiche abilità pragmatiche: è dimostrato che

³² Omogeneità tra gli stimoli che compongono lo strumento.

³³ Parametro in base al quale il contenuto degli item dello strumento di misurazione è in linea con il costrutto che il test stesso vuole misurare.

³⁴ È il grado in cui il punteggio di uno strumento è coerente con delle ipotesi che gli autori formulano, partendo dal presupposto che lo strumento misuri determinati costrutti. È presente quando i punteggi ottenuti agli item di uno strumento di misurazione sono coerenti con il costrutto di base del test stesso.

³⁵ Si riferisce al carico di lavoro per l'esaminatore.

l'invecchiamento influisce sulla comprensione delle battute, del testo scritto e della risposta neurale per le metafore.

È stato anche evidenziato che il calo delle prestazioni pragmatiche nella popolazione anziana è probabilmente correlato a un deficit su altre capacità cognitive. Questo sottolinea ulteriormente l'importanza di esplorare i substrati cognitivi della pragmatica, integrando la valutazione delle abilità pragmatiche con test neuropsicologici mirati alle funzioni esecutive (Arcara & Bambini, 2016).

L'altro protocollo utile a valutare le abilità pragmatiche è il Montréal Evaluation of Communication (MEC).

È composto da 14 prove la cui somministrazione deve seguire un ordine preciso: questionario sulla consapevolezza dei problemi di comunicazione, discorso conversazionale, comprensione di metafore, fluenza lessicale libera, prosodia linguistica in comprensione, prosodia linguistica in ripetizione, discorso narrativo in comprensione e produzione, fluenza lessicale con criterio ortografico/fonemico, prosodia emotiva in comprensione, prosodia emotiva in ripetizione, fluenza lessicale con criterio semantico, prosodia emotiva in produzione e giudizio semantico.

La batteria è destinata esclusivamente alla valutazione degli aspetti verbali della comunicazione in seguito ad una lesione cerebrale e non è adatta a valutare da sola eventuali disturbi cognitivi associati.

Vi è stata una standardizzazione italiana della batteria in quanto è stata sviluppata a livello sovranazionale e ne è stata fatta una validazione in più lingue.

La standardizzazione italiana del protocollo è stata fatta in soggetti adulti privi di qualsiasi danno cerebrale, al fine di ottenere un profilo normativo di riferimento e valutare l'effetto di età e scolarità nelle varie prove.

La batteria non ha un punteggio totale ma ha un profilo delle prestazioni poiché ogni singola prova ha un cut-off di riferimento per età e scolarità.

Il tempo stimato per la somministrazione del manuale che viene indicato nel testo può andare da una a due ore.

Devono essere seguite alcune regole per la somministrazione:

- vi sono argomenti suggeriti per la conversazione: lavoro, famiglia, divertimenti, attualità (a discrezione dell'esaminatore);

- viene dato il suggerimento di evitare argomenti a potenziale alto carico emotivo per il paziente (es malattia, ospedalizzazione...);
- è consigliato il cambio di argomenti nella conversazione e l’inserimento di commenti ironici ed espressioni indirette (es, metafore, modi di dire) per verificare reazioni ed abilità di adattamento del paziente, sempre con comportamento comunicativo neutrale da parte dell’esaminatore;
- la durata della conversazione è all’incirca di 5 minuti.

Il punteggio è dato da una checklist composta da 17 item, ciascuno dei quali viene valutato tramite un punteggio che va da 0 a 2: 2 per il comportamento assente, 1 per il comportamento raro o poco marcato, 0 per il comportamento frequente o molto marcato, n/o per il comportamento non osservato.

Il punteggio massimo è di 34 con cut-off specifici per età e scolarità (Allegato 21): più è alto il punteggio e migliore è la prestazione.

Per la codifica delle risposte si ha un box dove si indica come assegnare i punteggi per ciascuna prova (Allegato 22) (Tavano, Cote, Ferré, Ska, & Joannette, 2013).

All’interno del protocollo di tesi è stata inserita solamente la prova “Discorso conversazionale” (Allegato 20) al fine di valutare le abilità comunicative verbali in contesto conversazionale il più naturale possibile, a livello sia di input che di output. Questa prova permette di osservare la presenza di possibili difficoltà di tipo pragmatico, lessicale, morfosintattiche, articolatorie e prosodiche.

3.2 Popolazione dello studio e condizioni per la compilazione del protocollo

In un processo di raccolta dati è fondamentale, al fine di ottenere dei risultati attendibili e veritieri, andare a stabilire le caratteristiche, le modalità e le regole per la compilazione delle schede, specificando anche la popolazione oggetto di studio.

È stato infatti definito, prima di iniziare il processo di raccolta dati, un insieme di norme da rispettare per la compilazione del protocollo:

- il lasso temporale a disposizione per la compilazione corrispondeva alle 72 ore: le ultime 72 ore della presa in carico del logopedista che lasciava il paziente e le prime 72 ore dopo l’inizio della nuova presa in carico da parte del logopedista subentrante;

- la somministrazione doveva essere effettuata dai due colleghi che erano coinvolti nel passaggio di presa in carico, di cui il Dott. Bedeschi risultava essere sempre uno dei due logopedisti interessati, insieme alla sottoscritta;
- la somministrazione doveva essere effettuata in cieco, al fine di evitare possibili confronti tra i logopedisti e quindi eventuali condizionamenti sull'assegnazione dei punteggi;
- i logopedisti hanno potuto consultare tutte le spiegazioni delle scale presenti all'interno del manuale consegnatogli prima della raccolta dati.

Come accennato nell'introduzione l'organizzazione interna del centro porta alla presenza di una rotazione (circa ogni 3 mesi) dei logopedisti tra i vari reparti della struttura, creando un susseguirsi di passaggi di consegne tra i professionisti stessi che si trovano a lasciare e a prendere in carico sempre nuovi pazienti.

Dato che lo scopo del progetto è quello di ottimizzare e facilitare il momento dei passaggi di consegne con l'intento di ridurre il più possibile la perdita di informazioni, incrementando di conseguenza la qualità globale della presa in carico logopedica dei pazienti nel loro continuum riabilitativo, la popolazione oggetto di studio corrispondeva al bacino d'utenza dell'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc).

Poiché si tratta di uno studio sperimentale è fondamentale spiegare in modo chiaro le caratteristiche del gruppo di popolazione coinvolto nel progetto di tesi, delineando i criteri di inclusione e di esclusione.

I criteri di inclusione sono i seguenti:

- pazienti che effettuano terapia logopedica, anche associata ad altri interventi da parte di ulteriori figure professionali: fisioterapista, terapeuta occupazionale...;
- pazienti coinvolti nei passaggi di consegne tra un logopedista del centro e il Dott. Bedeschi;
- età ≥ 14 anni dato che l'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc) prende in carico quei soggetti che si trovano tra la fascia d'età dell'adolescenza e quella della quinta età (>90 anni);
- LCF ≥ 5 (confuso-inappropriato, non agitato: assistenza massima);
- genere: M e F;

- deficit in una o più delle aree presenti nel protocollo di tesi³⁶.

I criteri di esclusione sono i seguenti:

- pazienti che non effettuano terapia logopedica;
- pazienti coinvolti nei passaggi di consegne tra logopedisti diversi rispetto al Dott. Bedeschi;
- età <14 anni;
- valutazione delle abilità con prestazioni nella norma al momento della presa in carico iniziale;
- pazienti osservati all'inizio del periodo di frequenza volontaria (dicembre) che sono stati dimessi subito dopo pochi giorni.

Nella tabella (Tabella 8) sottostante vengono riassunti i criteri di inclusione e di esclusione.

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Pazienti che effettuano terapia logopedica	Pazienti che non effettuano terapia logopedica
Pazienti coinvolti nei passaggi di consegne tra un logopedista del centro e il Dott. Bedeschi	Pazienti coinvolti nei passaggi di consegne tra logopedisti differenti rispetto al dott. Bedeschi
Età ≥ 14 anni	Età <14 anni
LCF ≥ 5	Pazienti visti all'inizio del periodo di frequenza volontaria (Dicembre) e che sono stati subito dimessi dopo qualche giorno
Genere: M e F	Valutazione della abilità nella norma al momento della presa in carico
Deficit in una o più delle aree presenti nel protocollo di tesi	

Tabella 8. Criteri di inclusione e di esclusione.

3.3 Reparti e periodi di raccolta dei dati

Dopo aver stabilito le regole per la compilazione del protocollo è iniziata la fase di raccolta dei dati, momento alla base di questo progetto di tesi.

Il periodo di frequenza volontaria è stato effettuato in tre momenti differenti, all'interno di diversi reparti (F1, B1+B2+A3 e DH), in un lasso di tempo compreso tra il 06/12/2021 e il 17/06/2022 (Figura 6).

³⁶ Le scale di base sono somministrate sempre a tutti i pazienti.

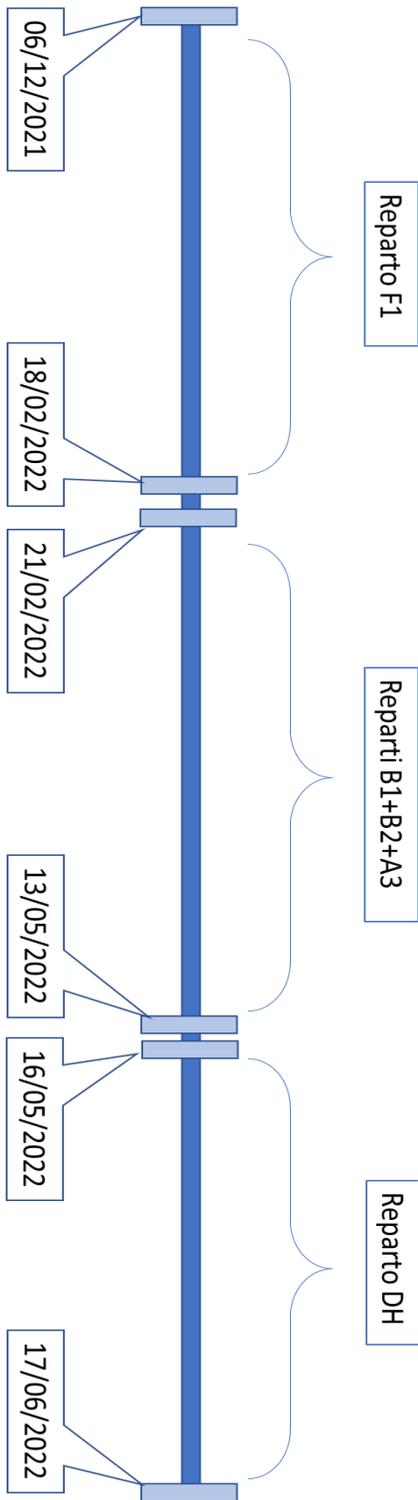


Figura 6. Periodo di raccolta dati

I reparti si differenziano l'uno dall'altro in quanto i reparti B2 ed F1 sono reparti di riabilitazione ospedaliera intensiva, il B1 è un reparto extraospedaliero con riabilitazione

sia di tipo intensivo che estensivo, l'A3 è un reparto di riabilitazione extraospedaliera estensiva e il DH è il reparto day-hospital semi-internato di alto livello.

Come si può vedere dalla linea temporale rappresentata in Figura 6, i periodi di raccolta dati sono stati 3:

1. 06/12/2021 - 18/02/2022 nel quale il Dott.Bedeschi e la sottoscritta eravamo assegnati al reparto F1;
2. 21/02/2022 - 13/05/2022 nel quale il Dott.Bedeschi la sottoscritta eravamo assegnati ai reparti B1+B2+A3;
3. 16/05/2022 – 17/06/2022 nel quale il Dott.Bedeschi e la sottoscritta eravamo assegnati al reparto DH.

Il processo di raccolta dati ha previsto una prima fase che consisteva nella compilazione cartacea dei protocolli da parte del Dott. Bedeschi, della sottoscritta e delle logopediste coinvolte nel passaggio di consegne.

Successivamente i dati sono stati riportati all'interno di un file Excel al fine di semplificare la visione e il calcolo dei risultati: per i tre momenti relativi ai passaggi di consegne era sempre presente una scheda iniziale che riassumeva tutti i dati dei pazienti coinvolti nel passaggio di consegna (numero del paziente, età, esordio, eziologia e scolarità) e i dati relativi al passaggio di consegne (tipo di passaggio di consegne: uscita o ingresso, da quale reparto, verso quale reparto, codice di passaggio di consegna con annesso il colore specifico e l'area delle scale somministrate per quel paziente, con il relativo codice).

Oltre alla scheda riassuntiva iniziale sono stati creati dei fogli specifici per ogni paziente nei quali venivano riportati i risultati che emergevano dalla somministrazione da parte dei 3 operatori coinvolti: la logopedista coinvolta nel passaggio di consegne (Dott.ssa Sara Naticchi, Dott.ssa Laura Terenzi o Dott.ssa Sara Mezzogori), il Dott.Bedeschi e la sottoscritta.

È stata creata una legenda per la raccolta dei dati su Excel:

- sono stati rispettati i codici precedentemente assegnati ai passaggi di consegne e sono stati aggiunti anche dei colori specifici per ogni lettera:
 - logopedista cambia reparto (prende nuovi pazienti): codice A **giallo**;
 - logopedista cambia reparto (lascia vecchi pazienti): codice B **verde**;

- paziente cambia reparto (logopedista riceve paziente): codice C **celeste**;
 - paziente cambia reparto (logopedista “dimette” paziente): codice D **arancione**;
- è stata rispettata anche l’assegnazione dei numeri alle aree di valutazione del protocollo:
1. scale di base;
 2. disfagia;
 3. disfonia;
 4. disartria;
 5. neglect;
 6. pragmatica;
- ulteriore accorgimento è stato quello di utilizzare il carattere maiuscolo e minuscolo al fine di avere subito chiare, ad una prima visione del file, le schede dei pazienti complete di tutti i dati per le tre valutazioni³⁷: il maiuscolo è stato utilizzato per identificare le schede complete, il minuscolo per identificare le schede incomplete.
- Ovviamente, alla fine dello studio, tutte le schede avevano il nome del paziente scritto in maiuscolo, indice di una raccolta dati completa;
- sono state evidenziate in giallo le caselle nelle quali si è venuta a manifestare un’assegnazione del punteggio differente. Le caselle sono state evidenziate anche se variava solamente uno dei tre punteggi assegnati dai 3 operatori³⁸.

³⁷ Logopedista coinvolta, Dott. Bedeschi e la sottoscritta.

³⁸ Per la scala ASHA-FACS sono stati considerati come valori tra loro differenti quelli con, tra loro, uno scarto di almeno 0,5pt. tra una valutazione e l’altra.

CAPITOLO 4 RISULTATI

Lo studio ha coinvolto un numero totale di 32 pazienti con un totale di 40 passaggi di consegne.

Dall'analisi dei dati la causa prevalente di ricovero è il TCE (Trauma Cranico Encefalico), eziologia di 12 pazienti; segue poi l'ictus ischemico (8 pazienti), al terzo posto si trova l'ictus emorragico (5 pazienti), seguono poi il Covid-19 (3 pazienti), l'asportazione di processi espansivi (2 pazienti) e altri³⁹.

Dalla valutazione la prevalenza delle scale somministrate è risultata suddivisa come da grafico sottostante (Figura 7):



Figura 7. NB: le scale di base sono state somministrate a tutti i pazienti.

I passaggi di consegne sono stati in totale 40, così suddivisi:

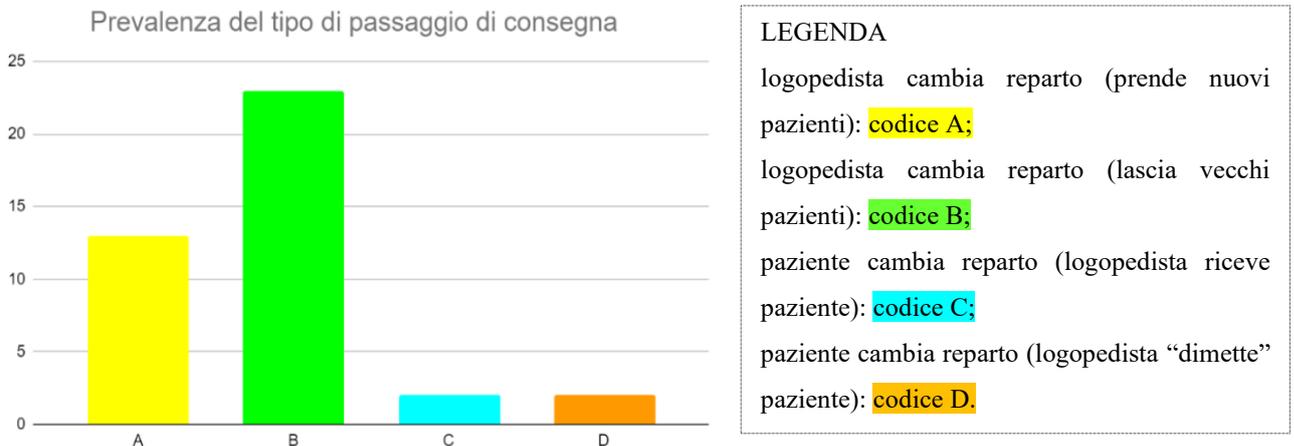


Figura 8. Prevalenza del tipo di passaggio di consegna.

³⁹ Allargamento dell'arco aortico trasverso e ictus emisferico sinistro da dissecazione spontanea carotide sinistra.

La prima raccolta dati è stata effettuata dal 06/12/2021 al 18/02/202 nel reparto F1: durante questo periodo un paziente è stato “dimesso” verso il reparto DH e preso in carico dalla Dott.ssa Sara Naticchi. Alla fine della permanenza nel reparto F1 il Dott.Bedeschi e la sottoscritta andiamo verso i reparti B1+B2+A3, lasciando 7 pazienti alla Dott.ssa Sara Naticchi.

Sono state somministrate le scale di base (1), dell’area della disfagia (2), della disfonia (3), del neglect (5) e della pragmatica (6).

Nelle tabelle sarà indicato il nome abbreviato degli operatori: Dott. Stefano Bedeschi (S.B.), Dott.ssa Sara Naticchi (S.N.), Noemi Giacomini (N.G.).

1) Scale di base

LCF-R																	
Passaggio D																	
Numero paziente			S.B.			N.G.			S.N.								
1			9			9			9								
Passaggi B																	
1			7			7			7								
2			6			6			7								
3			6			5			5								
4			6			8			6								
5			8			8			8								
6			6			8			6								
7			7			7			7								
FAM																	
Passaggio D																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.
6	6	6	7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7	6	7	7	7
Passaggi B																	
Paziente 1																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.
6	7	5	7	7	6	6	7	7	5	6	4	6	7	5	5	6	5
Paziente 2																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.
4	4	5	4	6	6	7	7	7	3	4	5	5	3	5	5	6	6
Paziente 3																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.
4	1	3	3	1	1	2	7	2	1	1	1	3	2	2	3	4	2
Paziente 4																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.

6	7	5	7	7	7	7	7	7	7	6	6	5	6	7	6	5	6	6
Paziente 5																		
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri			
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	
5	5	4	4	6	4	7	7	6	3	6	4	4	5	4	6	7	5	
Paziente 6																		
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri			
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	
5	5	4	5	4	4	7	7	7	4	5	4	4	5	4	5	6	5	
Paziente 7																		
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri			
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	
6	6	4	6	7	4	6	7	6	4	4	4	6	7	4	3	4	4	
ASHA-FACS																		
Numero paziente		Media della scala dell'indipendenza comunicativa						Media della scala della dimensione qualitativa della comunicazione										
Passaggio D																		
1	S.B.		N.G.		S.N.		S.B.		N.G.		S.N.							
	7		7		7		5		5		5							
Passaggi B																		
1	6,2		6,7		6,3		3,8		4,6		4,3							
2	6,5		7		6,8		4,8		5		4							
3	2,5		1,6		1,6		2,1		1,6		1,5							
4	6,3		7		6,3		4,1		5		4,1							
5	6,9		6,9		6,9		4,8		5		4,7							
6	6,2		7		5,7		4,2		5		4,1							
7	6,3		6,3		5,1		4,6		3,9		3,3							

2) Disfagia

FOIS-It			
Passaggio D			
Numero paziente	S.B.	N.G.	S.N.
1	5	5	5
Passaggi B			
1	6	7	6
2	5	6	6
3	4	5	4
4	7	7	6
5	5	5	4
6	7	7	7
ASHA-NOMS			
Passaggio D			
Numero paziente	S.B.	N.G.	S.N.
1	5	5	5
Passaggi B			
1	6	7	6
2	5	6	6
3	4	5	4
4	7	7	6
5	4	5	3

6	7	7	7						
IDDSI									
Passaggio D									
Paziente 1									
	L0	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	Range
S.B.		X	X	X	X	X	X		da 1 a 6
N.G.	X	X	X	X	X	X	X		0-6
S.N.	X	X	X	X	X	X	X		0-6
Passaggi B									
Paziente 1									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
S.N.	X	X	X	X	X	X	X		0-6
Paziente 2									
S.B.		X	X	X	X	X	X	X	da 1 a 7
N.G.		X	X	X	X	X	X		da 1 a 6
S.N.		X	X	X	X	X	X		da 1 a 6
Paziente 3									
S.B.			X	X	X				da 1 a 4
N.G.		X	X	X	X				da 1 a 4
S.N.			X	X	X				da 2 a 4
Paziente 4									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
S.N.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
Paziente 5									
S.B.			X	X	X	X			da 2 a 5
N.G.		X	X	X	X	X			da 1 a 5
S.N.			X	X	X	X			da 2 a 5
Paziente 6									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
S.N.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
MAT									
Passaggio D									
Numero paziente				S.B.	N.G.	S.N.			
1				56	57	. ⁴⁰			
Passaggi B									
1				60	60	. ⁴¹			
2				58	59	60			
3				59	52	51			
4				60	59	57			
5				51	55	52			
6				59	60	57			

MAS

Passaggio D⁴²

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto

⁴⁰ S.N. non ha compilato poiché il paziente si trova nel reparto DH nel quale non si effettua il pranzo.

⁴¹ Non è stato compilato per impossibilità di seguire il paziente al pasto.

⁴² S.N. non ha compilato poiché il paziente si trova nel reparto DH nel quale non si effettua il pranzo.

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	3			
N.G.	2			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	2	1	1	0
N.G.	2	1	1	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	3	25	3	25
N.G.	3	25	2	11,11

Passaggi B

Paziente 1⁴³

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	4			
N.G.	0			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	1	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0

Paziente 2

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	4			
N.G.	2			
S.N.	4			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	1	0	3	0
N.G.	1	0	3	0
S.N.	2	0	3	0

⁴³ S.N. non ha compilato il MAS per impossibilità nel seguire il paziente ai pasti.

Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	3	25	0	0
N.G.	1	8,3	0	0
S.N.	1	8,3	1	5,5

Paziente 3

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	9			
N.G.	7			
S.N.	16			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	3	0	3	0
N.G.	2	1	0	0
S.N.	3	0	3	-3
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	4	22,2
N.G.	0	0	1	5,6
S.N.	3	25	2	11,1

Paziente 4

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	3			
N.G.	1			
S.N.	3			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
S.N.	1	0	0	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	1	5,6
N.G.	0	0	0	0
S.N.	1	8,3	3	16,6

Paziente 5

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto	
	PT TOT (su 36)

S.B.	8			
N.G.	7			
S.N.	8			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	3	0	3	0
N.G.	2	2	2	0
S.N.	3	0	3	3
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	2	16,6	3	16,6
N.G.	3	25	5	27,8
S.N.	3	25	3	16

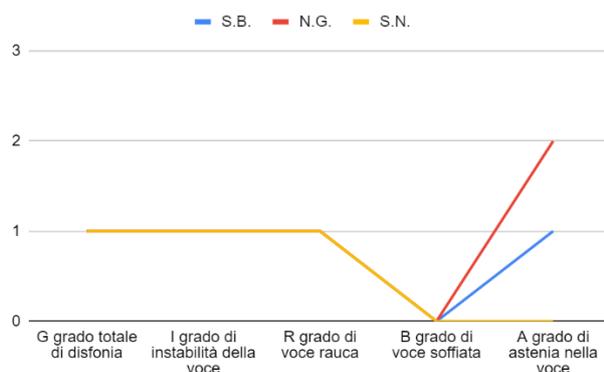
Paziente 6

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	2			
N.G.	0			
S.N.	6			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
S.N.	0	0	0	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
S.N.	1	8	1	18

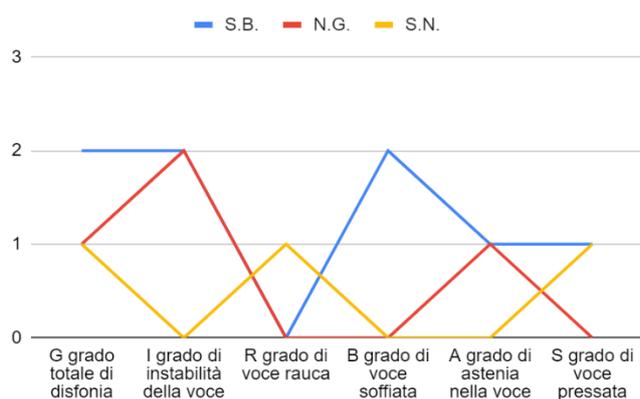
3) Disfonia

GIRBAS

Passaggio **D**



Passaggio B



5) Neglect

Bergego CBS	
Passaggio B	
	TOT CB1
S.B.	5
N.G.	3
S.N.	8
Scala CB: questionario di autovalutazione	
	TOT CB2
Autovalutazione	1
Anosognosia	
S.B.	4
N.G.	2
S.N.	7

6) Pragmatica

Passaggio B	
APACS (/44)	
S.B.	39
N.G.	40
S.N.	37
MEC (/ 34)	
S.B.	27
N.G.	23
S.N.	22

La seconda raccolta dati è stata effettuata dal 21/02/2022 al 13/05/2022 nei reparti B1+B2+A3: nel momento in cui entriamo presso i nuovi reparti prendiamo in carico 5 pazienti dalla Dott.ssa Laura Terenzi. Durante la permanenza nel reparto prendiamo in carico 1 paziente che si trovava nel reparto B1 e stava con la Dott.ssa Sara Naticchi. Durante la permanenza viene “dimesso” anche 1 paziente verso il reparto DH, preso poi in carico dalla Dott.ssa Laura Terenzi. Alla fine della permanenza nei reparti lasciamo 8 pazienti alla Dott.ssa Laura Terenzi per spostarci nel reparto DH.

Sono state somministrate le scale di base (1), dell'area della disfagia (2), della disfonia (3), della disartria (4) e del neglect (5).

Nelle tabelle sarà indicato il nome abbreviato degli operatori: Dott. Stefano Bedeschi (S.B.), Dott.ssa Sara Naticchi (S.N.), Dott.ssa Laura Terenzi (L.T.), Noemi Giacomini (N.G.).

1) Base

LCF-R			
Passaggi A			
Numero paziente	S.B.	N.G.	L.T.
1	7	8	7
2	6	7	7
3	7	6	8
4	9	10	9
5	6	7	6
Passaggi B			
1	6	6	7
2	6	5	7
3	8	8	8
4	8	8	7
5	6	5	7
6	7	6	7
7	8	6	8
8	6	6	6
Passaggio C			
	S.B.	N.G.	S.N.
1	7	8	6
Passaggio D			
	S.B.	N.G.	L.T.
1	9	10	10

FAM																	
Passaggi A																	
Paziente 1																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
5	5	6	7	7	7	6	7	7	4	5	5	5	6	7	6	6	7
Paziente 2																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
5	5	5	6	6	7	6	6	6	4	5	6	5	5	6	6	7	7
Paziente 3																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
7	5	5	7	6	7	2	2	4	1	4	6	6	6	7	5	6	6
Paziente 4																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	7	7	7	7

Paziente 5																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
4	4	5	4	6	5	6	7	6	2	3	4	4	6	5	5	4	7
Passaggi B																	
Paziente 1																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
3	4	4	3	5	6	7	7	7	2	3	5	4	5	6	5	6	7
Paziente 2																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
3	3	3	2	2	4	6	6	7	2	2	5	3	3	6	4	5	7
Paziente 3																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	7	7	7	7	7	6	6	7	5	6	6	5	6	7	6	6	7
Paziente 4																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	6	5	7	7	6	7	7	7	5	6	5	5	6	7	6	7	7
Paziente 5																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
3	3	5	3	3	4	5	7	7	2	2	4	4	3	7	5	6	7
Paziente 6																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
4	6	5	5	6	5	4	5	5	3	5	5	5	6	7	5	6	7
Paziente 7																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	4	7	7	5	7	1	2	5	1	2	7	7	5	7	6	6	7
Paziente 8																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
5	5	4	2	5	4	7	7	7	3	4	4	3	5	4	6	6	7
Passaggio C																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.
6	6	4	6	7	5	5	7	5	5	5	4	6	7	5	6	6	4
Passaggio D																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	7	7	7	7	7	7	7	7	5	6	6	5	6	7	7	7	7

ASHA-FACS						
Numero paziente	Media della scala dell'indipendenza comunicativa			Media della scala della dimensione qualitativa della comunicazione		
Passaggio A						
	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
1	6,8	6,9	7	4,8	4,8	5
2	6,8	6,9	7	4,8	4,9	5
3	5,7	6,4	6,6	2,8	4,3	4,5
4	7	7	7	5	5	5
5	6,3	6,6	6,6	3,6	4,6	4,7
Passaggi B						
1	6,4	6,6	7	4,6	4,6	5
2	5,9	5,7	6,6	3,9	4,6	4,9
3	6,9	6,9	7	5	4,8	5
4	6,9	6,9	7	5	4,6	5
5	6,1	5,6	7	4,1	4,2	5
6	6,3	6,3	6,6	4,1	5	5
7	6,6	6,6	6,5	3,6	4,7	5
8	6,4	6,7	5,5	4,9	4,6	4,8
Passaggio C						
	S.B.	N.G.	S.N.	S.B.	N.G.	S.N.
1	6,6	6,6	5,8	4,6	4,4	3,3
Passaggio D						
	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
1	7	7	7	5	5	5

2) Disfagia

FOIS-It			
Passaggio A			
Numero paziente	S.B.	N.G.	L.T.
1	2	2	2
2	3	3	3
3	7	7	7
4	5	5	6
Passaggi B			
1	2	3	2
2	5	6	5
3	2	2	2
4	2	2	2
5	3	2	3
Passaggio C			
	S.B.	N.G.	S.N.
1	7	7	7
Passaggio D			
	S.B.	N.G.	L.T.
1	7	7	7
ASHA-NOMS			
Passaggio A			
Numero paziente	S.B.	N.G.	L.T.
1	2	2	2
2	3	3	3

3	7	7	7						
4	5	5	6						
Passaggi B									
1	2	3	2						
2	5	6	4						
3	2	2	2						
4	2	2	2						
5	3	2	3						
Passaggio C									
	S.B.	N.G.	S.N.						
1	7	7	7						
Passaggio D									
	S.B.	N.G.	L.T.						
1	7	7	7						
IDDSI									
Passaggi A									
Paziente 1									
	L0	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	Range
S.B.				X	X				3-4
N.G.					X				4
L.T.	X	X	X	X	X				0-4
Paziente 2									
S.B.				X	X				3-4
N.G.					X				4
L.T.				X	X				3-4
Paziente 3									
	L0	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	Range
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
L.T.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
Paziente 4									
S.B.			X	X	X	X			2-5
N.G.			X	X	X	X			2-5
L.T.		X	X	X	X	X	X		1-6
Passaggi B									
Paziente 1									
S.B.				X	X				3-4
N.G.				X	X				3-4
L.T.				X	X				3-4
Paziente 2									
S.B.				X	X	X			3-5
N.G.			X	X	X				2-4
L.T.	X	X	-X	-X	-X	X	X		⁴⁴
Paziente 3									
S.B.				X	X				3-4
N.G.			X						2
L.T.					X				4
Paziente 4									
S.B.				X	X				3-4
N.G.				X	X				3-4
L.T.					X				4

⁴⁴ Con le X vengono indicate le consistente che il paziente assume in trattamento, con il “-“ le consistente che assume in autonomia al di fuori del trattamento.

Paziente 5									
S.B.					X				4
N.G.					X				4
L.T.					X				4
Passaggio C									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
S.N.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
Passaggio D									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
L.T.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
MAT									
Passaggio A ⁴⁵									
Numero paziente		S.B.		N.G.		L.T.			
1		41		40		38			
2		60		60		60			
3		59		58		59			
Passaggi B ⁴⁶									
1		60		60		58			
2		41		36		41			
Passaggio C									
		S.B.		N.G.		S.N.			
1		60		60		57			
Passaggio D									
		S.B.		N.G.		L.T.			
1		60		60		60			

MAS

Passaggi A

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto					
	PT TOT (su 36)				
S.B.	14				
N.G.	14				
L.T.	10				
Fattori ambientali che influenzano il pasto					
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)	
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo		Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	3	1		3	0
N.G.	3	1		3	0
L.T.	3	2		3	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione					
	Pt sicurezza (su 12)		Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	4		33,33	7	14

⁴⁵ Somministrata a 3 pazienti perché uno non effettuava il pasto.

⁴⁶ Somministrata a 2 perché 3 non effettuavano il pasto.

N.G.	5	41,7	9	50
L.T.	5	41,7	2	11,1

Paziente 2

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	0			
N.G.	0			
L.T.	0			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
L.T.	0	0	0	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
L.T.	0	0	0	0

Paziente 3

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	4			
N.G.	3			
L.T.	3			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	2	0	3	0
N.G.	2	0	3	0
L.T.	2	0	3	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
L.T.	1	8,3	0	0

Passaggi B

Paziente 1

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	0			
N.G.	0			
L.T.	2			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	3	0	3	0
N.G.	1	0	1	0
L.T.	3	0	3	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	2	16,7	0	0
N.G.	0	0	0	0
L.T.	0	0	0	0

Paziente 2

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	16			
N.G.	18			
L.T.	12			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	3	2	3	0
N.G.	3	1	3	0
L.T.	3	1	3	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	5	41,7	8	44,44
N.G.	6	50	10	55,6
L.T.	5	41,67	4	22,2

Passaggio C

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	1			
N.G.	0			
S.N.	4			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
S.N.	0	0	0	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
S.N.	1	5,5	1	8,3

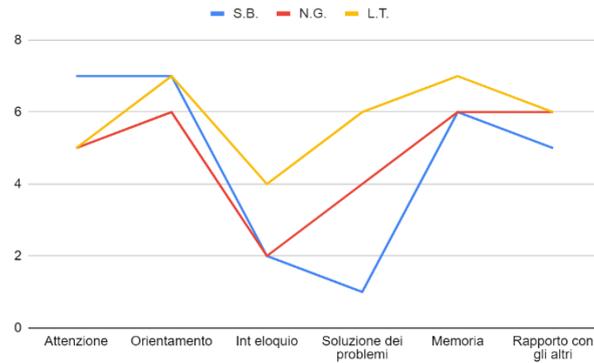
Passaggio D

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	0			
N.G.	0			
L.T.	0			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
L.T.	0	0	0	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	0	0	0	0
N.G.	0	0	0	0
L.T.	0	0	0	0

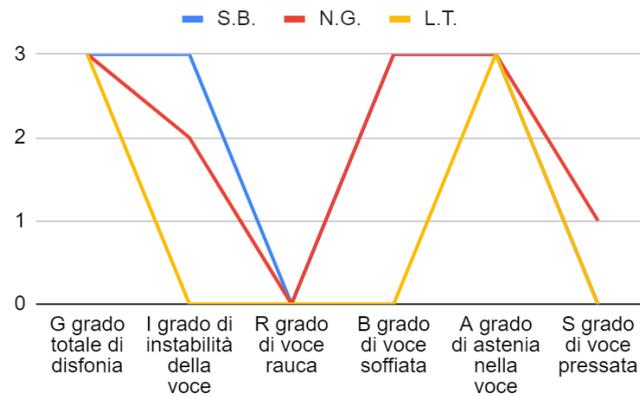
3) Disfonia

GIRBAS

Passaggio A



Passaggio B



4) Disartria

Passaggio A				
TOM				
	Menomazione	Disabilità	Handicap	Benessere/angoscia
S.B.	0	1	1	4
N.G.	0	2	4	5
L.T.	2	2	3	3
NDS				
	Valutazione della disartria			Livello di efficacia comunicativa
S.B.	0			1
N.G.	0			3
L.T.	2			3
Passaggio B				
TOM				
	Menomazione	Disabilità	Handicap	Benessere/angoscia
S.B.	3	3	2	3
N.G.	2	3	3	4
L.T.	3	4	4	3
NDS				
	Valutazione della disartria			Livello di efficacia comunicativa
S.B.	2			3
N.G.	2			3
L.T.	3			4

5) Neglect

CBS	
Passaggio B	
	TOT CB1
S.B.	6
N.G.	8
L.T.	2
Scala CB: questionario di autovalutazione	
	TOT CB2
Autovalutazione	3
Anosognosia	CB1-CB2
S.B.	3
N.G.	5
L.T.	2

L'ultima raccolta dati è stata effettuata dal 16/05/2022 al 17/06/2022 nel reparto DH: nel momento in cui entriamo nel nuovo reparto prendiamo in carico 8 pazienti dalla Dott.ssa Laura Terenzi. Durante la permanenza nel reparto prendiamo in carico 1 paziente che si trovava nel reparto B2 e stava con la Dott.ssa Laura Terenzi. Alla fine della permanenza nel reparto lasciamo 8 pazienti alla Dott.ssa Sara Mezzogori.

Sono state somministrate le scale di base (1), dell'area della disfagia (2), della disfonia (3) e della disartria (4).

Nelle tabelle sarà indicato il nome abbreviato degli operatori: Dott. Stefano Bedeschi (S.B.), Dott.ssa Sara Mezzogori (S.M.), Dott.ssa Laura Terenzi (L.T.), Noemi Giacomini (N.G.).

1) Base

LCF-R			
Passaggi A			
Numero paziente	S.B.	N.G.	L.T.
1	8	8	8
2	7	7	8
3	8	7	8
4	7	6	6
5	9	10	10
6	8	9	8
7	8	8	10
8	8	9	10
Passaggi B			
	S.B.	N.G.	S.M.
1	6	5	7
2	10	10	10
3	8	7	9
4	8	8	8
5	10	9	10
6	8	9	10

7	7	8	7
8	8	8	9
Passaggio C			
	S.B.	N.G.	L.T.
1	8	9	8

FAM																	
Passaggi A																	
Paziente 1																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	6	5	7	7	7	7	7	7	4	5	6	6	6	7	7	7	7
Paziente 2																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	6	6	7	6	7	4	3	5	4	5	6	7	6	7	6	6	7
Paziente 3																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	7	7	7	6	7	3	3	1	4	5	5	6	7	7	6	7	7
Paziente 4																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
4	4	4	6	6	4	7	7	6	3	4	4	4	4	4	5	7	6
Paziente 5																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	6	7	7	7	7
Paziente 6																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	6	5	7	7	7	7	7	7	5	6	5	6	6	7	6	6	7
Paziente 7																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	7	7	7	7	7	6	7	7	5	5	7	7	7	7	7	6	7
Paziente 8																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	7	7	7	7	7	6	6	5	5	6	7	7	7	7	6	6	7
Passaggi B																	
Paziente 1																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
4	3	4	4	4	4	6	7	5	3	2	3	4	3	4	5	6	4
Paziente 2																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		

S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Paziente 3																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
6	6	5	6	7	5	3	3	2	3	5	5	6	7	7	6	7	5
Paziente 4																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
6	7	5	7	7	7	6	6	4	5	5	6	7	7	5	6	6	6
Paziente 5																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	7
Paziente 6																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
7	7	7	7	7	7	5	6	6	5	6	7	6	7	7	6	7	6
Paziente 7																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
4	5	3	6	6	6	7	7	7	3	4	4	5	4	5	6	7	6
Paziente 8																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.
6	6	5	7	7	7	7	7	7	5	5	5	5	6	2	6	6	6
Passaggio C																	
Attenzione			Orientamento			Int eloquio			Soluzione dei problemi			Memoria			Rapporto con gli altri		
S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
6	7	7	7	7	7	6	6	7	5	6	6	7	7	7	6	7	7
ASHA-FACS																	
		Media della scala dell'indipendenza comunicativa			Media della scala della dimensione qualitativa della comunicazione												
Passaggi A																	
	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.											
1	6,9	6,9	7	4,8	4,7	5											
2	6,4	6,9	6,6	4,2	4,7	4,8											
3	4,6	6,1	6	2,9	3,1	3,8											
4	6,6	6,9	6,2	4,8	4,8	4,6											
5	7	7	7	5	5	5											
6	6,5	6,9	7	5	4,9	5											
7	6,9	6,9	7	5	4,9	5											
8	6,9	7	6,9	4,8	4,9	5											
Passaggi B																	
	S.B.	N.G.	S.M.	S.B.	N.G.	S.M.											
1	5,8	6,5	6,1	4,3	4,6	3,3											
2	7	7	7	5	5	5											

3	4,2	5,4	4,7	2,8	3,4	3,1
4	6,8	7	6,9	4,8	4,8	5
5	7	7	7	5	5	5
6	6,9	7	6,9	4,8	5	5
7	6,7	7	6,3	4,9	5	3,4
8	6,9	6,9	6,9	5	4,9	4,5
Passaggio C						
	S.B.	N.G.	L.T.	S.B.	N.G.	L.T.
1	6,9	7	7	5	5	5

2) Disfagia

FOIS-It									
Passaggio A									
Numero paziente	S.B.	N.G.	L.T.						
1	2	2	1						
Passaggi B									
	S.B.	N.G.	S.M.						
1	6	5	5						
2	7	6	7						
Passaggio C									
	S.B.	N.G.	L.T.						
1	5	6	5						
ASHA-NOMS									
Passaggio A									
Numero paziente	S.B.	N.G.	L.T.						
1	2	2	1						
Passaggi B									
	S.B.	N.G.	S.M.						
1	5	5	5						
2	7	6	7						
Passaggio C									
	S.B.	N.G.	L.T.						
1	4	5	4						
IDDSI									
Passaggio A									
	L0	L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	Range
S.B.				X					3
N.G.				X					3
L.T.									nulla
Passaggi B									
Paziente 1									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X		0-5
N.G.			X	X	X	X			2-5
S.M.	X	X	X	X	X	X			0-5
Paziente 2									
S.B.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
N.G.	X	X	X	X	X	X	X		0-6
S.M.	X	X	X	X	X	X	X	X	0-7
Passaggio C									
S.B.			X	X	X	X			2-5
N.G.			X	X	X	X	X		2-6
L.T.	X	X	-	-	-	X	X		0-1, 5-6

MAT ⁴⁷			
Passaggi B			
Paziente	S.B.	N.G.	S.M.
1	57	56	52
2	60	58	54
Passaggio C			
	S.B.	N.G.	L.T.
1	57	56	58

MAS⁴⁸

Passaggi B

Paziente 1

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	1			
N.G.	0			
S.M.	5			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento sul caregiver
S.B.	1	1	0	0
N.G.	2	1	3	0
S.M.	2	2	2	0
Sicurezza ed efficacia della deglutizione				
	Pt sicurezza (su 12)	Performance %	Pt efficacia (su 18)	Performance %
S.B.	2	16,7	0	0
N.G.	2	16,7	0	0
S.M.	3	25	3	16,7

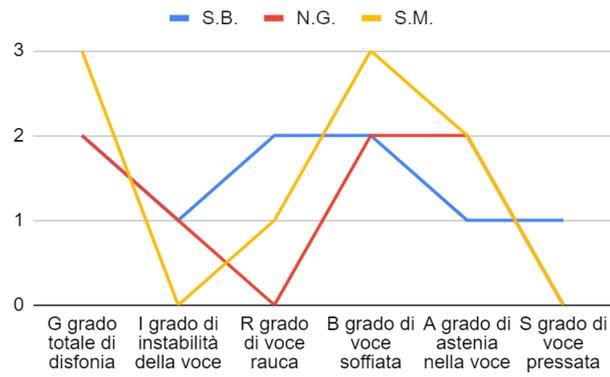
Paziente 2

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto				
	PT TOT (su 36)			
S.B.	2			
N.G.	0			
S.M.	2			
Fattori ambientali che influenzano il pasto				
	Facilitatori (0, +1, +2, +3)			Barriere (0, -1, -2, -3)
	Consistenza del cibo	Dimensioni del bolo	Caratteristiche reologiche del liquido	Possibilità di fare affidamento

⁴⁷ Non somministrato al paziente del passaggio A poiché non si alimentava per OS.

⁴⁸ Non somministrato al paziente del passaggio A poiché non si alimentava per OS.

Passaggio B



4) Disartria

Passaggio A				
TOM				
	Menomazione	Disabilità	Handicap	Benessere/angoscia
S.B.	4	3	4	4
N.G.	3	3	4	4
L.T.	3	4	5	5
NDS				
	Valutazione della disartria		Livello di efficacia comunicativa	
S.B.	3		3	
N.G.	3		4	
L.T.	3		4	

CAPITOLO 5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Dai risultati emerge la presenza di una grande mole di dati, fondamentale per effettuare una presa in carico il più completa possibile.

Le scale presenti nel protocollo hanno permesso infatti di vedere la funzionalità del paziente nella vita quotidiana e di avere una visione globale delle sue performance e della sua indipendenza: le informazioni raccolte sono andate ad integrare i risultati dei test psicometrici, evitando così la dispersione di dati importanti per la successiva presa in carico.

Grazie alla compilazione del protocollo abbiamo avuto il quadro completo delle abilità dei pazienti e questo ci ha permesso di effettuare un continuo monitoraggio e una costante ripesatura degli obiettivi, migliorando la qualità globale della presa in carico.

In questo modo tutti i passaggi di consegne effettuati non sono stati dei momenti limitati al mero scambio di dati, ma hanno permesso, dopo la compilazione delle scale, un continuo confronto tra gli operatori in merito alle abilità dei pazienti e riguardo l'assegnazione dei punteggi alle scale.

Il confronto tra i logopedisti ha consentito di comprendere al meglio le modalità di compilazione del protocollo e di creare così un linguaggio comune per lo scambio di informazioni fondamentali al momento dei passaggi di consegne.

La variabilità dei punteggi assegnati è stata una caratteristica presente in tutte le scale: vengono riportati nelle pagine successive alcuni esempi per rendere facilmente visibile tale variabilità (Figura 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15).

Gli scostamenti presenti potrebbero essere interpretati come delle superficiali, rapide e approssimative compilazioni e letture degli item da parte degli operatori coinvolti ma, dato che il protocollo è composto da scale, la variabilità non equivale ad un errore o ad una somministrazione frettolosa ma va a rappresentare quella che è una diversa percezione da parte dell'osservatore, contribuendo all'incremento della visione della funzionalità del paziente nella sua globalità, determinando così l'ottimizzazione del passaggio di consegne e conseguentemente anche della presa in carico del paziente stesso. Verranno in seguito analizzate le possibili cause di tali scostamenti.

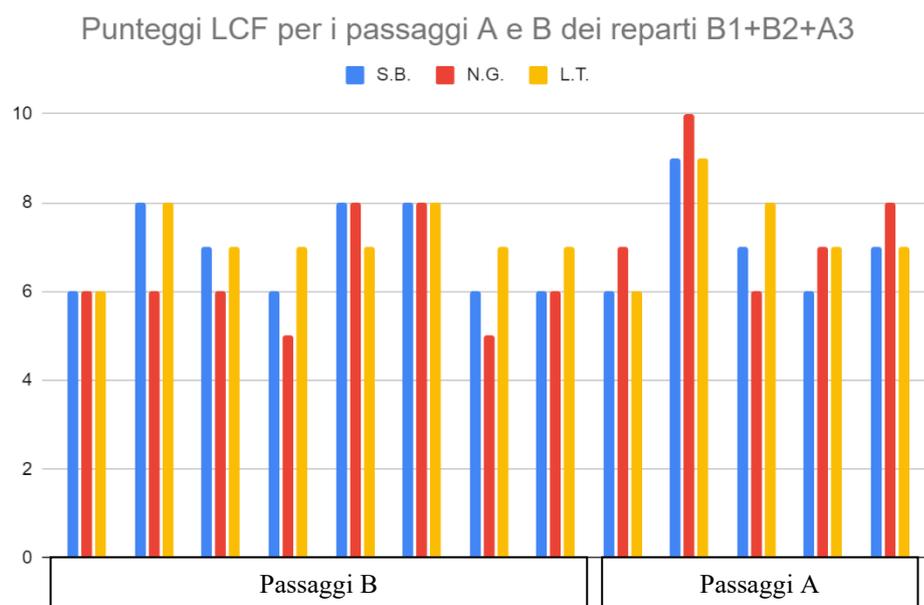


Figura 9. Punteggi LCF per i passaggi A e B dei reparti B1+B2+A3

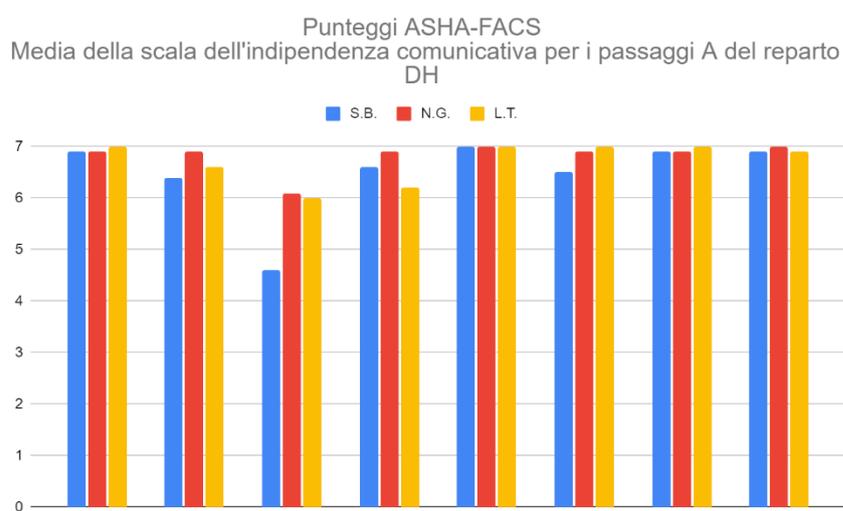


Figura 10. Punteggi ASHA-FACS Media della scala dell'indipendenza comunicativa per i passaggi A del reparto DH.

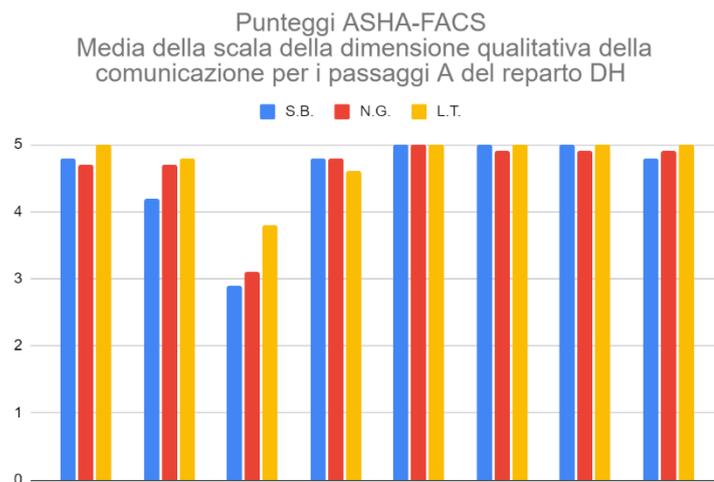


Figura 11. Punteggi ASHA-FACS della Media della scala della dimensione qualitativa della comunicazione per i passaggi A del reparto DH

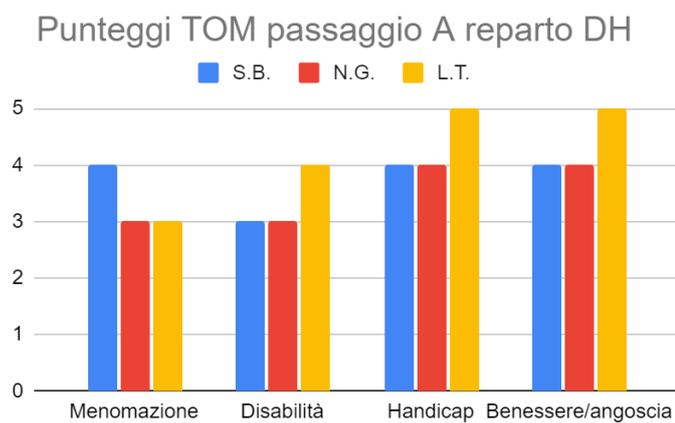


Figura 12. Punteggi scala TOM passaggio A reparto DH

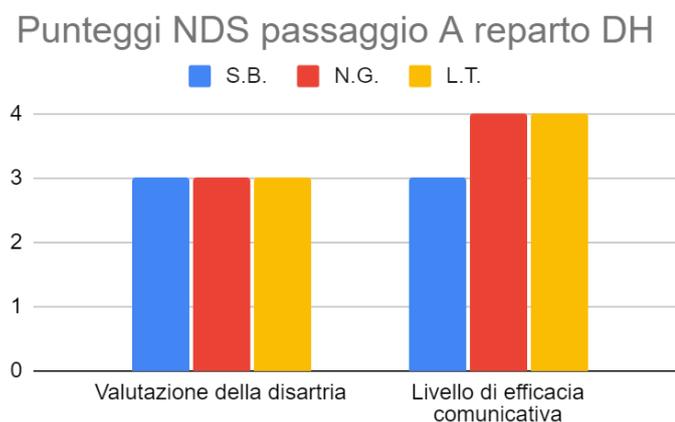


Figura 13. Punteggi scala NDS passaggio A reparto DH

Punteggi MEC passaggio B reparto F1

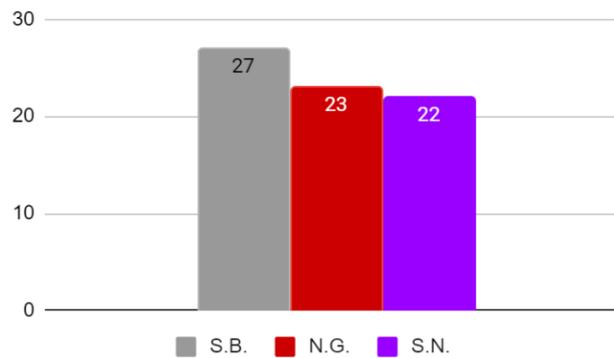


Figura 14. Punteggi scala MEC passaggio B reparto F1

Punteggi APACS passaggio B reparto F1

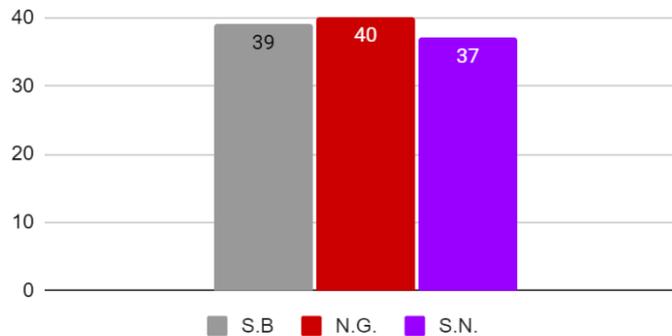


Figura 15. Punteggi scala APACS passaggio B reparto F1

Come affermato precedentemente la variabilità dei punteggi assegnati ha caratterizzato, anche se in maniera differente, tutte le scale del protocollo.

Determinati fattori, che chiameremo “variabili”, hanno influenzato l’attribuzione dei punteggi da parte degli operatori.

La prima variabile è il setting riabilitativo poiché va ad influenzare la percezione dell’operatore e le prestazioni del paziente stesso: questo è stato riscontrato soprattutto per i punteggi assegnati negli item della scala ASHA-FACS in quanto, le opportunità comunicative, la qualità e la frequenza degli atti comunicativi sono molto differenti tra i vari reparti. Questo porta all’attribuzione di un peso differente allo stesso punteggio assegnato poiché, all’interno del reparto DH, è possibile osservare il paziente in un contesto molto più ecologico rispetto a tutti gli altri reparti e vedere più frequentemente e in modo più approfondito determinati comportamenti comunicativi. Per questo motivo

uno stesso paziente può aver ottenuto punteggi differenti, per lo stesso item, all'interno di diversi reparti.

La seconda variabile che ha inciso molto è stata il tempo poiché, il periodo di osservazione da parte degli operatori non è stato sempre lo stesso: il logopedista che lasciava il paziente per spostarsi in un altro reparto, lo osservava per tutto il periodo e quindi i suoi punteggi potevano essere influenzati dalla visione continua del paziente e dal trattamento che lui stesso aveva attuato; il logopedista che prendeva in carico il nuovo paziente aveva 72 ore di tempo per l'osservazione e per la compilazione del protocollo; la sottoscritta invece, non sempre ha osservato i pazienti per un periodo di 72 ore: alcune volte ha avuto a disposizione un tempo minore, mentre, in altri periodi, ha avuto l'opportunità di osservare i pazienti per un tempo più prolungato (2-3 settimane).

Queste differenze riguardo i periodi disponibili per l'osservazione possono giustificare le variabilità dei punteggi assegnati e, allo stesso tempo, hanno permesso di avere tre punti di vista differenti, della stessa condizione, del medesimo paziente.

Il passaggio di consegne non è stato sempre imminente, a volte sono trascorsi alcuni giorni per la nuova presa in carico del paziente. Questo periodo di stallo può aver influenzato i risultati raggiunti con il trattamento precedente e quindi, i punteggi assegnati dal logopedista subentrante nella presa in carico, possono essere stati differenti proprio a causa del periodo di stasi.

La pandemia da Covid-19 ha sicuramente dilatato, per alcuni pazienti, il tempo trascorso dalla dimissione alla presa in carico successiva, determinando alcune regressioni dei risultati ottenuti attraverso il trattamento attuato dal logopedista che lo aveva in carico. Questo ha comportato, per l'operatore subentrante nella presa in carico, una percezione differente delle abilità del paziente, determinando così l'assegnazione di punteggi diversi rispetto al logopedista precedente.

Altra variabile è stata la diversa interpretazione data alle spiegazioni riguardanti l'assegnazione dei punteggi ai vari item: è stata riscontrata soprattutto nella scala FAM poiché, l'indipendenza nello svolgimento del compito da parte del paziente viene espressa in percentuale, dato non soggetto ad una interpretazione oggettiva e non chiaramente quantificabile.

Una variabile che ha influito molto sull'assegnazione dei punteggi nell'area della disfagia⁴⁹ è stata il tipo di informazione che l'operatore voleva passare: in alcuni casi l'informazione faceva riferimento alle consistenze che il paziente gestiva in autonomia, mentre, in altri casi, faceva riferimento alle consistenze che venivano utilizzate durante il trattamento in setting riabilitativo.

L'esperienza clinica è stata sicuramente un fattore che ha inciso sulla variabilità del punteggio assegnato dai vari operatori: la conoscenza e l'utilizzo frequente delle scale da parte dei logopedisti hanno permesso loro di rendere più rapido il processo di compilazione delle scale stesse. Allo stesso tempo però, la compilazione da parte della sottoscritta, anche se meno rapida data la relativa conoscenza delle scale, potrebbe essere stata influenzata da un maggior ancoraggio alle spiegazioni "da manuale" dei singoli items delle varie scale, in particolare nella loro somministrazione per i primi pazienti coinvolti nello studio. Ciò potrebbe in parte spiegare una parte dello scostamento nei punteggi attribuiti dalla sottoscritta rispetto a quelli attribuiti dai colleghi "titolari".

Tutte le variabili fin qui citate hanno comportato un'assegnazione dei punteggi differente tra i vari operatori, determinando a volte delle incomprensioni.

Quest'ultime non sono da considerare come degli elementi negativi ma anzi, hanno spesso portato alla nascita di confronti attivi, alla luce dei quali sono emerse delle riflessioni in merito all'utilizzo delle scale stesse: si ritiene un'opportunità il loro utilizzo nella pratica clinica poiché permettono di avere informazioni riguardo le performance del paziente nella vita quotidiana. Esse consentono inoltre di monitorare i cambiamenti nel tempo molto più frequentemente rispetto ai test psicometrici, poiché non sono soggette ad effetto pratica. Risulta necessario stabilire, prima della compilazione delle scale, il tipo di informazione che si vuole comunicare, al fine di evitare delle incomprensioni (come emerso in sporadici casi per l'area della disfagia⁵⁰). Le scale inoltre riducono le perdite di processo legate ad un trasferimento di informazioni prettamente orale, favorendo così la creazione di un linguaggio comune caratterizzato da dati in primo luogo tracciabili, nonché utili a trasmettere informazioni riguardo la funzionalità del soggetto nella vita quotidiana.

⁴⁹ Per le scale FOIS-It, ASHA-NOMS ed IDDSI.

⁵⁰ Per le scale FOIS-It, ASHA-NOMS ed IDDSI.

4.1 Limiti dello studio

Analizzando a posteriori il periodo di sviluppo della tesi ho individuato i potenziali limiti dello studio.

Innanzitutto, nonostante sia stata raccolta una mole importante di dati, bisogna tenere in considerazione che molti altri non sono stati esaminati. Mancano infatti i risultati relativi ai passaggi di consegne effettuati esclusivamente tra le altre logopediste del centro, senza il coinvolgimento del Dott. Bedeschi.

L'assenza di un'analisi specifica riguardo la variazione del punteggio totale delle scale⁵¹ è un altro limite dello studio: sono stati infatti analizzati e discussi solamente i punteggi totali, non considerando in quali item della scala si era venuto a manifestare lo scostamento che aveva determinato la variazione del punteggio totale, caratterizzante, per definizione, un tipo di analisi di natura qualitativa quale razionale di base.

Ulteriore limite è stato la mancata creazione di un questionario da far compilare, in modo anonimo, agli operatori coinvolti nello studio. Sarebbe stato utile per comprendere se, secondo loro, dovevano essere apportate delle modifiche al protocollo e per capire, quanto, secondo gli operatori, sia stato utile l'uso del protocollo per completare l'insieme delle informazioni transitate durante i vari passaggi di consegne.

4.2 Prospettive future

In questo capitolo vengono descritte alcune proposte relative ai possibili sviluppi del progetto di tesi e alle eventuali implementazioni che potranno essere effettuate per migliorare il protocollo di valutazione.

Data la presenza di feedback positivi da parte dei logopedisti coinvolti, nonostante l'assenza di dati quantificabili che sarebbero emersi dalla compilazione di un questionario, si vuole proporre l'utilizzo del protocollo partendo proprio dall'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc), sede di svolgimento del progetto di tesi.

Prevedendo delle modifiche del protocollo, in base al bacino d'utenza del setting lavorativo, si potrebbe proporre il suo utilizzo anche in altre strutture, proprio per riuscire a trasmettere, sia tra i professionisti all'interno del centro stesso e sia tra i professionisti

⁵¹ ASHA-FACS, MAT, MAS, APACS, MEC, CBS.

di centri ed istituti differenti, quelle informazioni fondamentali che riguardano le abilità del paziente nella vita quotidiana.

Altra prospettiva futura riguarda la digitalizzazione del protocollo. Dato che, all'interno dell'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc), arriverà la cartella digitalizzata, è stato creato anche un protocollo digitale tramite l'utilizzo di Google Moduli. Questo non è stato utilizzato però ai fini della tesi. Si prevede quindi una sua implementazione e modifica proprio in vista dell'arrivo di tale cartella digitalizzata.

CAPITOLO 6 CONCLUSIONI

Come affermato nell'introduzione, in base all'organizzazione interna dell'Istituto di Riabilitazione del Santo Stefano - KOS care di Porto Potenza Picena (Mc), i Logopedisti del centro sono soggetti a rotazione tra i vari reparti della struttura. Questi costanti cambiamenti portano ad un sistematico susseguirsi di passaggi di consegne tra i professionisti stessi che si trovano a lasciare e a prendere in carico sempre nuovi pazienti. Data la mole importante di informazioni che circolano tra i Logopedisti mi sono focalizzata quindi sul momento cruciale dei passaggi di consegne.

È necessario considerare che il focus della riabilitazione si sta spostando, sempre di più, verso il raggiungimento del recupero dell'indipendenza del soggetto, più che della mera e specifica funzione deficitaria. Alla luce di ciò, la valutazione non può limitarsi alla sola raccolta di dati quantitativi tramite l'utilizzo di test formali ma ritengo debba anche avvalersi di dati di tipo qualitativo, ottenibili in particolare dalle scale, in quanto trattasi di strumenti che per definizione mirano ad osservare le funzionalità del paziente nei vari ambiti della vita quotidiana.

Il primo obiettivo di questo progetto di tesi è stato quindi quello di cercare di ottimizzare i processi relativi ai passaggi di consegne, andando ad aggiungere le informazioni prettamente di tipo qualitativo, implementando di conseguenza la qualità globale della presa in carico dei pazienti. Gli obiettivi sono stati raggiunti grazie alla creazione di un protocollo apposito composto da diverse scale.

La sua semplice e rapida compilazione e la visualizzazione immediata dei risultati, hanno agevolato nella pratica clinica la raccolta dei dati. Grazie al protocollo creato infatti è stato possibile raggiungere l'obiettivo principale poiché, sono state integrate, ai dati quantitativi dei test, informazioni qualitative riguardanti la funzionalità del paziente nella vita quotidiana.

Il secondo obiettivo ha riguardato l'analisi della variabilità dei punteggi assegnati e la creazione di supposizioni circa i motivi di tali scostamenti.

Sono state infatti ipotizzate le cause riguardo la variabilità dei punteggi assegnati dai diversi operatori, andando a comprendere che determinate variabili hanno un impatto significativo sulla percezione e sulle valutazioni che l'operatore effettua, determinando

delle valutazioni differenti e la creazione di punti di vista diversi, per una stessa condizione, di uno stesso paziente.

La soggettività è quindi considerata un elemento positivo poiché, l'insieme di visioni diverse dello stesso paziente, porta alla creazione di un quadro più completo attraverso il quale si riescono a comprendere al meglio gli obiettivi del trattamento, con lo scopo finale di far raggiungere ai pazienti il massimo dell'indipendenza nella vita quotidiana; cosa che non è possibile effettuare attraverso la sola valutazione eseguita con la testistica psicometrica.

Alla luce di ciò, concludo come sia fondamentale integrare la valutazione testistica a quella funzionale e come visioni differenti da parte di operatori diversi possa portare alla determinazione di un quadro completo di quelle che sono le funzionalità del paziente stesso.

Si rimanda pertanto a possibili studi futuri in approfondimento riguardo le questioni sollevate con il seguente progetto di tesi.

BIBLIOGRAFIA

- Alcott, D., Dixon, K., & Swann, R. (1997). The reliability of the items of the Functional Assessment Measure (FAM) : differences in abstractness between FAM items. *DISABILITY AND REHABILITATION*, 355-358.
- Amitrano, A. (2022). *Disfagia e alimentazione*. Roma: Carocci editore Faber.
- Andrini, L. (2016, Ottobre 10). *IDDSI Translation*. Tratto da IDDSI: <https://www.iddsi.org/Translations/Available-Translations>
- Arcara, G., & Bambini, V. (2016). A Test for the Assessment of Pragmatic Abilities and Cognitive Substrates (APACS): Normative Data and Psychometric Properties. *Frontiers in Psychology*.
- Azouvi, P., Marchal, F., Samuel, C., Morin, L., Renard, C., Louis-Dreyfus, A., . . . Bergego, C. (1996). Functional Consequences and Awareness of Unilateral. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 133-150.
- Azouvi, P., Olivier, S., de Montety, G., Samuel, C., Lousi-Dreyfus, A., & Tesio, L. (2003). Behavioural Assessment of Unilateral Neglect: Study of the Psychometric Properties of the Catherine Bergego Scale. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 51-57.
- Battel, I., Calvo, I., & Walshe, M. (2018). Cross-Cultural Validation of the Italian Version of the Functional Oral Intake Scale. *Folia Phoniatr Logop*, 117-123.
- Cattelani, R., & Corsini, D. (2012). *Riabilitare le funzioni esecutive - Riferimenti teorici e applicazioni pratiche*. Parma: UNI.NOVA.
- Cella, D. F., Tulsky, D. S., Gray, G., Sarafian, B., Linn, E., Bonomi, A., . . . Harris, J. (1993). The Functional Assessment of Cancer Therapy Scale: Development and Validation of the General Measure. *Journal of Clinical Oncology*, 570-579.
- Cichero, J., Lam, P., Steele, C., Hanson, B., Chen, J., Dantas, R., . . . Stanschus, S. (2017). Development of international terminology and definitions for texture-modified foods and thickened fluids used in dysphagia management: The IDDSI Framework. *Dysphagia*, 293-314.
- De Bodt, M. S., Wuyst, F. L., Van de Heyning, P. H., & Croux, C. (1997). Test-Retest Study of the GRBAS Scale: Influence of Experience and Professional Background on Perceptual Rating of Voice Quality. *Journal of Voice*, 74-80.

- Dungan, S., Gregorio, D., Abrahamas, T., Harrison, B., Abrahamas, J., Brocato, D., . . . Carnaby, G. (2019). Comparative Validity of the American Speech-Language-Hearing Association's National Outcomes Measurement System, Functional Oral Intake Scale, and G-Codes to Mann Assessment of Swallowing Ability Scores for Dysphagia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 424-429.
- Frattali, C., Thompson, C., Holland, A., Wohl, C., & Ferketic, M. (1995). Functional Assessment of Communication Skills for Adult. *Functional Assessment of Communication Skills for Adult*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
- Fuijkschot, J., Maassen, B., Gorter, J. W., Van Gerven, M., & Willemsen, M. (2009). Speech-language performance in Sjo"gren-Larsson syndrome. *Developmental Neurorehabilitation*, 106-112.
- Galeoto, G., Turriziani, S., Berardi, A., Sansoni, J., Santilli, V., Mascio, M., & Paoloni, M. (2020). Levels of Cognitive Functioning Assessment Scale: Italian cross-cultural adaptation and validation. *Ann Ig*, 16-26.
- Gottfred, C. (2009). Oropharyngeal Dysphagia in Long-Term Care: Response from ASHA. *American Medical Directors Association*, 78.
- Gurka, J. A., Felmingham, K. L., Baguley, I. J., Schotte, D. E., Crooks, J., & Marosszeky, J. E. (1999). Utility of Functional Assessment Measure after Discharge from Inpatient Rehabilitation. *Head Trauma Rehabil*, 247-256.
- Hall, K. M. (1992). Overview of Functional Assessment Scales in Brain Injury Rehabilitation. *NeuroRehabil*, 98-113.
- John, A. (2011). Therapy outcome measures: Where are we now? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 36-42.
- Karnell, M. P., Melton, S. D., Childes, J. M., Coleman, T. C., Dailey, S. A., & Hoffman, H. T. (2007). Reliability of Clinician-Based (GRBAS and CAPE-V) and Patient-Based (V-RQOL and IPVI) Documentation of Voice Disorders. *Journal of Voice*, 576-590.
- Muò, R., Cancialosi, P., Galimberti, L., Carrubba Cacciola, B., Gilardone, M., & Schindler, A. (2015). Validation of the Italian version of the American Speech-Language and Hearing Association—Functional Assessment of Communication Skills for adults (I-ASHA-FACS). *Aphasiology*, 1110-1130.

- Muò, R., Raimondo, S., & Shindler, A. (2021). *La valutazione della persona con afasia*. Roma: Carocci editore S.p.A.
- Nemr, K., Simoes-Zenari, M., Ferro Cordeiro, G., Tsuji, D., Itar Ogawa, A., Ubrig, M. T., & Moreira Menezes, M. H. (2012). GRBAS and Cape-V Scales: High Reliability and Consensus When Applied at Different Times. *Journal of Voice*, 812-822.
- Ninfa, A., Pizzorini, N., Eplite, A., Moltisanti, C., & Schindler, A. (2022). Validation of the Italian Version of the Functional Oral Intake Scale (FOIS-It) Against Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing and Nutritional Status. *Dysphagia*, 137-147.
- Organizzazione Mondiale della Sanità. (2004). *ICF Versione breve*. (G. Lo Iacono, D. Facchinelli, F. Cretti, & S. Banal, Trad.) Geneva, Switzerland: Edizioni Erickson.
- Perry, A., Morris, M., Unsworth, C., Duckett, S., Skeat, J., Dodd, K., . . . Reilly, K. (2004). Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia: the AusTOMs. *International Journal for Quality in Health Care*, 285-291.
- Pizzorni, N., Valentini, D., Gilardone, M., Borghi, E., Corbo, M., & Schindler, A. (2019). The Mealtime Assessment Scale (MAS): Part 1 – Development of a Scale for Meal Assessment. *Folia Phoniatica Logopaedica*.
- Pizzorni, N., Valentini, D., Gilardone, M., Scarponi, L., Tresoldi, M., Barozzi, S., . . . Schindler, A. (2019). The Mealtime Assessment Scale (MAS): Part 2 – Preliminary Psychometric Analysis. *Folia Phoniatica Logopaedica*.
- Rossi, G., Galeoto, G., Amitrano, A., Berardi, A., Tofani, M., Celletti, C., & Camerota, F. (2020). Development and validation of a new mealtime assessment tool (MAT) for patients with dysphagia: A cross sectional study. *Clin Ter*, 346-356.
- Sandrini, G., Dattola, R., & Smania, N. (2021). *Compendio di neuroriabilitazione*. Roma: Verduci Editore.
- Schindler, A., Vincon, E., Grosso, E., Miletto, A. M., Di Rosa, R., & Schindler, O. (2008). Rehabilitative Management of Oropharyngeal Dysphagia in Acute Care Settings: Data from a Large Italian Teaching Hospital. *Dysphagia*, 230-236.
- Stráník, A., Cmejla, R., & Vokral, J. (2014). Acoustic Parameters for Classification of Breathiness in Continuous Speech According to the GRBAS Scale. *Journal of Voice*, 1-9.

- Tavano, A., Cote, H., Ferré, P., Ska, B., & Joannette, Y. (2013). *Protocollo MEC*. ilano: Springer.
- Taylor-Goh, S. (2005). Clinical Guidelines. In *Clinical Guidelines* (p. 99). Telford Road, Bicester, Oxon OX26 4LQ, UK: Routledge.
- Valentini, D., Gilardone, M., Pizzorni, N., & Schindler, A. (2015). *MAS Mealttime Assessment Scale Protocollo di valutazione logopedica al pasto*. Torino: edizioni libreria cortina torino.
- Van den Engel-Hoek, L., Erasmus, C., van Bruggen, H., de Swart, B., Sie, L., Steenks, M., & de Groot, I. (2009). Dysphagia in spinal muscular atrophy type II More than a bulbar problem? *Neurology*®, 787-791.
- Vinck, A., Van Gerven, M., Weemaes, C. M., Verhagen, M. M., De Groot, I. J., Maassen, B. A., & Willemsen, M. A. (2011). Cognitive and speech-language performance in children with ataxia telangiectasia. *Developmental Neurorehabilitation*, 315-322.
- Whyte, J. (2011). Rancho Los Amigos Scale. *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology*, 2110.
- Wuyts, F. L., De Bodt, M. S., & Van de Heyning, P. H. (1999). Is the Reliability of a Visual Analog Scale Higher Than An Ordinal Scale? An Experiment with the GRBAS Scale for the Perceptual Evaluation of Dysphonia. *Journal of Voice*, 508-517.

SITOGRAFIA

- Lin, K., & Wroten, M. (2022, Gennaio). Ranchos Los Amigos. *StatPearls [Internet]*.
- Ministero della Salute. (2019, Gennaio 30). *Servizio Sanitario Nazionale: i LEA*. Tratto da [Salute.gov: https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4720&lingua=italiano&menu=ospedaliera](https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=4720&lingua=italiano&menu=ospedaliera)
- Ministero della Salute. (2021, Agosto 4). Tratto da <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-stato-regioni/sedute-2021/seduta-del-04082021/atti/repertorio-atto-n-124csr/>
- Neri Team. (2008, Febbraio 26). *Centro Ortopedico Neri Team*. Tratto da [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/http://www.neriteam.it/pdf/classificazione](http://www.neriteam.it/pdf/classificazione)
- Turner, L. (2012, Settembre). *FIM+FAM - The Functional Independence Measure and Functional Assessment Measure*. Tratto da KING'S Collage LONDON: <https://www.kcl.ac.uk/cicelysaunders/resources/tools/fimfam>
- Valenzano, L. (2019, Maggio 30). *Scuola Secondaria di I Grado "Merliano-Tansillo"*. Tratto da [chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://www.merliano-tansillo.edu.it/wp-content/uploads/2019/05/ICF-didattica-caso-1.pdf](https://www.merliano-tansillo.edu.it/wp-content/uploads/2019/05/ICF-didattica-caso-1.pdf)
- Whright, J. (2000). *The Functional Assessment Measure*. Tratto da The Center for Outcome Measurement on Brain Injury: <http://www.tbims.org/>

ALLEGATI

Allegato 1

SCHEDA RIASSUNTIVA RISULTATI SCALE

Tipologia di passaggio di consegna

- logopedista cambia reparto (*prende nuovi pz*) (A) logopedista cambia reparto (*lascia vecchi pz*) (B)
Reparto: _____ Reparto: _____
- pz cambia reparto (*logopedista riceve pz*) (C) pz cambia reparto (*logopedista dimette pz*) (D)
Reparto: _____ Reparto: _____

Nome Cognome Logopedista _____

Data somministrazione: ____/____/____

DATI GENERALI

Nome Cognome pz: _____

Età: _____

Esordio: _____

Eziologia: _____

SCALE DA SOMMINISTRARE

1) Scale di base	
2) Disfagia	
3) Disfonia	
4) Disartria	
5) Neglect	
6) Pragmatica	

1. **SCALE DI BASE** (si somministrano a tutti i pz coinvolti)

LCF-R: ____/10

FAM (solo seguenti item)

Attenzione	___/7
Orientamento	___/7
Int eloquio	___/7
Soluzione dei problemi	___/7
Memoria	___/7
Rapporto con gli altri	___/7

ASHA-FACS

PUNTEGGIO DI INDIPENDENZA NELLA COMUNICAZIONE			
Domini valutati	Totale degli items valutati	Totale degli items somministrati	Punteggio medio dei domini
Comunicazione sociale			
Comunicazione dei bisogni di base			
Abilità di lettura, scrittura, calcolo			
Programmazione giornaliera			
Totale delle medie dei punteggi			
Totale degli aspetti valutati			
Punteggio medio dell'indipendenza comunicativa			

NOTE : _____

PUNTEGGIO DELLA DIMENSIONE QUALITATIVA DELLA COMUNICAZIONE							
Domini valutati	Dimensione Comunicativa				Punteggio medio totale	Totale degli aspetti valutati	Punteggio medio della dimensione qualitativa
	Adeguatezza	Appropriatezza	Sollecitudine	Condivisione della comunicazione			
Comunicazione sociale							
Comunicazione dei bisogni di base							
Abilità di lettura, scrittura, calcolo							
Programmazione giornaliera							
Punteggio totale							
Totale dei domini valutati							
Punteggio medio							

2. DISFAGIA

Presenza di cannula tracheale SI NO
 Note utilizza tappo utilizza valvola fonatoria Tipo cannula _____

Metodi di nutrizione alternativa SI NO Quantità: _____
 Tipo PEG SNG Nutrizione parenterale

FOIS-It: __/7 ASHA-NOMS: __/7 (frequenza stimoli _____ intensità stimoli _____)

Livelli IDDSI: 0 1 2 3 4 5 6 7 MAT (Mealtime Assessment Tool): ____/60

MAS (Mealtime Assessment Scale)

Strutture, funzioni ed attività che influenzano il pasto	_____/36								
Fattori ambientali che influenzano il pasto									
Facilitatori <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Consistenza del cibo</td><td></td></tr> <tr><td>Dimensione del bolo</td><td></td></tr> <tr><td>Caratteristiche reologiche del liquido</td><td></td></tr> </table>	Consistenza del cibo		Dimensione del bolo		Caratteristiche reologiche del liquido		Barriere <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Possibilità di fare affidamento sul caregiver</td><td></td></tr> </table>	Possibilità di fare affidamento sul caregiver	
Consistenza del cibo									
Dimensione del bolo									
Caratteristiche reologiche del liquido									
Possibilità di fare affidamento sul caregiver									
Sicurezza ed efficacia della deglutizione									
Sicurezza <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>PT TOT</td><td>_____/12</td></tr> <tr><td>Performance %</td><td>____%</td></tr> </table>	PT TOT	_____/12	Performance %	____%	Efficacia <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>PT TOT</td><td>_____/18</td></tr> <tr><td>Performance %</td><td>____%</td></tr> </table>	PT TOT	_____/18	Performance %	____%
PT TOT	_____/12								
Performance %	____%								
PT TOT	_____/18								
Performance %	____%								
Tempo impiegato (minuti)									

3. DISFONIA

GIRBAS

G grado totale di disfonia	
I grado di instabilità della voce	
R grado di voce rauca	
B grado di voce soffiata	
A grado di astenia nella voce	
S grado di voce pressata	
Legenda: 0 = nella norma 1 = alterazione lieve 2 = alterazione moderata 3 = alterazione grave	

4. DISARTRIA

TOM

Menomazione	____/5
Disabilità	____/5
Handicap	____/5
Benessere/angoscia	____/5

NDS

Valutazione della disartria	____/5
Livello di efficacia comunicativa	____/5

5. NEGLECT

SCALA BERGEGO

Scala CB1 per la valutazione funzionale della negligenza spaziale	____/30
Scala CB2 questionario di autovalutazione	____/30
Anosognosia (CB1-CB2)	_____

6. PRAGMATICA

Discorso conversazionale MEC ____/34

APACS ____/44

Allegato 2

LCF-R 1: NESSUNA RISPOSTA: ASSISTENZA TOTALE

- Paziente completamente non-reattivo agli stimoli: non si osserva alcuna modificazione comportamentale in seguito a stimolazione visiva, uditiva, propriocettiva o dolorosa.

LCF-R 2: RISPOSTA GENERALIZZATA: ASSISTENZA TOTALE

- Il paziente, alla presentazione di stimoli dolorosi, mostra risposte riflesse generalizzate.
- Reagisce a ripetuti stimoli uditivi mediante aumento o riduzione di attività.
- Risponde agli stimoli esterni attraverso modificazioni fisiologiche generalizzate, movimenti del corpo grossolani e aspecifici e/o vocalizzazioni non finalizzate.
- Tali risposte possono essere uguali, indipendentemente dallo stimolo presentato e dalla localizzazione della stimolazione.
- Le risposte possono essere notevolmente ritardate rispetto allo stimolo.

LCF-R 3: RISPOSTA LOCALIZZATA: ASSISTENZA TOTALE

- Il paziente ritira una estremità o vocalizza in risposta a stimoli dolorosi.
- Reagisce a stimoli uditivi, ruotando il capo verso lo stimolo o dalla parte opposta.
- Ammiccia in risposta ad un forte stimolo luminoso presentato nel campo visivo.
- Insegue con gli occhi oggetti in movimento che attraversano il campo visivo.
- Manifesta risposte a situazioni di disagio, ad es. tira le sonde o le misure di contenimento/protezione.
- Risponde ad ordini semplici, ma in modo discontinuo.
- Le risposte sono direttamente legate al tipo di stimolo.
- Può mostrare differenza nelle risposte, rispondendo ad alcune persone (specie familiari e amici) ma non ad altre.

LCF-R 4: CONFUSO-AGITATO: ASSISTENZA MASSIMA

- Il paziente è vigile ed in stato di iperattività.
- Cerca di rimuovere i mezzi di contenimento, le protezioni e/o le sonde, oppure può cercare di scendere dal letto.
- Può eseguire attività motorie automatiche, ad es. sedersi, camminare, prendere qualcosa, ma non in modo intenzionale o su richiesta.
- La capacità di prestare attenzione all'ambiente è limitata a periodi di tempo molto brevi e non finalizzata.
- Il paziente non ha capacità di memoria a breve termine.
- Può piangere o gridare in modo sproporzionato rispetto agli stimoli, anche quando questi vengono rimossi.
- Può manifestare comportamenti aggressivi o di fuga.
- L'umore può oscillare da euforico ad ostile senza apparente relazione con gli eventi ambientali.
- Non è in grado di cooperare nei trattamenti.
- La verbalizzazione è spesso incoerente e/o inappropriata rispetto all'attività o alla situazione.

LCF-R 5: CONFUSO-INAPPROPRIATO, NON AGITATO: ASSISTENZA MASSIMA

- Vigile, non irrequieto, ma potrebbe girovagare per il reparto senza meta o con la vaga intenzione di andare a casa.
- Può manifestare comportamenti di agitazione in risposta a stimolazioni esterne e/o in assenza di un ambiente strutturato.
- E' disorientato rispetto al tempo, al luogo e alla persona.

- I periodi nei quali manifesta una certa capacità di attenzione sono più frequenti, ma brevi e non finalizzati.
- La memoria è gravemente compromessa, fa confusione tra passato e presente in relazione alle attività in corso.
- Sono assenti comportamenti orientati allo scopo, di auto-monitoraggio e di problem solving.
- Spesso è incapace di utilizzare correttamente gli oggetti se non vi è un aiuto esterno.
- Può essere in grado di eseguire compiti appresi in precedenza, se la situazione è strutturata e se gli viene fornito un aiuto.
- Non è in grado di apprendere nuove informazioni.
- È in grado di rispondere in modo abbastanza costante a semplici comandi all'interno di un contesto facilitante e strutturato.
- Se non vi sono situazioni facilitanti, le risposte a semplici comandi sono casuali e non intenzionali.
- In una situazione facilitante e strutturata può essere in grado di conversare in modo automatico per brevi periodi di tempo.
- Quando il contesto non è facilitante e strutturato la verbalizzazione è inappropriata e confabulante.

LCF-R 6: CONFUSO-APPROPRIATO: ASSISTENZA MODERATA

- L'orientamento rispetto al tempo, al luogo e alla persona non è costante.
- In un ambiente non distraente e con un aiuto moderato il paziente è in grado di svolgere compiti molto familiari per un periodo di 30 minuti.
- La memoria per gli avvenimenti del passato è migliore rispetto a quella per gli eventi recenti.
- Può mostrare di riconoscere i componenti del team.
- È in grado di usare ausili e tecniche per la memoria solo se notevolmente assistito e supervisionato.
- Ha una migliore consapevolezza di sé, dei familiari e dei propri bisogni.
- Nell'eseguire un compito ha bisogno di assistenza moderata per superare le difficoltà.
- Necessita di supervisione nelle attività che gli erano abituali (es. cura di sé).
- Mostra di saper svolgere da solo alcune attività familiari per le quali si è esercitato (es. cura di sé).
- Ha bisogno di molto aiuto nello svolgere attività nuove e non riesce poi a farle da solo.
- È inconsapevole dei propri deficit, delle disabilità e dei pericoli legati alla sua sicurezza.
- È in grado di eseguire semplici istruzioni in modo costante.
- Le espressioni verbali sono appropriate in situazioni altamente strutturate e familiari.

LCF-R 7: AUTOMATICO-APPROPRIATO: ASSISTENZA MINIMA PER LE ABILITA' QUOTIDIANE

- In ambienti altamente familiari il paziente si mostra orientato rispetto alla persona e al luogo. Ha bisogno di un aiuto moderato per orientarsi nel tempo.
- In un contesto non distraente è in grado di svolgere compiti altamente familiari per almeno 30 minuti, con una minima assistenza per completare l'attività.
- Necessita di una supervisione minima per apprendere nuove attività.
- È in grado di iniziare e di portare a termine routine abituali e familiari, ma dimostra una scarsa capacità di ricordare ciò che ha fatto.
- È in grado di auto-monitorarsi: sa valutare se ha svolto in modo accurato e completo le attività routinarie di vita quotidiana ed è capace di modificarne lo schema con una minima assistenza.
- Ha una parziale consapevolezza della propria condizione, ma è inconsapevole dei propri deficit specifici e dei limiti che le sue disabilità comportano nello svolgere accuratamente ed in sicurezza le attività quotidiane domestiche, lavorative, sociali e ricreative.
- Ha bisogno di una supervisione minima per motivi di sicurezza nelle attività domestiche e sociali della vita quotidiana.
- Non è in grado di fare programmi realistici per il proprio futuro.
- Non sa tenere in considerazione le conseguenze di una decisione o di un'azione.
- Sovrastima le proprie abilità.
- Non si mostra consapevole dei bisogni e dei sentimenti degli altri.
- Può mostrarsi oppositivo o non collaborante.
- Non si rende conto di comportamenti sociali e relazionali inappropriati.

LCF-R 8: FINALIZZATO-APPROPRIATO: SUPERVISIONE

- Orientato rispetto al tempo, al luogo e alla persona.
- È autonomo nello svolgere e nel portare a termine attività familiari, anche in un contesto distraente, per un'ora.
- È in grado di ricordare ed integrare eventi passati e recenti.
- Con una assistenza di supporto, sa usare tecniche e ausili per ricordare il piano della giornata, l'elenco delle attività da fare, le informazioni importanti che dovrà richiamare nel futuro.
- È in grado di iniziare e portare a termine routine abituali personali, domestiche, lavorative, sociali e ricreative con supervisione ed è capace di modificarne lo schema, se necessario, con un minimo supporto.
- Quando ha appreso nuove abilità non necessita di assistenza.
- È consapevole e riconosce le proprie disabilità quando interferiscono con il completamento delle attività, ma ha bisogno di supporto per mettere in atto appropriate azioni correttive.
- Sa tenere in considerazione le conseguenze di una decisione o di un'azione, con minima assistenza.
- Sovrastima o sottostima le proprie capacità.
- È in grado di riconoscere i bisogni e i sentimenti degli altri e sa rispondervi in modo appropriato con minima assistenza.
- È depresso.
- Mostra una ridotta tolleranza alla frustrazione ed è facilmente irritabile.
- È polemico.
- È egocentrico.
- È dipendente o indipendente in modo atipico, fluttuante.
- È in grado di riconoscere un comportamento sociale inappropriato in atto e di intraprendere azioni correttive con assistenza minima.

LCF-R 9: FINALIZZATO-APPROPRIATO: SUPERVISIONE SU RICHIESTA

- Svolge indipendentemente compiti diversi in modo flessibile e li porta a termine accuratamente per almeno due ore consecutive.
- Sa usare tecniche e ausili per ricordare il piano della giornata, l'elenco delle attività da fare, le informazioni importanti che dovrà richiamare nel futuro, richiedendo assistenza in caso di bisogno.
- È in grado di iniziare e portare a termine routine abituali personali, domestiche, lavorative, sociali e ricreative, richiedendo assistenza in caso di bisogno.
- È consapevole e riconosce le proprie limitazioni quando interferiscono con il completamento di un'azione; intraprende appropriate azioni correttive ma richiede supervisione per anticipare una situazione problematica e per operare al fine di evitarla.
- È capace di pensare alle conseguenze delle sue decisioni e azioni, con assistenza se richiesto.
- Stima e valuta accuratamente le sue capacità ma richiede supervisione per adattare alle richieste del compito.
- Riconosce i bisogni e i sentimenti altrui e vi risponde in modo appropriato, con supervisione.
- Potrebbe permanere uno stato depressivo.
- Potrebbe essere facilmente irritabile.
- Potrebbe avere una scarsa tolleranza alla frustrazione.
- È capace di monitorare l'adeguatezza del suo comportamento nelle interazioni sociali, con supervisione.

LCF-R 10: FINALIZZATO-APPROPRIATO: INDIPENDENTE CON STRATEGIE DI COMPENSO

- In grado di gestire più compiti simultaneamente in tutti gli ambienti, ma potrebbe necessitare di pause periodiche.
- È in grado di procurarsi, creare e mantenere in modo autonomo le proprie strategie mnemoniche.

(continua LCF-R 10)

- Inizia e porta a termine in modo indipendente le fasi per eseguire compiti personali, domestici e lavorativi (consueti e non), ma richiede più tempo del dovuto e/o può necessitare di strategie compensatorie per portarli a termine.
- Anticipa l'impatto delle disfunzioni per completare i compiti quotidiani ed intraprende azioni per anticipare i problemi prima che insorgano, ma potrebbe richiedere più tempo del dovuto e/o strategie compensatorie.
- È capace di pensare in modo autonomo alle possibili conseguenze di decisioni e azioni, tuttavia potrebbe aver bisogno di più tempo del dovuto e/o di strategie compensatorie per scegliere l'azione o la decisione appropriata.
- Stima accuratamente le proprie abilità e si corregge in modo autonomo in base alla richiesta del compito.
- È in grado di riconoscere i bisogni e i sentimenti degli altri e di rispondere automaticamente in modo appropriato.
- Può mostrare periodi di depressione.
- Può mostrare irritabilità e scarsa tolleranza alla frustrazione quando ammalato, affaticato e/o sotto stress.
- Il comportamento nelle interazioni sociali è stabilmente adeguato.

Allegato 3

LEVELS OF COGNITIVE FUNCTIONING	
1. Nessuna risposta	
2. Risposta generalizzata	Il paziente risponde incostantemente e afinalisticamente agli stimoli, in modo aspecifico
3. Risposta localizzata	Il paziente reagisce specificamente ma in modo incostante agli stimoli.
4. Confuso-agitato	Il paziente è in uno stato di iperattività. Il comportamento è bizzarro e non finalistico in relazione all'ambiente circostante.
5. Confuso-inappropriato	Il paziente è in grado di rispondere a comandi semplici in modo abbastanza costante. Tuttavia, con comandi di complessità crescente, o in mancanza di informazioni esterne, le risposte sono afinalistiche, casuali, o frammentarie.
6. Confuso-appropriato	Il paziente presenta comportamento finalistico, ma appare dipendente da un input esterno.
7. Automatico-appropriato	Il paziente appare adeguato ed orientato in ospedale ed in ambiente domestico.
8. Finalistico-appropriato	Il paziente è in grado di rievocare ed integrare eventi del passato remoto e recente ed è consapevole e responsivo nei confronti dell'ambiente.
Livello raggiunto:	

[Hagen C., Malkmus D., Durham P., Levels of Cognitive Functioning, In: Rehabilitation of the head injured adult. Comprehensive physical management: 8, Professional Staff Association of Rancho Los Amigos Hospital, Inc. Downey, 1979.]

Allegato 4

FIM/FAM items	Admission	Goal	Discharge
Motor items			
1. Eating			
2. Swallowing			
3. Grooming			
4. Bathing			
5. Dressing Upper Body			
6. Dressing Lower Body			
7. Toileting			
8(I) Bladder - Level of assistance			
8(II) Bladder - Frequency of accidents			
9(I) Bowel - Level of assistance			
9(II) Bowel - Frequency of accidents			
10. Bed, Chair, Wheelchair transfer			
11. Toilet transfer			
12. Tub, Shower transfer			
13. Car transfer			
14(I) Locomotion - Walking "w"			
14(II) Locomotion - Wheelchair "c"			
Preferred mode of Locomotion (w or c)			
15. Stairs			
16 Community Mobility			
Preferred mode: c=car, t=taxi, p=public transport			
Total Scores:			
Self care (7-49)			
Bladder/Bowels (2-14)			
Locomotion (7-49)			
Total Motor Subscore (16-112)			

FIM/FAM Items	Admission	Goal	Discharge
Cognitive items			
17. Comprehension			
18. Expression			
19. Reading			
20. Writing			
21. Speech Intelligibility			
22. Social Interaction			
23. Emotional Status			
24. Adjustment to Limitations			
25. Leisure Activities			
26. Problem Solving			
27. Memory			
28. Orientation			
29. Concentration			
30. Safety Awareness			
Totals			
Communication (5-35)			
Cognitive/psychosocial (9-63)			
Total Cognitive Subscore (14-98)			

Allegato 5

ATTENZIONE

Valore	Descrizione
--------	-------------

- | | |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 60 minuti mantenendo l'attenzione senza assistenza Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 60 minuti mantenendo l'attenzione senza assistenza |
| 6 | Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 60 minuti mantenendo l'attenzione senza assistenza, ma la distraibilità può ritardare il completamento del compito. |
| 5 | Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 30-59 minuti, ma ha bisogno di supervisione per l'adattamento alla distraibilità |
| 4 | Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 15-29 minuti, ma richiede assistenza per minimizzare la distraibilità. È comunque capace di utilizzare più del 75% del tempo nello svolgimento del compito. |
| 3 | Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 5-14 minuti, ma richiede assistenza per minimizzare la distraibilità. È comunque capace di utilizzare più del 50-75% del tempo nello svolgimento del compito. |
| 2 | Il soggetto è in grado di svolgere un compito senza pause per 1-4 minuti, ma richiede assistenza per minimizzare la distraibilità. È comunque capace di utilizzare più del 25-49% del tempo nello svolgimento del compito. |
| 1 | Il soggetto non è capace di svolgere un compito per più di 1 minuto ed è capace di utilizzare meno del 25% del tempo nello svolgimento del compito. |

ORIENTAMENTO

Valore	Descrizione
--------	-------------

- | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | Completamente orientato per persona, spazio, tempo e contesto per il 100% del tempo senza facilitazione. |
| 6 | Il soggetto può avere bisogno di un tempo superiore a quello ritenuto ragionevole. Potrebbe usare facilitazioni personali o ambientali, ma non richiede l'assistenza di un'altra persona. |
| 5 | Il soggetto richiede facilitazione da terzi, ma è orientato per persona spazio, tempo e contesto. |
| 4 | Il soggetto è orientato per 3 dei 4 aspetti dell'orientamento e non richiede facilitazione da terzi per il 75% o più di tempo. |
| 3 | Il soggetto è orientato per 2 dei 4 aspetti dell'orientamento e non richiede facilitazione da terzi per il 50-75% o più di tempo. |
| 2 | Il soggetto è orientato per 1 dei 4 aspetti dell'orientamento e non richiede facilitazione da terzi per il 25-49% o più di tempo. |
| 1 | Il soggetto è orientato per 1 dei 4 aspetti dell'orientamento per meno del 25% del tempo. |

INTELLEGIBILITA' DELL'ELOQUIO

Valore	Descrizione
--------	-------------

- | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7 | È capace di conversare con buona articolazione e buona modulazione della voce. L'intelligibilità è completa. |
| 6 | Sono presenti minime distorsioni del fonema, ma l'eloquio è complessivamente intelligibile. L'eloquio è rallentato. |
| 5 | Il soggetto è capace di produrre in modo intelligibile singole parole frasi semplici. Può essere presente l'autocorrezione. Può aver bisogno di aiuto per meno del 10%. |
| 4 | L'intelligibilità delle singole parole è sempre ridotta e sono presenti consistenti disordini articolatori. È conservata L'intelligibilità dei contenuti essenziali. Può aver bisogno di aiuto per più del 10% del tempo. |
| 3 | Il soggetto è capace di produrre in modo intelligibile parole corte. Le frasi non sono intelligibili. |
| 2 | Il soggetto è capace di produrre vocali ed alcune consonanti. Può ripetere singole parole ma la loro intelligibilità è subordinata all'interpretazione dell'ascoltatore. |
| 1 | L'eloquio non è intelligibile. |

SOLUZIONE DI PROBLEMI

Valore	Descrizione
7	Il paziente capisce adeguatamente un problema, prende le decisioni appropriate, intraprende e porta avanti una sequenza di operazioni che consenta di risolvere problemi complessi fin che questi non siano risolti ed è anche in grado di autocorreggersi se vengono compresi errori..
6	Il paziente capisce un problema, prende le decisioni appropriate, intraprende e porta avanti una sequenza di operazioni idonee a risolvere problemi complessi in quasi tutte le situazioni, oppure incontra modesta difficoltà, oppure richiede un tempo superiore a quanto sia ragionevole per prendere delle decisioni o risolvere problemi complessi.
5	E' richiesta supervisione (ad esempio indicazioni, suggerimento o esortazioni) per risolvere problemi ordinari, ma solo in condizioni stressanti, o poco familiari, e per non più del 10% del tempo.
4	Il soggetto risolve problemi ordinari per il 75-90% del tempo.
3	Il soggetto risolve problemi ordinari per il 50-74% del tempo.
2	Il soggetto risolve problemi ordinari per il 25-49% del tempo necessario per fargli intraprendere, pianificare o portare a termine semplici attività della vita quotidiana. Si possono imporre costrizioni o provvedimenti restrittivi al fine di evitare rischi.
1	Il paziente risolve problemi ordinari per meno del 25% del tempo. E' necessario decidere per lui in continuazione, perché il paziente non riesce a risolvere adeguatamente problemi ordinari. Può essere necessaria l'assistenza costante di una persona per permettergli di risolvere semplici problemi di vita quotidiana. Si possono imporre costrizioni o provvedimenti restrittivi al fine di evitare rischi.

MEMORIA

Valore	Descrizione
7	Il paziente riconosce le persone già incontrate più volte e ricorda situazioni quotidiane; è in grado di eseguire le richieste degli altri senza bisogno che gli siano ripetute.
6	Il paziente riconosce le persone che incontra di frequente, ricorda situazioni quotidiane e le richieste che gli vengono poste ma con modesta difficoltà. Il paziente può avere bisogno di ricorrere a indicazioni, stimoli o dispositivi da lui stesso predisposti nell'ambiente e che lo aiutino a ricordare.
5	Il paziente ha bisogno di facilitazioni da parte degli altri (ad esempio suggerimenti ed indicazioni, ripetizione di messaggi, particolari stimoli od oggetti che gli ricordino che cosa fare), ma solamente in occasioni stressanti o poco familiari e comunque per non oltre il 10% del tempo.
4	Il paziente "riconosce" e "ricorda" per il 75-90% del tempo.
3	Il paziente "riconosce" e "ricorda" per il 50-74% del tempo.
2	Il paziente "riconosce" e "ricorda" per il 25-49% del tempo. Sono necessarie facilitazioni per più della metà del tempo.
1	Il paziente "riconosce" e "ricorda" per meno del 25% del tempo oppure non è proprio in grado.

RAPPORTO CON GLI ALTRI

Valore	Descrizione
7	Il paziente interagisce appropriatamente con il personale di cura, con gli altri pazienti e con i membri della sua famiglia (ad esempio controlla le sue reazioni emotive, accetta le critiche, è consapevole del fatto che le sue parole e le sue azioni hanno un impatto sulle persone che gli stanno intorno).
6	Il paziente interagisce appropriatamente con il personale di cura, con gli altri pazienti e con i membri della sua famiglia in quasi tutte le situazioni, oppure incontra modeste difficoltà. Non è richiesta supervisione. Egli può richiedere un tempo superiore a quanto sia ragionevole per adattarsi al fatto di trovarsi in compagnia oppure gli possono essere necessari farmaci per controllare le proprie reazioni.
5	Viene richiesta supervisione (ad esempio monitoraggio clinico; disposizioni verbali, indicazioni o suggerimenti, oppure esortazioni) soltanto in situazioni stressanti o poco familiari, ma comunque per non più del 10% del tempo. Il paziente può aver bisogno di essere incoraggiato quando deve instaurare un rapporto con gli altri.
4	Il paziente interagisce appropriatamente per il 75-90% del tempo.
3	Il paziente interagisce appropriatamente per il 50-74% del tempo.
2	Il paziente interagisce appropriatamente per il 25-49% del tempo. Si possono imporre costrizioni o provvedimenti restrittivi.
1	Il paziente interagisce appropriatamente per meno del 25% del tempo oppure non interagisce affatto con l'ambiente. Si possono imporre costrizioni o provvedimenti restrittivi.

VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE ABILITA' COMUNICATIVE NELL'ADULTO

Traduzione e adattamento all'italiano a cura di R. Muò e A. Schindler
del "Functional Assessment of Communication Skills for Adults"
di Carol M. Frattali, Cynthia K. Thompson, Audrey L. Holland,
Cheryl B. Wohl, Michelle M. Ferketic

American
Speech-language
Hearing
Association

Functional Assessment of Communication Skills for Adult

ASHA FACS

Comunicazione sociale

Avendone la possibilità
(nome del cliente)

CS_1. Chiama le persone conosciute per nome (es. amici, familiari, colleghi,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_2. Chiede informazioni ad altri (es. Cosa c'è in TV? Dove abiti?)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_3. Spiega come fare qualcosa (es. come fare il caffè, mettere la sveglia,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_4. Esprime accordo/disaccordo (es. fa cenno di sì, dice no,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_5. Parla al telefono (es. risponde a domande, dà informazioni,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_6. Partecipa ad una conversazione di gruppo (es. con la famiglia a cena)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_7. Risponde a domande sì/no (es. hai freddo?)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_8. Esegue semplici ordini verbali (es. prendi la posta)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_9. Comprende le intenzioni (es. "E' tardi" per intendere che bisogna andare via)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_10. Sorride o ride a battute spiritose ("Non sto invecchiando, sto migliorando")	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_11. Comprende significati non letterali e inferenze (es. "hai un cuore di pietra")	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_12. Comprende la conversazione in ambienti rumorosi e distraenti (es. un bar affollato,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_13. Comprende ciò che sente alla TV o alla Radio (es. telegiornale, sport, pubblicità,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_14. Comprende le espressioni del viso (es. sorriso,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_15. Comprende il tono della voce (es. tono enfatico,...)	7	6	5	4	3	2	1	N

CS_16. Inizia una conversazione con altre persone	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_17. Aggiunge nuove informazioni su di un argomento durante la conversazione	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_18. Cambia argomenti durante la conversazione	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_19. Si adegua al cambio di argomento della conversazione da parte dell'interlocutore	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_20. Riconosce i suoi errori nella comunicazione (es. mostra di capire di aver sbagliato parola,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CS_21. Corregge i suoi errori nella comunicazione	7	6	5	4	3	2	1	N

VALUTAZIONE DELL'ASPETTO QUALITATIVO DELLA COMUNICAZIONE				
Comunicazione sociale	Adeguatezza	Appropriatezza	Sollecitudine	Condivisione della comunicazione

PUNTEGGIO DI INDIPENDENZA COMUNICATIVA			
Comunicazione sociale	Punteggio totale	Totale degli Items somministrati (su 21)	Punteggio medio dei domini

Comunicazione dei bisogni essenziali

CBE_1. Riconosce i volti dei familiari	7	6	5	4	3	2	1	N
CBE_2. Riconosce le voci dei familiari	7	6	5	4	3	2	1	N
CBE_3. Fa sapere ciò che gli piace/non gli piace (es. persone,luoghi,cibi,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CBE_4. Esprime sentimenti (es. gioia tristezza,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CBE_5. Richiede aiuto se necessario (es. fa gesti se la sedia a rotelle è incastrata)	7	6	5	4	3	2	1	N
CBE_6. Fa sapere i suoi bisogni/desideri (es. mangiare, riposare,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
CBE_7. Risponde ad una emergenza (es. chiama il 113, il 118,...)	7	6	5	4	3	2	1	N

VALUTAZIONE DELL'ASPETTO QUALITATIVO DELLA COMUNICAZIONE				
Comunicazione dei bisogni di base	Adeguatezza	Appropriatezza	Sollecitudine	Condivisione della comunicazione

PUNTEGGIO DI INDIPENDENZA COMUNICATIVA			
Comunicazione dei bisogni di base	Punteggio totale	Totale degli Items somministrati (su 7)	Punteggio medio dei domini

Abilità di lettura, scrittura, calcolo

LSC_1. Comprende simboli semplici (es. segno di pericolo, di stop,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_2. Usa comune materiale di consultazione (es. guida telefonica, guida dei programmi TV,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_3. Esegue ordini scritti (es. ricette, preparare la pasta,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_4. Comprende il materiale stampato (es. menu, titoli,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_5. Scrive il suo nome (in stampatello maiuscolo, minuscolo, in corsivo)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_6. Completa moduli brevi (es. vaglia postale,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_7. Scrive messaggi (es. "Chiama tua mamma")	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_8. Comprende scritte con i numeri (es. cartellini dei prezzi, i cartelli di limite di velocità,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_9. Fa semplici scambi di denaro (es. paga la spesa, controlla il resto,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
LSC_10. Comprende semplici unità di misura (es. peso, distanza, quantità,...)	7	6	5	4	3	2	1	N

VALUTAZIONE DELL'ASPETTO QUALITATIVO DELLA COMUNICAZIONE				
Abilità di lettura, scrittura, calcolo	Adeguatezza	Appropriatezza	Sollecitudine	Condivisione della comunicazione

PUNTEGGIO DI INDIPENDENZA COMUNICATIVA			
Abilità di lettura, scrittura, calcolo	Punteggio totale	Totale degli Items somministrati (su 10)	Punteggio medio dei domini

Programmazione giornaliera

PG_1. Sa che ora è (cioè dice l'ora)	7	6	5	4	3	2	1	N
PG_2. Compone numeri telefonici (cioè mette i numeri in sequenza correttamente)	7	6	5	4	3	2	1	N
PG_3. Rispetta gli orari degli appuntamenti (es. arriva dal dottore in tempo)	7	6	5	4	3	2	1	N
PG_4. Usa un calendario (es. per prendere appuntamenti,...)	7	6	5	4	3	2	1	N
PG_5. Si orienta su una cartina (es. trova una via sullo stradario)	7	6	5	4	3	2	1	N

VALUTAZIONE DELL'ASPETTO QUALITATIVO DELLA COMUNICAZIONE				
Programmazione giornaliera	Adeguatezza	Appropriatezza	Sollecitudine	Condivisione della comunicazione

PUNTEGGIO DI INDIPENDENZA COMUNICATIVA			
Programmazione giornaliera	Punteggio totale	Totale degli Items somministrati (su 5)	Punteggio medio dei domini

Fonti d'informazione

Le informazioni vengono richieste ai seguenti gruppi di persone attraverso la compilazione di questo protocollo:

Familiari, amici assistenti del cliente (es. marito/moglie, genitori, figli)

Altre figure professionali che interagiscono con il cliente (es. infermieri, fisioterapisti,...)

ASHA FACS
PAGINA RIASSUNTIVA

Nome del cliente:	Tipo di valutazione:	Valutazione all'entrata	In itinere
Numero di C. F. :		Dimissioni	Follow up
Facilitazioni :			
Esaminatore :	Data di valutazione :		

PUNTEGGIO DI INDIPENDENZA NELLA COMUNICAZIONE			
Domini valutati	Totale degli Items valutati	Totale degli Items somministrati	Punteggio medio dei domini
Comunicazione sociale			
Comunicazione dei bisogni di base			
Abilità di lettura, scrittura, calcolo			
Programmazione giornaliera			
Totale delle medie dei punteggi			
Totale degli aspetti valutati			
Punteggio medio dell'indipendenza comunicativa			

NOTE : _____

ASHA FACS
PAGINA RIASSUNTIVA

Nome del cliente:	Tipo di valutazione:	Valutazione all'entrata	In itinere
Numero di C. F. :		Dimissioni	Follow up
Facilitazioni :			
Esaminatore :	Data di valutazione :		

PUNTEGGIO DELLA DIMENSIONE QUALITATIVA DELLA COMUNICAZIONE							
Domini valutati	Dimensione Comunicativa				Punteggio medio totale	Totale degli aspetti valutati	Punteggio medio della dimensione qualitativa
	Adeguatezza	Appropriatezza	Sollecitudine	Condivisione della comunicazione			
Comunicazione sociale							
Comunicazione dei bisogni di base							
Abilità di lettura, scrittura, calcolo							
Programmazione giornaliera							
Punteggio totale							
Totale dei domini valutati							
Punteggio medio							

NOTE : _____

Chiave di valutazione dell'aspetto qualitativo della comunicazione

Adeguatezza (capisce il nocciolo del messaggio e fa capire l'aspetto principale)

5. Il cliente coglie sempre il nocciolo del messaggio e fa capire sempre l'aspetto principale
4. Il cliente coglie spesso il nocciolo del messaggio e fa capire spesso l'aspetto principale
3. Il cliente coglie il nocciolo del messaggio e fa capire l'aspetto principale per la metà del tempo
2. Il cliente coglie raramente il nocciolo del messaggio e fa capire raramente l'aspetto principale
1. Il cliente non coglie mai il nocciolo del messaggio e non fa mai capire l'aspetto principale

Appropriatezza (pertinente e fatto nelle giuste circostanze)

5. La comunicazione è sempre rilevante ed avviene sempre nelle circostanze adeguate
4. La comunicazione è spesso rilevante ed avviene spesso nelle circostanze adeguate
3. La comunicazione è rilevante ed avviene nelle circostanze adeguate per la metà del tempo
2. La comunicazione è raramente rilevante ed avviene raramente nelle circostanze adeguate
1. La comunicazione non è mai rilevante e non avviene mai nelle circostanze adeguate

Sollecitudine (risponde senza indugio e in maniera adeguata)

5. La comunicazione avviene sempre senza indugio ed è sempre efficace
4. La comunicazione avviene spesso senza indugio ed è spesso efficace
3. La comunicazione avviene senza indugio ed è efficace per la metà del tempo
2. La comunicazione avviene raramente senza indugio ed è raramente efficace
1. La comunicazione non avviene mai senza indugio e non è mai efficace

Partecipazione alla comunicazione (basato sull'interlocutore)

5. Il cliente e l'interlocutore partecipano ugualmente alla comunicazione
4. L'interlocutore si carica di più di metà della comunicazione
3. L'interlocutore si carica di molto di più di metà della comunicazione
2. L'interlocutore si carica di quasi tutta la comunicazione
1. L'interlocutore si carica di tutta la comunicazione

Chiave di valutazione per la scala dell'indipendenza comunicativa

7. SI : il cliente porta avanti il discorso senza bisogno di aiuto o sollecitazioni
 6. SI, CON MINIMO AIUTO : il cliente porta avanti il discorso necessitando raramente di aiuto o sollecitazioni
 5. SI, CON AIUTO MEDIO BASSO : il cliente porta avanti il discorso necessitando occasionalmente di aiuto o sollecitazioni
 4. SI, CON AIUTO MODERATO : il cliente porta avanti il discorso necessitando spesso di aiuto o sollecitazioni
 3. SI, CON AIUTO MEDIO ALTO : il cliente porta avanti il discorso necessitando molto spesso di aiuto o sollecitazioni
 2. SI, CON MOLTO AIUTO : il cliente porta avanti il discorso solo con costante aiuto o sollecitazioni
 1. NO : il cliente non porta avanti il discorso anche con grandi aiuti o sollecitazioni
- N. Circostanze in cui non si può osservare un comportamento e non si può ottenere l'informazione da altre fonti

Allegato 7

Functional Oral Intake Scale in Italian (FOIS-It)

Nutrizione enterale/parenterale (Livelli 1-3)

- 1 Nessuna assunzione di alimenti per via orale
 - 2 Nutrizione per via enterale/parenterale con minime quantità assunte per via orale
 - 3 Nutrizione enterale/parenterale con regolari quantità assunte per via orale
-

Nutrizione orale completa (Livelli 4-5)

- 4 Nutrizione orale completa con cibi di una sola consistenza
 - 5 Nutrizione orale completa con cibi a diversa consistenza in cui viene richiesta una preparazione specifica
 - 6 Nutrizione orale completa con cibi senza la necessità di preparazione specifica, con esclusione di alcuni cibi o liquidi
 - 7 Nutrizione orale completa senza restrizioni
-

Scala della deglutizione ASHA NOMS³¹⁸ dieta, restrizioni alimentari e stimoli

Livelli	Restrizioni e caratteristiche dei suggerimenti
Livello 1	La persona non è in grado di assumere per bocca nulla in modo sicuro. Alimentazione e idratazione sono somministrate in modalità non-orale (p.e. SNG o PEG).
Livello 2	L'individuo non è in grado di assumere per bocca alimenti e liquidi in modo sicuro, ma può deglutire qualcosa di denso solo durante la terapia, con stimoli massimi costanti. Sono necessari metodi di alimentazione alternativi.
Livello 3	Sono necessari metodi di alimentazione alternativi dal momento che il paziente assume meno del 50% di nutrizione e idratazione, e/o la deglutizione è sicura con un uso costante di stimoli moderati a usare le strategie compensative e/o richiede una restrizione dietetica massima.
Livello 4	La deglutizione è sicura, ma generalmente richiede stimoli moderati per usare le strategie compensative e/o la persona ha una moderata restrizione dietetica e/o richiede ancora sonda alimentare e/o supplemento orale.
Livello 5	La deglutizione è sicura con un minimo di restrizione dietetica e/o occasionalmente richiede stimoli minimi per usare le strategie compensative. Occasionalmente la persona può auto-stimolarsi. Il fabbisogno alimentare e idrico è soddisfatto oralmente durante il pasto.
Livello 6	La deglutizione è sicura e la persona mangia e beve in modo indipendente e solo raramente può richiedere stimoli minimi. In caso di difficoltà, è generalmente in grado di auto-stimolarsi. Può avere bisogno di evitare cibi particolare (p.e. popcorn e noci), o richiede un tempo più lungo (dovuto alla disfagia).
Livello 7	La funzione deglutitoria non pone nessun limite alla capacità della persona di alimentarsi in modo indipendente. La deglutizione è sicura ed efficiente per tutte le consistenze. Le strategie compensative sono usate in modo efficace quando servono.

Note: Nei Livelli 3–5, alcuni pazienti possono incontrare solo uno dei criteri "e/o" elencati. In caso di difficoltà a decidere il livello più adatto alla singola persona, basarsi sul livello della dieta e considerarlo come il più importante, se è il risultato della funzionalità deglutitoria. I livelli 6 e 7 dovrebbero essere giudicati solo nella funzionalità deglutitoria, e dovrebbero essere disaggregati dall'influenza di una dentizione scarsa.

Un miglioramento dal livello 3 al 4 ha importanti conseguenze cliniche, infatti per il paziente al livello 3 è richiesto un metodo di alimentazione alternativa, mentre per il livello 4 sono necessarie solo strategie compensatorie e modificazione della dieta.³¹⁹

Descrizione del punteggio in sette livelli

Ciascuno dei livelli contiene riferimenti all'intensità ed alla frequenza del metodo degli stimoli e dell'uso delle strategie di compenso utili per aiutare il paziente a diventare funzionalmente indipendente in diverse situazioni ed attività. Entrambi i parametri devono essere considerati nel punteggio.

Frequenza degli stimoli		Intensità degli stimoli (Cueing)	
Costante	Lo stimolo è richiesto nell'80-100% delle volte.	Massima	Stimoli multipli. Ogni combinazione di stimoli uditivi, visivi, pittorici, tattili o scritti
Abituale	Lo stimolo è richiesto nel 50-79% delle volte.	Moderata	Combinazione di tipi di stimoli, alcuni dei

Occasionale	Lo stimolo è richiesto nel 20-49% delle volte.	Minima	quali possono essere intrusivi. Stimoli delicati e di un solo tipo.
Rara	Lo stimolo è richiesto meno del 20% delle volte.		

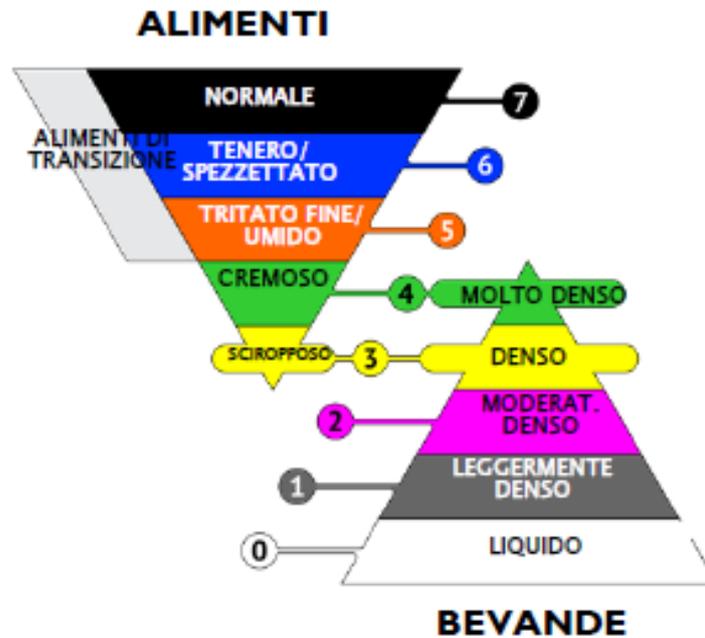
Definizione dei livelli dietetici/restrizioni (da usare per attribuire i punteggi precedenti).

Restrizioni massime La dieta è due o più livelli sotto il normale status dietetico con consistenza solida e liquida.

Restrizioni moderate La dieta è due o più livelli sotto il normale status dietetico sia per la consistenza solida che liquida, ma non di entrambi OPPURE la dieta è un livello sotto in entrambe le consistenze solida e liquida

Restrizioni minime la dieta è un livello sotto la dieta regolare nelle consistenze solida o liquida.

	Regolare	Nessuna restrizione.
Solidi	Riduzione di un livello	le carni sono cucinate fino ad essere tenere, evitando piatti complicati e alimenti fibrosi. Possono essere incluse polpette di carni, pesce al forno, pollo tenero. Anche le verdure sono cotte fino ad essere tenere.
	Riduzione di due livelli	Le carni sono tagliate o macinate. Le verdure hanno la consistenza p.e. del soufflé, delle patate al forno o del purè.
	Riduzione di tre livelli	Le carni e le verdure sono in forma di purè.
Liquidi	Regolare	Liquidi fluidi; nessuna restrizione.
	Riduzione di un livello	Consistenza del nettare e dello sciroppo; leggermente addensati.
	Riduzione di due livelli	Consistenza del miele; moderatamente addensati.
	Riduzione di tre livelli	Consistenza del budino; extra addensati.



DOCUMENTO QUADRO IDDSI

Descrizione Dettagliata

Traduzione italiana a cura di L. Andrini

 <h1>LIQUIDO</h1>  IDDSI <small>International Dysphagia Diet Standardisation Initiative</small> www.iddsi.org	
Descrizione/ Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidità simil acqua. • Defluisce velocemente. • Può essere bevuto con qualsiasi tipo di tettarella, tazza e cannuccia come più indicato per età e abilità.
Razionale fisiologico per questo livello di densità	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità funzionale di gestire ogni tipo di liquido in sicurezza.
Metodi di valutazione http://iddsi.org/framework/drink-testing-methods/	
Test di Flusso di IDDSI*	<ul style="list-style-type: none"> • Il liquido di prova scorre interamente attraverso una siringa da 10 ml in un tempo ≤ 10 secondi senza lasciare alcun residuo (vedi istruzioni del test di flusso IDDSI *).

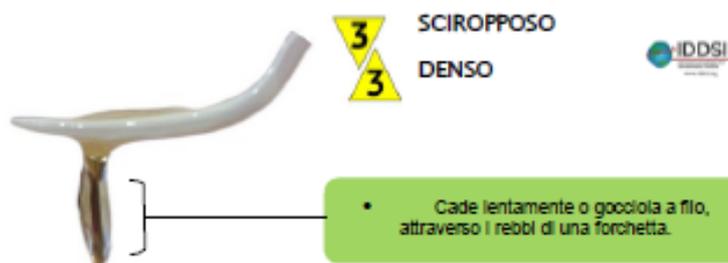
 <h1>LEGGERMENTE DENSO</h1>  IDDSI <small>International Dysphagia Diet Standardisation Initiative</small> www.iddsi.org	
Descrizione/ Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none"> • Densità superiore a quella dell'acqua. • Richiede un minimo di sforzo in più nel bere rispetto al liquido (liv.0). • Fluisce attraverso una cannuccia, una siringa o un ciucciottto. • Ha viscosità simile alle formule anti-reflusso per lattanti, disponibili in commercio.
Razionale fisiologico per questo livello di densità	<ul style="list-style-type: none"> • Principalmente usato in pediatria come bevanda addensata con ridotta velocità di flusso, tuttavia è in grado di fluire attraverso una tettarella. La possibilità di essere assunto utilizzando una tettarella è da valutare caso per caso.
Metodi di valutazione http://iddsi.org/framework/drink-testing-methods/	
Test di Flusso di IDDSI*	<ul style="list-style-type: none"> • Il liquido di prova scorre attraverso una siringa da 10 ml in un tempo ≤ 10 secondi lasciando un residuo variabile da 1 a 4 ml (vedi istruzioni del test di flusso IDDSI *).

 MODERATAMENTE DENSO 	
Descrizione/ Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none"> • Scivola dal cucchiaino rapidamente anche se più lentamente rispetto alle bevande sottili con minor spessore (liv.0 e liv.1). • Richiede uno sforzo maggiore ai livelli precedenti se assunto con una cannucchia standard (diametro 5.3 mm).
Razionale fisiologico per questo livello di densità	<ul style="list-style-type: none"> • I liquidi di questo livello sono deglutiti ad una velocità inferiore rispetto alle bevande sottili (liv. 0 e liv. 1) garantendo una maggior sicurezza. • L'indicazione è per soggetti con controllo della lingua lievemente ridotto.
Subtitle http://iddsi.org/framework/drink-testing-methods/	
Test di Flusso di IDDSI*	<ul style="list-style-type: none"> • Il liquido di prova scorre attraverso una siringa da 10 ml in un tempo ≤ 10 secondi lasciando un residuo variabile da 4 a 8 ml (vedi istruzioni del test di flusso IDDSI *).

 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <h1 style="margin: 0;">SCIROPPOSO</h1> <h2 style="margin: 0;">DENSO</h2> </div> <div style="float: right; text-align: right;">  </div>	
Descrizione/ Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none"> • Può essere bevuto da una tazza. • Richiede un certo sforzo per essere assunto con una cannuccia standard (diametro 6.9 mm). • Non resta coeso se versato in un piatto. • Non può essere mangiato con una forchetta perché gocciola lentamente attraverso i rebbi. • Può essere assunto con il cucchiaio. • Non richiede masticazione. Gli alimenti di questa consistenza possono essere direttamente deglutiti. • Ha struttura omogenea priva di grumi, frammenti di gusci, pelle, bucce, particelle di cartilagine e osso.
Razionale fisiologico per questo livello di densità	<ul style="list-style-type: none"> • Qualora vi siano problemi di insufficiente controllo della lingua per densità inferiori (fino al liv.2). • Consente maggior tempo per il controllo orale. • Richiede un certo sforzo di propulsione linguale. • Indicato in presenza di odinofagia.
Metodi di valutazione http://iddsi.org/framework/drink-testing-methods/ et http://iddsi.org/framework/food-testing-methods/	
Test di Flusso di IDDSI*	<ul style="list-style-type: none"> • Il liquido di prova scorre attraverso una siringa da 10 ml in un tempo ≤ 10 secondi lasciando un residuo > 8 ml (vedi istruzioni del test di flusso IDDSI*).
Test di Gocciolamento dalla Forchetta	<ul style="list-style-type: none"> • Il cibo gocciola lentamente dai rebbi di una forchetta. • L'impronta della forchetta non lascia un reticolo netto sulla superficie. • Se versato su una superficie piana, si spande. In seguito alla pressione della forchetta, non rimane compatto.
Test del Cucchiaio Inclinato	<ul style="list-style-type: none"> • Si versa facilmente dal cucchiaio se inclinato, lasciando residuo minimo.
Test delle Bacchette	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilizzo delle bacchette non è adeguato a questa consistenza.
Test delle Dita	<ul style="list-style-type: none"> • Non è possibile tenere una piccola dose di cibo sul dito. Tale consistenza causa facile scivolamento del cibo dalle dita, lasciando solo minimi residui (pellicola).

Esempi di alimenti specifici	<p>I seguenti alimenti possono essere inclusi i nel Livello IDDSI 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimenti della prima infanzia (creme di cereali, frullati, mousse di frutta) • Salse e sughi
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

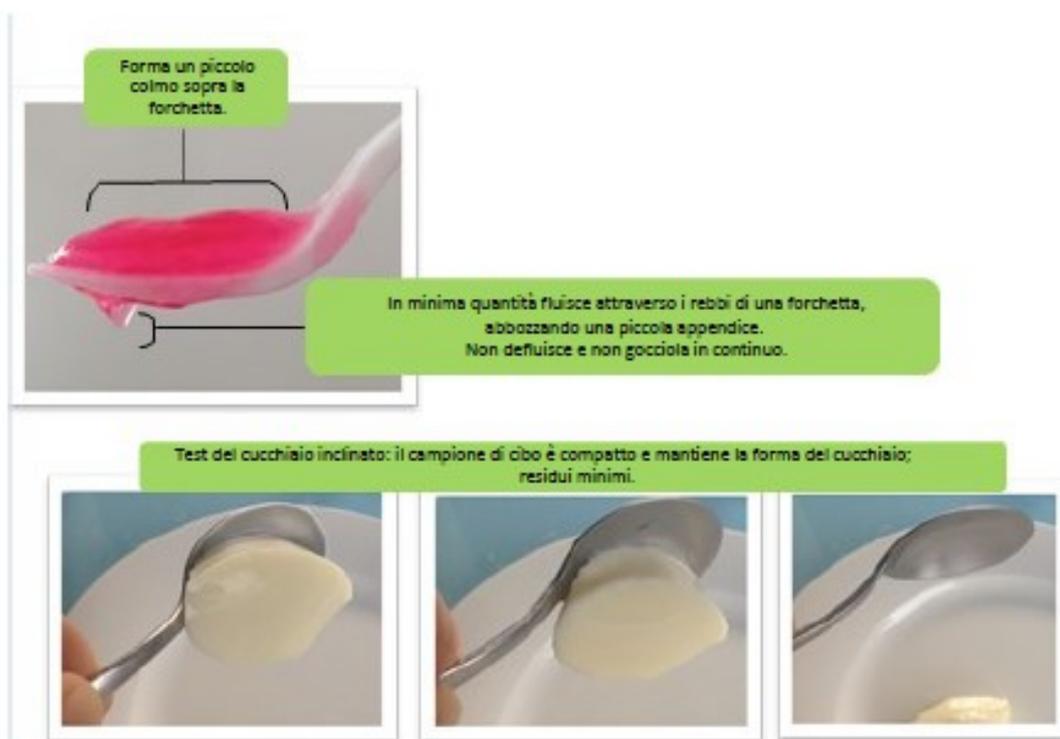
Test IDDSI di Gocciolamento dalla Forchetta



 <h2>CREMOSO MOLTO DENSO</h2> 	
<p>Descrizione/ Caratteristiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente assunto con il cucchiaino (possibile anche con la forchetta). • Non può essere bevuto. • Non può essere succhiato con la cannuccia. • Non richiede masticazione. • Può defluire attraverso una siringa di grosso calibro (schizzettone). • Spalmabile • Inserito in uno stampo, mantiene la propria forma • Scivola lentamente per effetto della gravità ma non può essere versato. • Cadendo dal cucchiaino, conserva la propria forma. • Assenza di grumi. • Non appiccicoso. • Il liquido non si separa dal solido.
<p>Razionale fisiologico per questo livello di densità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Livello indicato se la motilità linguale è notevolmente ridotta. • Richiede uno sforzo di propulsione del bolo minore rispetto ai livelli 5-6-7 ma più importante in confronto al livello 3. • Non necessita di masticazione. • Rischio di residuo nel post-faringeo se ad alta viscosità. • Non prevede alimenti che richiedono masticazione e formazione del bolo. • Indicato in presenza di masticazione dolorosa, odinofagia e/o edentulia. Protesi dentale malfunzionante.
<p>Metodi di valutazione</p> <p>http://iddsi.org/framework/drink-testing-methods/</p> <p>http://iddsi.org/framework/food-testing-methods/</p>	
<p>Test di Flusso di IDDSI*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nessun flusso o gocciolamento attraverso una siringa da 10 ml dopo 10 secondi (vedi istruzioni del test di flusso IDDSI*).

Test di Pressione della Forchetta	<ul style="list-style-type: none"> • Alla pressione della forchetta il campione ne conserva l'impronta. • Privo di grumi.
Test di Gocciolamento dalla Forchetta	<ul style="list-style-type: none"> • Il cibo resta ammassato sopra la forchetta; una piccola quantità può fluire attraverso i rebbi e formare un accenno di coda ma non scorre o non gocciola.
Test del Cucchiaino Inclinato	<ul style="list-style-type: none"> • Si versa facilmente dal cucchiaino inclinato. Non si attacca al cucchiaino.
Test delle Bacchette	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilizzo non è adeguato per questa consistenza.
Test delle Dita	<ul style="list-style-type: none"> • Non è possibile testare un campione di questa consistenza usando le dita. La "texture" permette uno scivolamento facile, lasciando minimi residui tra le dita (pellicola).
Indicatore di eccessiva densità	<ul style="list-style-type: none"> • Non cadere dal cucchiaino inclinato. • Aderire eccessivamente al cucchiaino.
Esempi di Alimenti Specifici	<p>I seguenti alimenti possono essere inclusi i nel Livello IDDSI 4:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimenti della prima infanzia (carne omogeneizzata, creme di cereali spesse, puree in genere).

Test IDDSI di Gocciolamento dalla Forchetta:





TRITATO FINE E UMIDO



Descrizione/ Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none">• Può essere mangiato con una forchetta o un cucchiaio.• In alcuni casi, se la persona ha un ottimo controllo manuale, può assunto con le bacchette.• Può essere servito con un cucchiaio.• Morbido e umido senza liquido a parte.• Presenza di piccoli grumi all'interno del cibo (bambini 2-4 mm, adulti 4 mm).• I grumi sono facilmente schiacciati con la lingua.
Razionale fisiologico per questo livello di densità	<ul style="list-style-type: none">• Non necessaria l'abilità di mordere.• E' richiesta una capacità di masticazione.• E' sufficiente la forza della lingua per schiacciare e gestire il bolo.• Indicato in presenza di masticazione dolorosa, odinofagia e/o edentulia.• Livello indicato in presenza di <i>fatigue</i>.• Indicato se protesi dentale malfunzionante.
Metodi di valutazione http://iddsi.org/framework/food-testing-methods/	
Test di Pressione della Forchetta	<ul style="list-style-type: none">• Sotto la pressione della forchetta, le particelle si separano facilmente e attraversano i rebbi.• Può essere facilmente schiacciata con poca pressione (biancore dell'unghia).
Test di Gocciolamento dalla Forchetta	<ul style="list-style-type: none">• Il cibo rimane sulla forchetta senza scorrere attraverso i rebbi.
Test del Cucchiaio Inclinato	<ul style="list-style-type: none">• Abbastanza coeso da mantenere la forma nel cucchiaio.• Cade a blocco dal cucchiaio inclinato o se lievemente scosso; lascia residuo minimo e non appiccica.• Può diffondersi leggermente, se versato nel piatto.
*Test delle bacchette	<ul style="list-style-type: none">• Se il cibo si presenta lubrificato e coeso, possono essere usate le bacchette. La persona deve avere un ottimo controllo manuale.
Test delle Dita	<ul style="list-style-type: none">• E' possibile tenere tra le dita un campione di questa consistenza. Piccole particelle morbide, umide e lisce possono essere schiacciate tra le dita. Lascia le dita umide.

Esempi di Alimenti Specifici

CARNE

- Tritata o finemente macinata
- Servita con salsa o sugo denso ed omogeneo
- Se la consistenza non può essere finemente macinata, meglio omogeneizzare

PESCE

- Finemente tritato con salsa densa ed omogenea (non gocciolamento)

FRUTTA

- Frullata, omogeneizzata
- Eliminare eventuale liquido

CEREALI

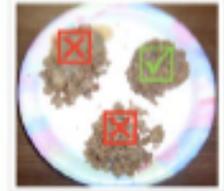
- Consistenza tenera, densa con piccoli grumi molli (2-4 mm)
- Qualsiasi liquido (acqua, brodo o latte deve essere eliminato)

PANE

- Pane ammollato in un liquido addensato
- Non previsto alcun pane a consistenza normale o secca (grissini, crackers) se non indicato dallo specialista.

RISO

- Evitare ogni genere di riso (eccessivo contenuto di amido, facilità alla frantumazione, tendenza a "sgranarsi" nel cavo orale).



Controllare la regolarità della dimensione delle particelle macinate utilizzando lo spazio tra i rebbi di una forchetta standard (bambini 2-4 mm, adulti 4 mm) .

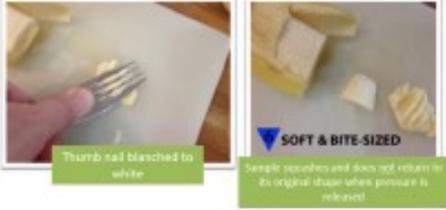




TENERO SPEZZETTATO



Descrizione/ Caratteristiche	<ul style="list-style-type: none">• Può essere mangiato con la forchetta.• Può essere schiacciato con la pressione della forchetta, del cucchiaio o delle bacchette.• Per tagliare questo cibo non è necessario il coltello. Sono sufficienti cucchiaio o forchetta.• E' richiesta la masticazione prima della deglutizione.• "Texture" morbida e tenera ma non doppie consistenze.• Le dimensioni dei pezzetti sono in relazione a età ed abilità del paziente.<ul style="list-style-type: none">- Bambini 8 mm- Adulti 15 mm = 1.5 cm
Razionale fisiologico per questo livello di densità	<ul style="list-style-type: none">• Non è necessario mordere il boccone.• E' richiesta la masticazione.• La forza e il controllo linguale sono necessari per governare il cibo durante la masticazione e la deglutizione.• Consistenza idonea in presenza di dolore o "fatigue" nella masticazione.• Indicato in edentulia o in caso di protesi dentale malfunzionante.
Metodi di Valutazione http://iddsi.org/framework/food-testing-methods/	
Test di Pressione della Forchetta	<ul style="list-style-type: none">• Per spezzettare questa consistenza può essere utilizzata la forchetta in posizione di "taglio".• Il campione, di dimensione pari a ~1.5 cm x 1.5 cm, si deforma se premuto con la base della forchetta fino al biancore dell'unghia. Al rilascio della pressione non riprende la forma originale.
Test di Pressione del Cucchiaio	<ul style="list-style-type: none">• Per spezzettare questa struttura può essere utilizzato il cucchiaio in posizione di "taglio".• Il campione, di dimensione pari a ~1.5 cm x 1.5 cm, si deforma se premuto con il dorso del cucchiaio e al suo rilascio non riprende la forma originale.
Test delle Bacchette	<ul style="list-style-type: none">• Le bacchette possono essere utilizzate per spezzettare questa consistenza in piccoli pezzi.

Test delle Dita	<ul style="list-style-type: none"> E' possibile schiacciare tra il pollice e l'indice, un campione di ~1.5 cm x 1.5 cm. Il campione di cibo, al rilascio della pressione non riprende la propria forma originale.
Esempi di Alimenti Specifici	
<p>CARNE</p> <ul style="list-style-type: none"> Carne cotta e tenera con dimensione non superiore a 1.5 cm x 1.5 cm. In caso contrario modificare la consistenza come indicato al liv. 5. <p>PESCE</p> <ul style="list-style-type: none"> Pesce cotto e morbido spezzettabile con la forchetta, con il cucchiaio o le bacchette. Non lisce, squame, cartilagini o carapace. <p>STRACOTTI E STUFATI</p> <ul style="list-style-type: none"> La parte liquida deve essere densa. Può contenere pezzetti teneri di carne, di pesce o di verdure di dimensione non > a 1.5 cm x 1.5 cm. Non presenti grumi duri. <p>FRUTTA</p> <ul style="list-style-type: none"> Assumerla in purea. Eliminare le parti fibrose ed i semi. Eliminare il succo in eccesso. Valutare la capacità individuale di gestire la frutta con elevato contenuto in acqua (es. anguria) dove, durante la masticazione, il succo si separa dal solido. <p>VERDURE</p> <ul style="list-style-type: none"> Verdure bollite o a vapore in piccoli pezzi (dimensione 1.5 cm x 1.5 cm) Evitare le frittate. <p>CEREALI</p> <ul style="list-style-type: none"> Assumerli solo se teneri e ben ammorbiditi. Dimensione grumi non superiore a 1.5 cm x 1.5 cm. I liquidi in eccesso (es. latte) devono essere eliminati. <p>PANE</p> <ul style="list-style-type: none"> Non previsto alcun pane se non indicato da specialista in disfagia. Da valutare caso per caso. <p>RISO</p> <ul style="list-style-type: none"> Da evitare. 	
<ul style="list-style-type: none"> Biancore dell'unghia del pollice. Il pezzetto di cibo schiacciato o frantumato, al rilascio della pressione, non riprende la sua forma originale. 	

7 NORMALE



<p>Descrizione/ Caratteristiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Normale, alimenti quotidiani di diverse consistenze in relazione allo stadio di sviluppo ed età. • Questi alimenti possono essere assunti con qualsiasi tipo di posata. • Il cibo può essere di consistenza dura, croccante o tenera. • A questo livello non sono previste limitazione riguardo la dimensione e la forma. <ul style="list-style-type: none"> - Particelle minori o maggiori di 8 mm (bambini) - Particelle minori o maggiori di 15 mm (adulti) <p>A questo livello NESSUNA restrizione circa la texture.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sono inclusi cibi duri, con grumi, fibrosi, filanti, secchi, croccante, sbriciolati o frammentabili. • Sono inclusi semi, pelli, bucce, cartilagini. • Permesse le "doppie consistenze".
<p>Razionale fisiologico per questo livello di densità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacità di masticare a lungo cibi di ogni consistenza e formare un bolo morbido e coeso. • Capacità di masticare tutte le consistenze senza affaticamento. • Abilità di rimuovere ed espellere parti non edibili (osso, cartilagine, lisce, ecc.)
<p>Metodi di Valutazione</p> <p>Non applicabili</p>	

CIBI DI TRANSIZIONE



<p>Descrizione/ Caratteristiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sono cibi in cui la <i>texture</i> iniziale si modifica in seguito a fattori esterni quali umidità (es. acqua o saliva) e/o variazione di temperatura (es. riscaldamento).
<p>Razionale fisiologico per questo livello di densità</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non necessaria l'abilità del mordere. • Richiede minima capacità di masticazione. • In seguito all'aumento della temperatura (cavità orale) o imbibizione di saliva, gli alimenti possono essere frantumati dall'azione della lingua. <p>Gli alimenti di questo livello possono essere inseriti nei piani riabilitativi o nelle disabilità al fine di stimolare la funzione masticatoria.</p>
<p>Metodi di valutazione</p> <p>http://iddsi.org/framework/food-testing-methods/</p>	
<p>Test di pressione della Forchetta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dopo umidificazione o riscaldamento, il campione di cibo è facilmente deformabile e al rilascio della pressione della forchetta non ritorna alla forma originale. • Versare 1 ml di acqua su un campione di cibo (dimensione ~1.5 cm x 1.5 cm) e attendere 1 minuto. Premere sul campione di cibo con la parte posteriore della forchetta fino al biancore del pollice. Si può considerare cibo di transizione se: <ul style="list-style-type: none"> - schiacciandolo non ritorna alla sua forma originale - si è dissolto irreversibilmente (es. ghiaccio).
<p>Test di pressione del Cucchiaio</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Come sopra, utilizzando il cucchiaio in sostituzione della forchetta.
<p>Test delle Bacchette</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si veda il test di pressione della forchetta sostituendo la stessa con le bacchette. Il campione di cibo si frantuma facilmente con una minima pressione.
<p>Test delle Dita</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Versare ml 1 di acqua su un campione di cibo (dimensione ~1.5 cm x 1.5 cm) e attendere 1 minuto. Sfregando il campione di cibo tra il pollice e l'indice si disintegra completamente. Il campione non riprende la forma originale.

Alimenti specifici e Altri esempi

Questa consistenza può includere ma non è limitata a:

- Cubetti di ghiaccio
- Gelato/sorbetto (in seguito a valutazione dello specialista)
- Japanese Dysphagia Training Jelly (gelatina giapponese – fettine di dimensione 1 mm x 15 mm)
- Wafer (inclusi coni per gelati, cialde e ostie)
- Alcuni tipi di biscotti/crackers
- Chips di patate - da pasta di patate (ad es. Pringles)
- Biscotti frollini
- Chips di gamberetti

Esempi specifici per uso pediatrico o nella cura della disfagia negli adulti

Di seguito, nelle foto qui sotto seguono alcuni esempi di cibi di transizione disponibili in commercio:

- Riso soffiato
- Croccantini di mais al formaggio
- Savoiard

Esempi di alimenti a consistenza transitoria

- Croccantini di mais al formaggio



- Wafer



DRAFT

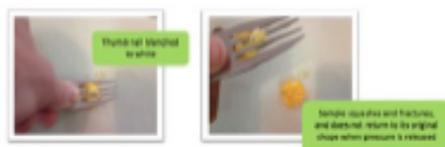
Esempi di gelatina giapponese destinata alla riabilitazione in disfagia, in pezzetti da 1 mm x 15 mm

<http://image.rakuten.co.jp/iryosyoku/cabinet/03511530/03511532/img59981825.jpg>



L'unghia del pollice diventa bianca.

Il campione ottenuto, si disintegra e, al rilascio della pressione, non riprende la sua forma originale.



Griglia di osservazione al pasto del paziente con disfagia (G.O.P.)										
AMITRANO A. - ROSSI G.										
Cod.	Sia:	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Eziologia:	esordio	durata	P	H	BMI	DOSS	De Pippo
L'operatore che compila la scheda:										P.TOT

1. Durante il pasto, il paziente partecipa attivamente?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
2. Durante il pasto il paziente è seduto?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
3. Durante il pasto il computer, tablet, televisore sono spenti?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
4. Il paziente è autonomo nell'assunzione del cibo?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
5. Il paziente beve durante il pasto?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
6. Il paziente consuma interamente le pietanze?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
7. Il paziente mangia in silenzio?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
8. Il paziente mangia senza tossire?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
9. La voce del paziente è uguale prima e dopo il pasto?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
10. Dopo la masticazione, le labbra del paziente sono pulite da residui di cibo?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
11. Dopo la masticazione, la lingua è pulita da residui di cibo?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------
12. Dopo la masticazione, le natiche del paziente sono pulite da residui di cibo?

Sempre <input type="radio"/>	Quasi sempre <input type="radio"/>	A volte <input type="radio"/>	Quasi mai <input type="radio"/>	Mai <input type="radio"/>	NV <input type="radio"/>
------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	---------------------------	--------------------------

Pasto completato in minuti: (INDICARE IL TEMPO Totale) punteggio:

Allegato 11

In una scala da 1 a 10 come valuteresti la seguente scala?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Osservatore

In riferimento alla domanda n° 1 specificare se:

il paziente è seduto:

1.	in carrozzina	<input type="checkbox"/>
2.	sulla sedia	<input type="checkbox"/>
3.	sul letto	<input type="checkbox"/>

In riferimento alla domanda n° 5 specificare se:

il paziente beve con:

1.	bicchiere	<input type="checkbox"/>
2.	tozza	<input type="checkbox"/>
3.	cucchiaio	<input type="checkbox"/>
4.	cannuccia	<input type="checkbox"/>
5.	bottiglia	<input type="checkbox"/>

In riferimento alla domanda n° 8 specificare con quali cibi tossisce il paziente:

Mealtime Assessment Tool (MAT)*

Paziente: _____	Età: _____	Data osservazione: _____	Pasto: Colazione Pranzo Cena
Operatore che compila le scale: _____		Data: _____	

1. Durante il pasto il paziente partecipa attivamente?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

2. Durante il pasto il paziente è seduto?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

3. Durante il pasto il computer, tablet, televisore sono spenti?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

4. Il paziente è autonomo nell'assunzione del cibo?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

5. Il paziente beve durante il pasto?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

6. Il paziente consuma interamente le pietanze?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

7. Il paziente mangia in silenzio?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

8. Il paziente mangia senza tossire?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

9. La voce del paziente è uguale prima e dopo il pasto?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

10. Dopo la masticazione le labbra del paziente sono pulite da residui di cibo?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

11. Dopo la masticazione la lingua è pulita da residui di cibo?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

12. Dopo la masticazione le narici sono pulite da residui di cibo?

Sempre	5	Quasi sempre	4	A volte	3	Quasi mai	2	Mai	1	NW	0
--------	---	--------------	---	---------	---	-----------	---	-----	---	----	---

* Di Antonio Amitrano e Giulia Rossi.

MEALTIME ASSESSMENT SCALE (MAS)

Cognome _____ Nome _____
 Et  _____ Sesso _____ Data dell'osservazione _____
 Diagnosi _____

Data insorgenza dell'evento patologico _____

Pregresse infezioni respiratorie da sospetto ab ingestis? S  No
 Presenza di cannula tracheale S  No
 (cuffiata, fenestrata, mini trach)?
 Concomitanti metodi di nutrizione alternativi? S  No
 PEG SNG nutrizione parenterale
 Caratteristiche del setting tranquillo con saltuarie fonti di distrazione
 con fonti di distrazione continue totalmente distraente

1. STRUTTURE, FUNZIONI E ATTIVITA' CHE INFLUENZANO IL PASTO

	0	1	2	3
Dentatura	Completa	Parziale	Totale edentulia di un'arcata	Totale edentulia
Comprensione linguistica	Nella norma	Segue una conversazione ordinaria con poche difficolt�	Lievi difficolt� di comprensione di una conversazione	Gravi difficolt� di comprensione di una conversazione
Attenzione	Adeguate	Si distrae occasionalmente	Necessita di richiami frequenti	Non riesce a mantenere l'attenzione sull'attivit�
Memoria a breve termine	Adeguate	Necessita di saltuarie ripetizioni	Necessita di frequenti ripetizioni	Non ricorda alcuna indicazione
Contenimento orale basale	Nella norma	Un episodio di perdita di saliva	Perdita di saliva frequente ma detera	Perdita di saliva frequente e incapaci a detergersi
Tosse volontaria	Efficace	Debole	Solo raclage	Assente
Qualit� fonatoria	Nella norma	Lievemente soffiata	Marcata ipofonia	Afonia
Compliance del paziente alle istruzioni alimentari	Adeguate	Quasi sempre adeguate	Segue saltuariamente le indicazioni	Non segue alcuna indicazione
Desiderio di alimentarsi per os	Mangia volentieri	� indifferente verso il cibo proposto	Mangia solo se continuamente stimolato	Rifiuta il cibo
Controllo del capo e del tronco	Adeguate	Necessita di ausili per mantenere la postura	Mantenuto grazie agli ausili ma solo per pochi minuti	Impossibile da mantenere con qualsiasi ausilio
Autonomia nell'alimentazione	Totale autonomia	Minimo intervento del caregiver	Moderato intervento del caregiver	Completa dipendenza
Capacit� di portare il cibo alla bocca	Adeguate	Saltuari episodi di perdita di cibo dalla posata	Frequenti episodi di perdita di cibo dalla posata	Incapace di portare il cibo alla bocca

2. FATTORI AMBIENTALI CHE INFLUENZANO IL PASTO

FACILITATORI	0	+1	+2	+3
Consistenza del cibo	Dieta libera	Dieta libera con limitazioni	Dieta solida morbida	Dieta semisolida
Dimensione del bolo	Cucchiaino	½ cucchiaino	Cucchiaino	¼ cucchiaino
Caratteristiche reologiche del liquido	Normale (bicchiere o cannuccia)	Normale con cucchiaino	Normale dopo deglutizioni a vuoto	Addensato
BARRIERE	0	-1	-2	-3
Possibilità di far affidamento sul caregiver	Caregiver compliant o non necessario	Caregiver incostante nel seguire le indicazioni	Caregiver poco attento alle indicazioni del terapeuta	Caregiver assente al momento del pasto o non affidabile

3. SICUREZZA ED EFFICACIA DELLA DEGLUTIZIONE DURANTE IL PASTO

		0	1	2	3
SICUREZZA	Gestione endorale del bolo	Adegua	Quantità di cibo leggermente eccessiva	Quantità di cibo eccessiva	Impossibile
	Deteriorazione orale dopo la deglutizione (se rimangono residue specificare la sede _____)	Adegua	Pochi ristagni	Abbondanti ristagni in metà del cavo orale	Abbondanti ristagni in ogni parte del cavo orale
	Presenza di tosse o raclage	Mai	Raramente (2-5 volte)	Frequentemente (circa 1/3 delle volte)	Quasi sempre (più di ½ delle volte)
	Tosse riflessa □ forte □ debole				
	Qualità della voce postdeglutitoria (specificare con quale/i consistenza/e _____)	Nella norma	Voce raramente umida/ gorgogliante (2-5 volte)	Voce frequentemente umida/ gorgogliante (circa 1/3 delle volte)	Voce quasi sempre umida/ gorgogliante o non valutabile (più di ½ delle volte)
EFFICACIA	Contenimento orale in masticazione	Nella norma	Fuoriesce saltuariamente del cibo dalla commessura labiale (meno di 1/3 delle volte)	Fuoriesce frequentemente del cibo dalla commessura labiale (circa ¼ delle volte)	Absoluta incontinenza dello sfintere labiale (più di 2/3 delle volte)
	Preparazione orale	Nella norma	Leggermente prolungata	Prolungata	Incapacità a formare il bolo
	Capacità di continuare il pasto senza sollecitazioni	Adegua	Necessità di saltuarie sollecitazioni	Necessità di frequenti sollecitazioni	Sollecitazioni non efficaci
	Affaticabilità	Mai	Raramente (meno di 1/3 delle volte)	Frequentemente (circa ¼ delle volte)	Quasi sempre (più di 2/3 delle volte)
	Percentuale del pasto assunta	Circa il 75% o più	Circa il 50%	Circa il 25%	Meno del 25%
	Quantità di cibo assunta al pasto	Adegua	Scarsa	Insufficiente	Quasi nulla

4. CORREZIONE

1) **Punteggio di sicurezza** _____ / 12 **Performance** _____ %

2) **Punteggio di efficacia** _____ / 18 **Performance** _____ %

Tempo impiegato _____ min

Allegato 14

	0	1	2	3
G: Grado globale di disfonia				
I: grado di Instabilità della voce				
R: grado di voce rauca (Roughness)				
B: grado di voce soffiata (Breathiness)				
A: grado di Astenia nella voce				
S: grado di voce pressata (Strain)				

Legenda: 0: nella norma; 1: alterazione lieve; 2: alterazione moderata; 3: alterazione grave.

TOM

(Therapy Outcome Measure)

MENOMAZIONE: presenza di alterazioni a livello delle strutture anatomiche e/o delle funzioni fisiologiche

0. Disartria severa: severa e persistente menomazione dell'articolazione/prosodia. Inabilità a produrre alcun fonema intelligibile. Nessun controllo motorio orale. Nessun supporto respiratorio per l'articolazione.
1. Disartria severa/moderata con consistente menomazione dell'articolazione/prosodia. Quasi sempre vocali aperte con alcune approssimazioni consonantiche/articolazione gravemente festinante. Articolazione estremamente faticosa o lenta, solo 1 o 2 parole per respiro. Controllo motorio severamente limitato.
2. Disartria moderata con frequenti episodi di menomazione dell'articolazione/prosodia. Tentativi per produrre la maggior parte delle consonanti le quali sono scarsamente rese acusticamente/moderata festinazione. Articolazione estremamente lenta, 4 parole per respiro. Moderata limitazione del controllo motorio orale.
3. Disartria moderata/lieve: omissione persistente di consonanti. Velocità variabile. Lieve limitazione del controllo motorio orale o menomazione della prosodia.
4. Disartria lieve: omissioni occasionali o di poca rilevanza/ipoarticolazione di consonanti. Occasionale o di ridotta importanza la difficoltà nel controllo motorio orale/prosodia o supporto respiratorio.
5. Nessuna menomazione.

DISABILITA': presenza di limitazioni, conseguenti alla menomazione, nell'esecuzione di un compito senza assistenza

0. Incapace di comunicare in alcun modo. Nessuna comunicazione efficace. Nessuna interazione.
1. Occasionalmente capace di far conoscere a familiari o ascoltatori istruiti bisogni di base in contesti familiari. Minima comunicazione con massima assistenza.
2. Comunicazione funzionale limitata. Adeguata capacità di far conoscere bisogni e conversazioni di base ma fortemente dipendente dai suggerimenti e dal contesto. Comunica meglio con ascoltatori istruiti o membri della famiglia o in contesti familiari. Richieste frequenti di ripetizioni. Sostiene interazioni cariche di significato legate al qui ed ora.
3. Adeguata capacità di rendere noti i bisogni ma con la possibilità a volte di comunicare maggiori informazioni. Qualche inadeguatezza in contesti non familiari. Meno dipendente per l'intelligibilità dai suggerimenti e dal contesto. Richieste occasionali di ripetizioni. Comunica indipendentemente dal qui ed ora con i familiari, necessita di aiuti e suggerimenti.
4. Possibilità di essere compreso la maggior parte delle volte da ogni ascoltatore nonostante le irregolarità della comunicazione. Sostenere una conversazione richiede qualche speciale attenzione, particolarmente con un più ampio range di persone.
5. Comunica efficacemente in tutte le situazioni.

HANDICAP: presenza di limitazioni della partecipazione così come intesa nell'ICF, difficoltà nelle situazioni di vita quotidiana

0. Incapace di adempiere a qualunque ruolo sociale/educativo/familiare. Non coinvolto nel prendere decisioni/nessuna autonomia/nessun controllo sull'ambiente. Nessuna integrazione sociale.
1. Ridotta fiducia in se stesso/poca stima di sé/limitata integrazione sociale/socialmente isolato/contribuisce ad alcune fondamentali e limitate decisioni. Non può raggiungere il potenziale in alcuna situazione.
2. Discreta fiducia in se stesso/discreta integrazione sociale/prende alcune decisioni ed esercita un controllo nelle situazioni familiari.
3. Discreta fiducia in se stesso, autonomia emergente. Prende decisioni ed esercita controllo su alcuni aspetti della vita. Capace di raggiungere qualche limitata integrazione sociale/attività educative. Insicuro nel controllo sulla vita. Necessita di incoraggiamenti per raggiungere il potenziale.
4. Maggiormente fiducioso, occasionali difficoltà nell'integrazione o nell'adempiere attività e ruoli sociali. Partecipazione in tutte le decisioni appropriate. Potrebbe avere difficoltà nel raggiungere il potenziale in alcune occasionali situazioni.
5. Raggiungimento del potenziale, autonomo e senza limitazioni. Capace di adempiere al ruolo sociale, educativo e familiare.

BENESSERE/ANGOSCIA

0. Costante grave: sconvolgimento/ frustrazione/ rabbia/ angoscia/ imbarazzo/ preoccupazione/ ritiro
1. Frequente grave: sconvolgimento/ frustrazione/ rabbia/ angoscia/ imbarazzo/ preoccupazione/ ritiro
2. Consistente moderato: sconvolgimento/ frustrazione/ rabbia/ angoscia/ imbarazzo/ preoccupazione/ ritiro
3. Frequente moderato: sconvolgimento/ frustrazione/ rabbia/ angoscia/ imbarazzo/ preoccupazione/ ritiro
4. Occasionale lieve: sconvolgimento/ frustrazione/ rabbia/ angoscia/ imbarazzo/ preoccupazione/ ritiro
5. Non improprio: sconvolgimento/ frustrazione/ rabbia/ angoscia/ imbarazzo/ preoccupazione/ ritiro

Allegato 16

Nijmegen Dysarthria Scale (NDS) Therapy Outcomes Measures

Valutazione della disartria

0. Molto severa: movimenti delle labbra, mandibola e lingua sono quasi impossibili in modo che non si possa articolare le parole. Solo alcuni vocaboli non differenziati sono percepibili. Afonia o qualità della voce alterata. Non c'è sostegno della respirazione per produrre il linguaggio

1. Disartria severa/moderata : estremo ipo o ipertono, diminuzione dei movimenti articolatori e/o velocità delle labbra, mandibola o movimenti della lingua dove, principalmente, sono le vocali aperte ed alcuni consonanti a risultare distorte. Qualità della voce è chiaramente alterata. Linguaggio molto rallentato, la respirazione permette l'esecuzione soltanto di alcune sillabe.

2. Disartria moderata: tono, movimenti articolatori e/o velocità delle mandibola e/o della lingua sono chiaramente alterati e di conseguenza anche le vocali e le consonanti risultano essere distorte . Velocità di eloquio alterata. Qualità della voce alterata. Il controllo respiratorio nonché il volume dell'aria risultano essere devianti.

3. Disartria lieve/moderata: tono, movimenti articolatori e/o velocità delle labbra mandibola/o della lingua sono leggermente alterati e di conseguenza anche le vocali e le consonanti vengono leggermente distorte. Le sillabe e le parole possono essere articolate in modo corretto qualora il paziente si concentri. Leggera alterazione della velocità del linguaggio. Leggera alterazione della qualità della voce. Leggera alterazione del controllo respiratorio e del volume dell'aria.

4. Disartria lieve: problemi di articolazione limitati, lievi deficit della qualità della voce e del controllo respiratorio.

5. Assente: linguaggio adatto all'età, cultura, e livello di sviluppo

Livello di efficacia comunicativa

0. Non esiste possibilità di comunicazione.
- 1 Può esprimere in modo chiaro il contesto di necessità per esempio con una persona conosciuta
- 2 Può esprimere le necessità in modo chiaro ma deve spesso ripetersi e ha bisogno di aiuto per iniziare.
- 3 Comunicazione con persone conosciute spesso efficace; la possibilità di comunicare efficacemente può avvenire anche con persone estranee se aiutato.
- 4 La comunicazione è efficace sia con persone conosciute che estranee nonostante alcune imperfezioni . Ogni tanto si deve ripetere.
- 5 Comunicazione adeguata in tutte le situazioni in armonia con l'età, cultura e livello di sviluppo.

Allegato 17

scala CB per la valutazione funzionale della negligenza spaziale

cognome.....nome.....data evento.....data rilevazione.....

Num.	Item	Punteggio
1	Dimentica la parte sinistra mentre si rassetta (viso, capelli, trucco, barba)	
2	Cattivo aggiustamento nella vestizione della parte sinistra del corpo	
3	Difficoltà a trovare gli alimenti nella parte sinistra del piatto, del coperto, della tavola	
4	Si dimentica di asciugare la parte sinistra della bocca dopo il pasto	
5	Esplorazione e deviazione forzata del capo e degli occhi verso il lato destro	
6	Dimenticanza dell' emicorpo sinistro (es.: braccio pendente dalla sedia, piede giù dalla pedana, etc.)	
7	Negligenza o indifferenza per le persone, o rumori provenienti dallo spazio di sinistra	
8	Deviazione nella marcia (a piedi o in carr.) che porta il paziente a strisciare contro i muri, gli stipiti, i mobili.	
9	Difficoltà a ritrovare tragitti, o luoghi familiari se comportano l'andare a sinistra	
10	Difficoltà a ritrovare gli oggetti posti nello spazio di sinistra	

Scoring

The CBS uses a 4-point rating scale to indicate the severity of neglect for each item:

0 = no neglect

1 = mild neglect (patient always explores the right hemispace first and slowly or hesitantly explores the left side)

2 = moderate neglect (patient demonstrates constant and clear left-sided omissions or collisions)

3 = severe neglect (patient is only able to explore the right hemispace)

This results in a total score out of 30.

Azouvi et al. (2002, 2003) have reported arbitrary ratings of neglect severity according to total scores:

0 = No behavioral neglect

1-10 = Mild behavioral neglect

11-20 = Moderate behavioral neglect

21-30 = Severe behavioral neglect

In cases of severe impairment the patient may not be able to perform an item of the CBS. In these instances the item is considered invalid, is not scored, and is not included in the final score. As such,

scala CB: questionario di autovalutazione

cognome.....nome.....data evento.....data rilevazione.....

Num.	Item	Punti
1	Avete difficoltà a lavare, rasare, truccare, e pettinare la parte sinistra del corpo?	
2	Avete difficoltà a sistemare i vestiti della parte sinistra del corpo?	
3	Avete difficoltà a trovare gli alimenti nella parte sinistra del coperto, del piatto o della tavola?	
4	Vi dimenticate di asciugarsi il lato sinistro della bocca dopo il pasto?	
5	Avete difficoltà a dirigere lo sguardo verso sinistra?	
6	Vi capita di non fare attenzione alla vostra gamba o braccio sinistro di lasciarlo pendere dalla sedia o dalla pedana?	
7	Avete difficoltà a conversare con della gente che sta alla vostra sinistra?	
8	Durante gli spostamenti vi capita di urtare muri, stipiti delle porte o mobili, posti a sinistra?	
9	Avete difficoltà a ritrovare tragitti di luoghi familiari se si trovano a sinistra?	
10	Avete difficoltà a ritrovare oggetti che siano posti alla vostra sinistra?	

The patient questionnaire also uses a 4-point rating scale according to the following levels of difficulty experienced by the patient:

0 = no difficulty

1 = mild difficulty

2 = moderate difficulty

3 = severe difficulty

The anosognosia score is then calculated as the difference between the clinician's total score and the patient's self-assessment score (Azouvi et al., 2003):

Anosognosia score = clinician's CBS score – patient's self-assessment score

COMPITO 1: INTERVISTA

Stimolare la produzione orale del paziente attraverso un'intervista su temi autobiografici, di cui si fornisce una traccia sotto. Fare in modo che la produzione sia quantitativamente sufficiente per valutare gli aspetti considerati nella griglia di valutazione. Di norma, si consiglia di elicitare la produzione per un tempo di circa cinque minuti. Nella griglia di valutazione, indicare se il paziente è fluente o non fluente. Poi, giudicare la frequenza delle difficoltà comunicative che si manifestano nel corso dell'intervista, assegnando il punteggio 0 se il problema si manifesta molto spesso o sempre, 1 se si manifesta qualche volta, 2 se non si manifesta mai.

Dire al paziente:

Ora le farò alcune domande su di lei, sulla sua vita. Cerchi di sforzarsi e di raccontarmi più che può.

TOPIC 1: FAMIGLIA

Vive con la sua famiglia?

Come è composta la sua famiglia? Me ne parli.

Ha fratelli o sorelle?

Ha anche animali?

TOPIC 2: CASA

Vive qui a... (dire il nome della città in cui si svolge il test)?

Le piace questa città? Perché?

Com'è la sua casa? Me ne parli.

Vive in un condominio?

Quante stanze ci sono?

A che piano è?

TOPIC 3: LAVORO

Parliamo del suo lavoro.

Lavora ancora?

Che lavoro faceva (fa)?

Ha sempre fatto questo lavoro?

Ha studiato?

Che scuole ha fatto?

In quali materie riusciva meglio?

TOPIC 4: ORGANIZZAZIONE DELLA GIORNATA

Parliamo della sua giornata (qui in ospedale / a casa).

Si sveglia presto al mattina? A che ora?

Va a dormire tardi? A che ora?

Come si svolge la sua giornata in questo periodo? Me la descriva.

Ha qualche hobby o passatempo? Me ne parli.

Allegato 19

GRIGLIA DI VALUTAZIONE

Fluenza	Fluente	Non fluente
---------	---------	-------------

	Molto spesso o sempre (0)	Qualche volta (1)	Mai (2)	Totale
Grammatica e lessico				
Anomie				
Agrammatismo				
Parafasie fonemiche				
Parafasie semantiche				
Circonlocuzioni				
Eloquio				
Ripetizioni / Espressioni passepartout				
Fraasi incomplete				
Ecolalia				
Coprolalia				
Informatività				
Difficoltà nelle risposte sì/no				
Tendenza ad essere sotto-informativo				
Tendenza ad essere sovra-informativo				
Mancanza di iniziativa verbale				
Flusso dell'informazione				
Assenza o uso errato di legami coesivi				
Assenza di referenti				
Ordine errato degli elementi				
Cambio di argomento ingiustificato				
Dimensione paralinguistica				
Velocità di eloquio alterata				
Intonazione alterata				
Mancanza contatto visivo				
Espressione facciale fissa				
Abuso gesti compensativi				

TOTALE INTERVISTA: ___ / 44

Allegato 20

Consegna: **Prima di cominciare l'esame, mi piacerebbe che mi parlasse un po' di...
(ad esempio, lavoro, famiglia, hobby)**

Punteggio: 2: Comportamento assente
1: Comportamento raro o poco marcato
0: Comportamento frequente o molto marcato
n/o: Comportamento non osservato

Checklist per l'osservazione del discorso conversazionale

Il paziente:

1.	Cerca le parole <input type="checkbox"/> oppure sbaglia la scelta delle parole <input type="checkbox"/>	0	1	2
2.	Non si corregge quando sbaglia	0	1	2 oppure n/o
3.	È impreciso nell'esprimere le sue idee	0	1	2
4.	Fa commenti inappropriati o inattesi	0	1	2
5.	Cambia argomento, divaga	0	1	2
6.	Non mostra iniziativa verbale	0	1	2
7.	Parla troppo	0	1	2
8.	Si ripete	0	1	2
9.	Interrompe l'interlocutore	0	1	2
10.	Non comprende bene il linguaggio diretto	0	1	2
11.	Non comprende bene il linguaggio indiretto	0	1	2 oppure n/o
12.	Rimane indifferente ai commenti ironici	0	1	2 oppure n/o
13.	Si dimentica l'argomento della conversazione	0	1	2
14.	Parla con voce monotona	0	1	2
15.	Ha un eloquio troppo lento <input type="checkbox"/> oppure troppo rapido <input type="checkbox"/>	0	1	2
16.	Non mostra cambiamenti nell'espressione del viso	0	1	2
17.	Mostra incostante o assente contatto oculare	0	1	2

Allegato 21

Totale /34	20-35 anni		36-55 anni		56-85 anni	
	≤ 11	> 11	≤ 11	> 11	≤ 9	> 9
Scolarità (anni)						
Media	32,92	33,51	32,30	33,74	33,00	33,46
Deviazione standard	1,55	1,02	1,06	0,59	1,83	1,02
10° percentile	29,80	32,00	31,10	33,00	30,60	31,00
Richiesta di attenzione	30	32	32	33	31	32

Box 2.2 Guida alla codifica della conversazione

1. Cerca le parole oppure sbaglia la scelta delle parole

2: Non sembra cercare le parole o non sbaglia la scelta delle parole

1: Una o due volte ha cercato le parole o ha sbagliato la scelta delle parole

0: Per più di due volte ha cercato le parole o ha sbagliato la scelta delle parole

2. Non si corregge quando sbaglia

2: Si corregge sempre quando sbaglia

1: Una volta sola ha sbagliato e non si è corretto

0: Più di una volta ha sbagliato e non si è corretto

n/o: Non sbaglia la scelta delle parole, e quindi non si deve correggere (attribuire 2 punti)

3. È impreciso nell'esprimere le sue idee

2: Si esprime sempre chiaramente

1: Una volta sola non si è espresso chiaramente

0: Più di una volta non si è espresso chiaramente

4. Fa commenti inappropriati o inattesi

2: Non fa commenti inappropriati o inattesi

1: Una volta sola ha fatto un commento inappropriato o inatteso

0: Più di una volta ha fatto commenti inappropriati o inattesi

5. Cambia argomento, divaga

2: Rispetta in maniera appropriata l'argomento della conversazione

1: Una volta sola ha cambiato argomento in maniera inappropriata o ha prodotto un discorso tangenziale

0: Più di una volta ha cambiato argomento in maniera inappropriata o ha prodotto un discorso tangenziale

6. Non mostra iniziativa verbale

- 2: Più di due volte ha dato prova di iniziativa verbale (per esempio ha fatto domande o elaborato le proprie idee)
- 1: Una o due volte ha posto delle domande o ha elaborato idee proprie
- 0: Non mostra iniziativa verbale, aspetta sempre che l'esaminatore ponga domande

7. Parla troppo

- 2: Non parla troppo
- 1: Una o due volte ha parlato troppo o ha mostrato una tendenza a parlare troppo
- 0: Più di due volte ha parlato troppo o parla troppo sempre

8. Si ripete

- 2: Non si ripete
- 1: Una o due volte si è ripetuto
- 0: Più di due volte si è ripetuto

9. Interrompe l'interlocutore

- 2: Non interrompe mai in maniera inappropriata
- 1: Una volta ha interrotto in maniera inappropriata
- 0: Più di una volta ha interrotto in maniera inappropriata

10. Non comprende bene il linguaggio diretto

- 2: Comprende sempre bene ciò che gli si dice in maniera esplicita
- 1: Una sola volta ha compreso male ciò che gli è stato detto esplicitamente
- 0: Più di una volta ha compreso male ciò che gli è stato detto esplicitamente

11. Non comprende bene il linguaggio indiretto

- 2: Comprende sempre bene ciò che gli si dice in maniera implicita
- 1: Una sola volta ha compreso male ciò che gli è stato detto implicitamente
- 0: Più di una volta ha compreso male ciò che gli è stato detto implicitamente
- n/o: L'esaminatore non ha utilizzato il linguaggio indiretto (attribuire 2 punti)

12. Rimane indifferente ai commenti ironici

- 2: Reagisce adeguatamente ai commenti ironici
- 1: Una volta sola ha reagito a un commento ironico
- 0: È rimasto sempre indifferente ai commenti ironici
- n/o: L'esaminatore non ha fatto alcun commento ironico (attribuire 2 punti)

13. Si dimentica l'argomento della conversazione

2: Segue bene l'argomento della conversazione

1: Una volta sola si è dimenticato l'argomento della conversazione

0: Più di una volta si è dimenticato l'argomento della conversazione

14. Parla con voce monotona

2: L'intonazione verbale è adeguata

1: L'intonazione è leggermente appiattita, ma alcune variazioni di tono sono percepibili

0: L'intonazione è monotona, nessuna variazione di tono è percepibile

15. Ha un eloquio troppo lento oppure troppo rapido

2: La fluenza d'eloquio è adeguata

1: Parla un po' troppo velocemente o un po' troppo lentamente

0: Parla in maniera eccessivamente veloce o eccessivamente lenta

16. Non mostra cambiamenti nell'espressione del viso

2: L'espressione del viso è adeguata

1: Mostra spesso un'unica espressione del viso, ma altre espressioni del viso sono percepibili

0: Mostra un'espressione del viso fissa in maniera costante o quasi

17. Mostra incostante o assente contatto oculare

2: Il contatto oculare è adeguato

1: Stabilisce talvolta il contatto oculare ma è incostante

0: Non stabilisce mai il contatto oculare o ha lo sguardo fisso