



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'INFERMIERE E LA GESTIONE
DEL PAZIENTE DISFAGICO**

Relatore: Chiar.ma
Dott.ssa Tiziana Traini

Tesi di Laurea di:
Orjeta Mehmeti

A.A. 2019/2020

*‘L’Assistenza Infermieristica è un’arte ;
e se deve essere realizzata come un’arte ,
richiede una devozione totale e una dura
preparazione , come per qualunque opera
di pittore o scultore ‘*

(FLORENCE NIGHTINGALE)

INDICE

Premessa.....	1
Introduzione.....	1
Capitolo1: ICTUS.....	3
1.1 Fisiopatologia-Classificazione-Fattori di rischio/cause-sintomi-Diagnosi e cura.....	3
1.2 Epidemiologia	16
1.3 Accertamento Infermieristico	17
Capitolo 2 : FISIOPATOLOGIA DELLA DEGLUTIZIONE.....	18
2.1 Disfagia.....	19
2.2 Complicanze.....	29
2.3 Accertamento Infermieristico.....	33
Capitolo 3: STRUMENTI DI ACCERTAMENTO PER LA DISFAGIA.....	35
3.1 Gestione Infermieristica.....	35
3.2 La gestione in Equipe.....	50
3.3 Rischio di Aspirazione.....	53
3.4 Somministrazione terapia al paziente disfagico.....	54
3.5 Educazione sanitaria del paziente e del Caregiver.....	55
Capitolo 4 : RICERCA METODOLOGICA.....	63
4.1 Introduzione.....	63
4.2 Obiettivi.....	64
4.3 Contesto.....	64
4.4 Quesito ricerca relativo al problema identificato.....	65
4.5 Criteri di inclusione ed esclusione.....	66
4.6 Metodi.....	67
4.7 Risultati.....	68
4.8 Discussione.....	75

Bibliografia.....	69
Ringraziamenti.....	71

PREMESSA

Trascorsi questi tre anni di corso di studi e quindi avendo effettuato il tirocinio nell'UU.OO di Neurologia, ho deciso di concentrarmi e soffermarmi sul ruolo attivo e determinante dell'infermiere e la sua responsabilità nell'assistere il paziente cerebroleso.

Da subito mi sono interessata alle patologie neurologiche e per questo ho deciso di focalizzarmi su un aspetto in particolare, ovvero la Disfagia. Il tirocinio in questa UU.OO di Neurologia, mi hanno consentito di sviluppare un approfondimento su questo argomento. In questi tre anni mi sono appassionata maggiormente ad un tipo di patologia che nel tirocinio dell'ultimo anno, prima delle restrizioni causate dalla pandemia del Sars-Cov2, ho potuto apprezzare in prima persona nel reparto di Neurologia e Stroke Unit.

INTRODUZIONE

La Disfagia è una comune problematica clinica che caratterizza circa l'8% della popolazione dei Paesi sviluppati e la sua prevalenza è destinata a crescere rapidamente, visto anche l'aumentare della popolazione anziana e dell'età media. Il riconoscimento precoce e lo screening della disfagia possono contribuire ad individuare le persone che necessitano di indagini più approfondite, quali videofluoroscopia (VES), video endoscopia con fibra ottica sensibile (FEES) o scintigrafia orofaringea, al fine di valutare la gravità della disfagia e prevenire l'aspirazione trachebronchiale. Esistono svariati protocolli ed interventi educativi che mirano alla compensazione o alla riabilitazione di questa condizione. Un approccio interdisciplinare per la gestione della disfagia è fortemente consigliato; l'infermiere, all'interno del team, interpreta un ruolo fondamentale nell'educazione sanitaria del paziente e dei familiari. Considerata la costante crescita della popolazione anziana e dell'età media a livello mondiale, l'impatto che avrà la disfagia sulla qualità di vita degli anziani sarà sempre più rilevante. Questa condizione, oltre a limitare fortemente la vita sociale delle persone colpite, contribuendo al loro isolamento, concorrerà all'innalzarsi dei costi sanitari come conseguenza dell'aumento di morbilità e mortalità, del maggior numero di ricoveri e del prolungamento dei giorni di degenza.

Il riconoscimento precoce dei fattori di rischio e dei segni della disfagia, anche se questi alle volte possono non dare manifestazione evidente, risulta una componente fondamentale al fine di ridurre le complicanze di tale condizione, quali la disidratazione, la malnutrizione, ma soprattutto le polmoniti da aspirazione (tra le principali cause di morte nella popolazione anziana).

Le evidenze scientifiche dimostrano che un approccio multidisciplinare per lo screening e la gestione della disfagia è più sicuro ed efficace rispetto alla gestione singola di un professionista sanitario. L'obiettivo di questo elaborato è quello di dimostrare come la figura dell'infermiere sia fondamentale nel riconoscere precocemente la disfagia e trattarla, al fine di migliorare la qualità di vita dei pazienti disfagici.

CAPITOLO PRIMO

L'ICTUS

1.1: ICTUS

Secondo la definizione del Ministero della salute italiano “l'ictus o accidente cerebrale è una sindrome caratterizzata dall'improvviso e rapido sviluppo di sintomi e segni riferibili a deficit focale delle funzioni cerebrali senza altra causa apparente se non quella vascolare. I sintomi durano più di 24 ore o determinano il decesso” (Brunner-Suddarth, 2010). Il limite di 24 ore è arbitrario e, secondo alcune definizioni, andrebbe sostituito con un dato di neuroimmagine: cioè TC o alla RM è visibile un'area lesionale si pone diagnosi di ictus anche se i sintomi hanno avuto durata inferiore a 24 ore. Un ictus cerebrale può colpire chiunque in qualsiasi momento. L'ictus cerebrale, chiamato anche colpo apoplettico è un evento drammatico per chi lo ha subito e anche per i congiunti. In pochi minuti una persona prima sana e vitale si ammala molto gravemente. L'ictus cambia radicalmente tutta la situazione della vita del paziente e dei famigliari. L'ictus è un'interruzione del flusso dei flussi di sangue al cervello, che priva le cellule cerebrali dell'ossigeno e degli altri elementi nutritivi di cui hanno bisogno. Alcune cellule nervose muoiono, altre sono soltanto danneggiate. La maggior parte degli ictus sono dovuti a un trombo, un coagulo di sangue, che occlude una delle arterie che portano il sangue al cervello. Questo tipo di ictus si chiama ischemico. Meno frequenti sono gli ictus emorragici, causati da un sanguinamento, all'interno o intorno al cervello, per la rottura di un vaso sanguigno. Si verifica spesso senza la presenza di alcun sintomo e le conseguenze cliniche possono essere devastanti, risultanti in disabilità fisiche, cognitive e mentali.

La Fase Prodromica

Nella fase prodromica la persona può manifestare alcuni dei seguenti segni e sintomi:

- Formicolio e debolezza a volto, braccio o gamba, specialmente su un unico lato del corpo
- Confusione o cambiamenti dello stato mentale
- Difficoltà nel parlare o nel comprendere le parole
- Disturbi visivi

- Difficoltà nel camminare, vertigini o perdita dell'equilibrio/coordinazione
- Improvvise, severe cefalee

Durante questa fase il soggetto può non rendersi conto di trovarsi in una situazione di rischio per la propria vita. In presenza dei segni e sintomi descritti si raccomanda di chiamare il 118 come indica la procedura internazionale di riconoscimento e intervento dell'ictus: F.A.S.T.: “face drooping, arm weakness, speech difficulty, time”, (faccia cadente, debolezza al braccio, discorso difficoltoso, tempo inteso come tempo per chiamare i soccorsi). “L'intervento di soccorso deve essere tempestivo e l'assistito deve essere seguito in una Stroke Unit attrezzata che renda possibili una pronta diagnosi e le cure più idonee” (De Lecinana A.M., 2014). I pazienti trattati in centri che offrono una stroke care dedicata alla specifica patologia hanno una prognosi migliore (in termini di sopravvivenza e riduzione della disabilità) rispetto a quelli ricoverati in altri reparti sprovvisti di modalità assistenziali ad hoc. (Di Pasquale G. et al., 2009).

1.2. La Fase Acuta

Ogni singola fase della cascata ischemica, rappresenta per gli operatori sanitari un'opportunità d'intervento volta a limitare l'estensione del danno cerebrale. Alla Stroke Unit (ove sia prevista), il paziente accede da Pronto Soccorso, assistito dal medico il quale valuta il tempo di insorgenza dei sintomi focali ed attiva i colleghi della neuroradiologia del PS per eseguire la diagnostica strumentale, e il medico di guardia della Stroke Unit. Oppure il paziente giunge trasferito da altre Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera, previo consulenza medica. (Agnelli G. et al., 2010). La diagnosi medica di ischemia cerebrale viene formulata sulla base: dell'esame fisico e neurologico, dei parametri vitali (pressione arteriosa, ritmo e frequenza cardiaca, presenza di soffio carotideo), TAC (tomografia assiale computerizzata) senza mezzo di contrasto che viene eseguita d'urgenza per distinguere tra ictus ischemico ed emorragico, in base a ciò verrà deciso il trattamento farmacologico più appropriato da attuarsi. Tra gli esami routinari: elettrocardiogramma a 12 derivazioni, esami ematochimici, ecografia carotidea, studi di flusso Doppler, ecocardiografia transesofagea e risonanza magnetica per immagini del cervello, ecc., in base alle esigenze. Tra gli interventi farmacologici da effettuarsi in acuzie si ricorda la trombolisi con somministrazione di plasminogeno tissutale (rt-PA), in grado di riattivare parte della regione penombra, purché eseguita entro le prime 3 ore dall'evento ictale (nuovi

studi ammettono l'intervento anche entro 4,5 ore), purché il paziente rientri nei criteri di eleggibilità per questa terapia. Per quanto riguarda il trattamento con farmaci neuroprotettivi e le strategie che possono rendere migliore il recupero dall'ictus e quindi la sopravvivenza, molti studi sono in corso (Brunner-Suddarth, 2010). Negli Stati Uniti è prassi la tecnica chirurgica della trombectomia in associazione alla trombolisi con rt-PA, tecnica che ha avuto risultati molto positivi nel trattamento precoce dei pazienti con ictus ischemico.

Generalmente nelle prime 48 ore “le attività svolte dall'equipe di sanitari sono volte a: minimizzare il rischio di morte del paziente per cause cerebrali, cardiocircolatorie, respiratorie, infettive, metaboliche; contenere gli esiti della malattia limitando il danno cerebrale e le sue conseguenze; evitare le recidive di danno vascolare dell'encefalo; limitare la comorbidità conseguente al danno neurologico, alle condizioni cardiocircolatorie e all'immobilità; favorire il recupero delle abilità compromesse dall'ictus allo scopo di promuovere il reinserimento sociale e di utilizzare le capacità operative residue; definire la prognosi del quadro clinico osservato e i bisogni a questo correlati, al fine di agevolare la riorganizzazione precoce dell'attività del paziente e soddisfare la sua richiesta di assistenza”. Le Linee Guida raccomandano agli infermieri l'uso di strumenti validati e standardizzati per la valutazione del paziente con ictus per assicurare una reale valutazione e documentazione dello stato neurologico dello stesso (De Lecinana A.M. et al., 2014).

Diagnostica:

- TAC
- Risonanza magnetica (RM)
- Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)
- Angiografia cerebrale
- Puntura lombare
- Ultrasuonografia Doppler Transcranica
- Elettroencefalogramma (EEG)
- RX
- Esami di laboratorio (emocromo completo, piastrine, coagulazione, Ves, studi metabolici)
- ECG, RX torace, ecocardiografia

Attuali strumenti di valutazione neurologica di uso infermieristico sono: Canadian Neurological Scale (CNS); National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS); Glasgow Coma Scale (GCS). La scelta dello strumento dipenderà dai bisogni del paziente, dalle risorse dell'azienda, dalla validità del supporto formativo e dalla fase del continuum in cui l'infermiere opera. In base al quadro patologico, l'accertamento potrà essere:

1. Accertamento durante l'emergenza (Pronto soccorso o 118)
2. Accertamento iniziale, all'ammissione (Reparti di degenza) con particolare attenzione ai seguenti modelli :
cognitivo e percettivo, nutrizionale/metabolico, eliminazione, attività/esercizio fisico, riposo/sonno
3. Accertamento orientato al problema in fase riabilitativa
4. Ri-Accertamento (follow up) durante la dimissione protetta

Priorità infermieristiche :

1. Promuovere una adeguata perfusione e ossigenazione cerebrale
2. Prevenire/ridurre le complicanze e le disabilità permanenti
3. Aiutare il paziente ad ottenere l'indipendenza nelle ADL
4. Supportare il processo di coping e l'integrazione dei cambiamenti nel concetto di sé
5. Fornire informazioni riguardo al processo di malattia, alla prognosi, ai trattamenti e ai bisogni relativi alla riabilitazione

L'accertamento infermieristico e gli interventi mirano al monitoraggio e rilevazione di: cambiamenti dello stato di coscienza; presenza di movimenti volontari o involontari, flaccidità o rigidità del tono muscolare e del collo; posizioni particolari della testa; apertura degli occhi e reazioni pupillari alla luce, la posizione oculare; colore del volto e degli arti, temperatura e umidità della pelle; qualità e ritmo del respiro, delle pulsazioni cardiache.

Si effettua emogasanalisi arteriosa; si rileva la pressione arteriosa, la capacità di parlare, il bilancio idrico-urine nelle 24 ore (rapporto entrate/uscite); eventuale presenza di emorragie

La Fase Post Acuta

Complessivamente delle persone che sopravvivono a un ictus, dopo la stabilizzazione del quadro clinico, il 15% viene ricoverato in reparti di lungodegenza; il 35% presenta una grave invalidità e una marcata limitazione nelle attività della vita quotidiana; il 20% necessita di assistenza per la deambulazione; il 70% non riprende la precedente occupazione. L'ictus porta con se, una grande varietà di deficit neurologici, in base alla localizzazione della lesione cerebrale (quali vasi sono stati colpiti da ostruzione) e alla vastità dell'area cerebrale coinvolta (estensione dell'area ipoperfusa). Possono presentarsi anche piccole forme di amnesia temporanee e chi è affetto da questa malattia potrebbe riprendere l'uso della parola e non capire la sua situazione.

Possibili conseguenze del danno neurologico:

- Deficit del campo visivo: perdita di metà del campo visivo (perdita della visione periferica), incapacità di valutare le distanze, diplopia, difficoltà nella visione notturna
- Deficit motori: emiparesi (dovuta a lesione dell'emisfero cerebrale opposto al lato del corpo interessato), emiplegia, atassia (barcollamento/camminata vacillante, incapacità ad unire i piedi), disartria (incapacità di strutturare le parole), disfagia (difficoltà di deglutizione)
- Deficit sensoriali: parestesia (torpore e prurito in alcune zone del corpo, difficoltà nella percezione propriocettiva ossia difficoltà nella capacità di percepire e riconoscere la posizione del proprio corpo nello spazio e lo stato di contrazione dei propri muscoli)
- Deficit verbali: afasia espressiva (incapacità di strutturare parole comprensibili, l'assistito può dare risposte usando la ripetizione di un'unica parola), afasia ricettiva (incapacità di comprendere le parole dette, l'assistito è in grado di parlare ma non riesce a dare un senso alle parole), afasia globale (combinazione di entrambi i tipi di afasia)
- Deficit cognitivi: perdita della memoria a breve e a lungo termine, diminuita durata dell'attenzione, indebolita capacità di concentrazione, povertà di ragionamento astratto, giudizio alterato.

- Deficit emozionali: perdita di autocontrollo, labilità emotiva, diminuita tolleranza alle situazioni stressanti, depressione, isolamento, timore, ostilità e rabbia.

L' ictus si suddivide in Stroke ischemico e Stroke emorragico.

Ictus Ischemico	Ictus Emorragico
<p>Cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Trombosi di grande arteria · Trombosi di piccola arteria profonda · Embolia cardiogena · Criptogenica (sconosciuta)/ altro <p>Sintomi, principali manifestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Torpore, debolezza a faccia, braccio o gamba, specialmente su un solo lato del corpo <p>Recupero funzionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Di solito si appiattisce dopo 6 mesi 	<p>Cause:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Emorragia intracerebrale · Emorragia subaracnoidea · Aneurisma cerebrale · Malformazione artero-venosa <p>Sintomi, principali manifestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • · “Cefalea esplosiva” • · Diminuzione del livello di coscienza <p>Recupero funzionale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • · Più lento, di solito si appiattisce dopo 18 mesi

Tabella 1 Confronto tra i principali tipi di ictus (Brunner-Suddarth, 2010)

Trombotico (trombosi cerebrale). E' il tipo più comune di ictus ischemico. Esso è causato dalla presenza di un coagulo di sangue all'interno dell'arteria oppure della formazione di placche di colesterolo, determinanti ostruzione al flusso all'interno del vaso , con conseguente ipoperfusione cerebrale. Embolitico (embolia cerebrale): è lo stadio conseguente alla formazione del trombo. Il coagulo di sangue o la placca aterosclerotica si staccano dalla parete arteriosa e vengono spinti tramite il flusso sanguigno più a valle , in una delle arterie cerebrali, interrompendo l'apporto sanguigno al cervello. Lo stroke emorragico (emorragia subaracnoidea (ESA) è un sanguinamento

che si verifica nello spazio tra il foglietto aracnoideo delle meningi cerebrali e la corteccia cerebrale sottostante . Una delle cause principali è rappresentata dalla rottura di un aneurisma cerebrale (dilatazione della parete di un vaso che può andare incontro alla rottura), o dalla rottura di una malformazione artero-venosa (MAV) (groviglio di vasi sanguigni anormali). L'emorragia intraparenchimale si verifica invece all'interno del parenchima cerebrale. L'ipertensione arteriosa è uno dei fattori di rischio alla base di questo tipo di emorragia. Sono stati individuati molti fattori di rischio che aumentano la possibilità di andare incontro ad ictus. Questi fattori si suddividono in “modificabili” e “non modificabili” come l'età e il sesso. La prevenzione dell'ictus agisce principalmente sui fattori di rischio “modificabili” come :

- Ipertensione arteriosa / ipotensione arteriosa ;
- Cardiopatie quali l'ipertrofia ventricolare sinistra (IVS) e i disturbi del ritmo quali la Fibrillazione atriale (FA) ;
- Diabete mellito ;
- Ipercisteinemia
- Stenosi carotidea operabile (occlusione superiore al 70% del lume , ma inferiore all'occlusione completa) .
- Fumo di sigaretta
- Eccessivo consumo di alcool
- Vita sedentaria
- Ipercolesterolemia / Dislipidemia
- Obesità

E' dimostrato come la prevenzione primaria riduca l'incidenza di ictus nella popolazione a rischio . Essa si concentra soprattutto sul cambio degli stili di vita degli individui .

Alcuni esempi possono essere :

- Campagne antifumo
- Allenamento aerobico (passeggiata alla distanza di 1 km in 10-12 min) ogni giorno
- BMI nel normopeso
- Riduzione al minimo consumo di sale e grassi animali preferendo quelli vegetali
- Consumo di 3 porzioni di verdura e 2 di frutta al giorno
- Evitare l'abuso alcolico

La prevenzione secondaria invece si impegna attraverso la terapia farmacologica a limitare i fattori di rischio modificabili e agisce soprattutto:

- Nel paziente iperteso con trattamento antipertensivo;
- Nel paziente fibrillante e valvulopatico garantendo una copertura farmacologica adeguata ;
- Nei pazienti con ipercolesterolemia e dislipidemia trattamento con statine;
- Nel riconoscere e trattare precocemente il diabete mellito .

Nell'ictus diventa predominante il riconoscimento di segni e sintomi che insorgono improvvisamente per poter garantire al soggetto una immediata presa in carico al fine di rendere l'esito il meno invalidante possibile. I principali segni e sintomi sono :

AFASIA: difficoltà a comprendere e usare il linguaggio
DISARTRIA: difficoltà nell'articolazione della parola
EMIPLEGIA: incapacità a muovere l'arto controlaterale la lesione
EMIPARESI: deficit di forza recuperabile nella parte controlaterale l'ictus
EMIANOPSIA: incapacità di vedere/percepire metà parte del campo visivo controlaterale la lesione
EMI-IPOANESTESIA/PARESTESIE: deficit di sensibilità nella parte controlaterale l'ictus
DIPLOPIA: visione doppia
EMINEGLET: mancanza di consapevolezza o di attenzione della parte lesa
CEFALEA: piuttosto significativo come sintomatologia dolorosa nei pazienti colpiti da emorragia
DISFAGIA: difficoltà nella deglutizione
APRASSIA: perdita della capacità di eseguire su richiesta particolari gesti o movimenti senza che vi sia paralisi, in alcuni casi tale gestualità rimane conservata se eseguita automaticamente

Le conseguenze di un episodio ischemico variano in base alla sede dell'ostruzione ed in base all'estensione di tessuto cerebrale coinvolto . Un lato del cervello controlla il lato opposto del corpo . Per esempio un ictus cerebrale destro può causare quanto segue :

- Paralisi del lato sinistro del corpo
- Alterazioni del visus

- Perdita di memoria

Un'ischemia cerebrale sinistra determina invece :

- Paralisi dell'emilato destro
- Alterazione del linguaggio
- Perdita di memoria

Considerata la costante crescita della popolazione anziana e dell'età media a livello mondiale, l'impatto che avrà la disfagia sulla qualità di vita degli anziani sarà sempre più rilevante. Questa condizione, oltre a limitare fortemente la vita sociale delle persone colpite, contribuendo al loro isolamento, concorrerà all'innalzarsi dei costi sanitari come conseguenza dell'aumento di morbilità e mortalità, del maggior numero di ricoveri e del prolungamento dei giorni di degenza.

Il riconoscimento precoce dei fattori di rischio e dei segni della disfagia, anche se questi alle volte possono non dare manifestazione evidente, risulta una componente fondamentale al fine di ridurre le complicanze di tale condizione, quali la disidratazione, la malnutrizione, ma soprattutto le polmoniti da aspirazione (tra le principali cause di morte nella popolazione anziana).

Le evidenze scientifiche dimostrano che un approccio multidisciplinare per lo screening e la gestione della disfagia è più sicuro ed efficace rispetto alla gestione singola di un professionista sanitario.

Il trattamento riabilitativo post ischemia cerebrale coinvolge uno svariato numero di medici specialisti. Tuttavia la diagnosi precoce e il trattamento possono essere effettuati dallo specialista Neurochirurgo. Una diagnosi rapida ed accurata è fondamentale per un buon successo del trattamento. I progressi per imaging e le innovative tecniche di radiologia interventistica hanno permesso di trattare condizioni che fino a pochi anni fa non erano considerate candidate ad alcun tipo di trattamento. Il trattamento dell'ictus va distinto nelle terapie della fase acuta ed in quella di prevenzione, cioè nei soggetti che non hanno sofferto di eventi cerebrovascolari e secondaria, mirata a prevenire un nuovo episodio nei pazienti affetti da ictus . Oltre ai trattamenti specifici per l'ictus ischemico può essere necessario mettere in atto terapie generali di supporto. Queste includono: somministrazione di ossigeno nel paziente ipossico, ventilazione assistita in caso di alterazione di coscienza e compromissione bulbare, correzione di iper/ipotensione, correzione dell'ipoglicemia e trattamento dell'iperpiressia. E' stato dimostrato che il

ricovero in fase acuta in reparti altamente specializzati denominati Stroke Unit migliora la prognosi dei pazienti e permette un migliore inquadramento diagnostico e l'attuazione di appropriate misure di prevenzione secondaria, senza prolungare i tempi di ospedalizzazione. Sin dalla fase di ricovero è estremamente importante iniziare precoci trattamenti di riabilitazione neuromotoria e cognitiva. Le due opzioni di trattamento specifico per l'ictus ischemico acuto sono la trombolisi intravenosa e la trombectomia meccanica. Per entrambi gli approcci, di vitale importanza è il fattore temporale, attualmente inteso non più come un astratto tempo medio di sopravvivenza della penombra ischemica, ma come un tempo individuale definibile grazie all'identificazione di fattori maggiormente legati al paziente come la presenza e la qualità dei circoli collaterali, che consentono un tempo di azione più o meno lungo. In ogni caso, il riconoscimento precoce dei sintomi ed il trasporto immediato in un centro dove si possono attuare le terapie di ricanalizzazione, sono di importanza strategica. Attualmente in pazienti con ictus ischemico si raccomanda la somministrazione di agenti trombolitici entro 4,5 ore dall'esordio dei sintomi. Il trattamento è altresì raccomandato in pazienti con ictus a insorgenza non nota, qualora la RM in diffusione (Diffusion weighted - DW) e FLAIR (Fluid Attenuation Inversion Recovery) consentano di datare l'esordio evento almeno entro le 4 ore. È fondamentale iniziare la terapia al più presto, poiché quanto più questa è precoce tanto maggiore sarà il beneficio. Altra terapia standard dell'ictus ischemico è il trattamento di ricanalizzazione per via endovascolare, vale a dire la rimozione meccanica del trombo occludente dalle arterie cerebrali. La trombectomia meccanica si è dimostrata efficace nel migliorare la prognosi dei pazienti con ictus ischemico da occlusione dei grossi vasi cerebrali entro le 6 ore dall'esordio dei sintomi, in particolare quando associata al trattamento trombolitico endovenoso. Inoltre, studi più recenti hanno evidenziato l'efficacia dei trattamenti meccanici oltre le 6 ore e fino a 24 ore dal teorico esordio dei sintomi (pazienti con ictus al risveglio o esordito in assenza di testimoni, nei quali il teorico esordio dei sintomi viene posto all'ora nella quale il paziente è stato visto/sentito in buona salute per l'ultima volta), in presenza di precisi criteri di selezione definiti con TAC di perfusione o con RM DW E PW (perfusion weighted). Per quanto concerne la forma emorragica, il trattamento in acuto differisce a seconda della causa dello spandimento emorragico. Anche se con finestre terapeutiche più ampie, anche nell'ictus emorragico è vitale agire il più precocemente possibile. Per le emorragie dette tipiche, dovute all'ipertensione arteriosa, è necessario attuare trattamenti farmacologici

aggressivi mirati a ridurre i valori di pressione arteriosa sistolica al di sotto dei 140 mmHg entro le prime ore dall'esordio dei sintomi. Inoltre possono essere utilizzati farmaci antiedemigeni per ridurre la pressione intracranica e l'effetto compressivo dell'ematoma sul tessuto cerebrale sano. In specifici casi, si pone un'indicazione neurochirurgica per l'evacuazione dell'ematoma cerebrale, al fine di ridurre la pressione intracranica e salvaguardare il tessuto cerebrale. Nel caso di emorragie conseguenti alla rottura di lesioni vascolari quali aneurismi o malformazioni arterovenose cerebrali, si interviene per via chirurgica o endovascolare, così da ridurre il rischio di risanguinamento, che è particolarmente elevato nelle prime ore dall'esordio dei sintomi, per cui tali interventi dovrebbero essere effettuati non più tardi di 48 ore dall'evento emorragico. Durante l'ospedalizzazione è necessario uno stretto monitoraggio clinico e strumentale dei pazienti al fine di riconoscere e trattare le possibili complicanze della patologia emorragica, quali vasospasmo, iposodiemia ed idrocefalo, con un rischio particolarmente elevato nelle prime due settimane dall'evento acuto. I trattamenti di prevenzione consistono in prima istanza nel trattamento dei fattori di rischio modificabili, tramite cambiamenti nello stile di vita ed eventuali terapie farmacologiche. Nel caso dell'ictus ischemico è necessario anche introdurre terapie antitrombotiche che differiscono a seconda del sottotipo eziopatogenetico: terapia antiaggregante con acido acetilsalicilico o clopidogrel nell'ictus aterotrombotico; terapia anticoagulante orale con i farmaci anti vitamina K o con gli anticoagulanti diretti nell'ictus cardioembolico. Prima di iniziare la suddetta terapia è necessario valutare il rischio emorragico o se questo sia superiore a quello ischemico. Pazienti con ictus aterotrombotico e placche stenose il lume carotideo per il 50% o oltre (stenosi definita in base al rapporto fra diametro del vaso a livello della stenosi e diametro a valle dell'area stenotica) vanno trattati con intervento di endarteriectomia o con apposizione di stent. Tutti i pazienti che hanno sofferto di un evento cerebrovascolare acuto necessitano di uno stretto follow up, clinico e strumentale, sia neurologico che cardiovascolare ed internistico. Oltre all'ictus ischemico ed emorragico c'è il cosiddetto TIA (attacco ischemico transitorio) da non sottovalutare. Il TIA è dovuto a un coagulo di sangue che ostruisce temporaneamente un'arteria e blocca il flusso di sangue al cervello (ischemia transitoria). Si distingue tra TIA emisferico e TIA oculare, a seconda che le manifestazioni siano neurologiche o visive. Il primo è caratterizzato da paralisi e sensazioni di formicolio o intorbidimento localizzato al viso, arti o mani, generalmente solo su un lato del corpo. Inoltre può comparire afasia ossia difficoltà di parola o incapacità di capire quello che gli altri

stanno dicendo. Ancora nel TIA emisferico ci possono essere difficoltà a camminare, a restare in equilibrio o a compiere qualche passo in modo ordinato. Il TIA oculare comporta invece una diminuzione della vista (solitamente è interessato un solo occhio) con annebbiamento, visione sdoppiata o cecità quasi completa.

I SEGNALI DA NON TRASCURARE DELL'ISCHEMIA TRANSITORIA:

Ci sono alcuni indicatori specifici che fanno sospettare un'ischemia transitoria, tia. “Se per esempio compaiono disturbi come intorpidimento al viso o agli arti, occorre provare a sorridere oppure a sollevare entrambe le braccia. In caso di Tia il sorriso sarà una smorfia e solo una della braccia riuscirà a essere tesa davanti a sé. In presenza di vertigine, poi, non sarà possibile compiere alcun passo. In caso di afasia, è importante rivolgere alla persona qualche semplice domanda: se risponde, anche se in modo confuso, non c'è coinvolgimento neurologico, mentre se non è in grado di formulare una risposta o mostra di non capire quello che viene chiesto, probabilmente si tratta di Tia o di ictus .

CHE FARE IN CASO DI ATTACCO ISCHEMICO TRANSITORIO ?

Quando compaiono i sintomi iniziali dell'attacco ischemico transitorio, bisogna chiamare subito il numero dell'emergenza che provvede al trasferimento in ospedale, preferibilmente in reparti dedicati, le cosiddette Stroke Unit. Qui saranno eseguiti gli esami necessari e le terapie del caso. Tra le valutazioni importanti rientrano alcuni esami di laboratorio e alcune valutazioni di imaging come l'ecodoppler dei vasi sovraaortici per studiare le carotidi, le arterie che attraversano il collo portano il sangue al cervello, l'indagine è necessaria per escludere possibili restringimenti.

Vi sono **appositi test** da eseguire che controllano il processo di deglutizione ed **esami specifici** che appurano lo stato di salute delle vie aeree e digestive. A seguito di un'operazione importante in ospedale che abbia interessato il sistema nervoso o l'apparato cardiocircolatorio come anche gli apparati digerente e respiratorio, è prassi degli **infermieri professionali** eseguire degli **screening** per appurare l'eventuale presenza di disfagia.

Ad esempio, molto in uso, pratico e di pronta mano è il test dell'acqua con cui si somministrano al paziente prima un cucchiaino di acqua, poi mezzo bicchiere d'acqua fino ad un intero bicchiere d'acqua (se la persona è in grado di sopportarlo) e si fa

parlare il paziente a seguito della deglutizione, per valutare via via se ci si trovi in presenza di disfagia lieve, media, grave oppure assente.

Il processo di valutazione considera vari aspetti:

- controlla la respirazione e le secrezioni bronchiali che si formano;
- controlla la postura;
- controlla la voce e l'uso del linguaggio;
- controlla il livello di attenzione e delle capacità cognitive;
- controlla la gestione della saliva e dei residui orali e/o faringei.

Nel caso in cui vi sia un sospetto di disturbo da deglutizione in atto, si procede a delle **valutazioni specifiche clinico-strumentali**, completate da **indagini strumentali** come la **Fibroendoscopia (FEES)** con prove di deglutizione di diverse consistenze di alimenti, o la **Videofluoroscopia (VFS)** eventualmente associata ad un **esofagramma con bario**.

La **Videofluoroscopia** consente di vedere il movimento muscolare e il comportamento del bolo durante la deglutizione. In alternativa è indicato l'uso della **laringoscopia indiretta** che permette l'osservazione dell'orofaringe, dell'epiglottide e delle corde vocali. Il programma di riabilitazione identificato, spetta poi nella maggior parte dei casi al **logopedista**. Con lui possono collaborare altre figure come il **fisioterapista**, il **dietista** o il **nutrizionista**.

Le cure per la disfagia sono ampie come ampia è la casistica diagnostica. Nel caso si tratti di una disfagia orofaringea (quando la difficoltà di transito riguarda deglutizione e passaggio del cibo dall'orofaringe all'esofago) il medico può indirizzare da un neurologo, per effettuare altri test diagnostici. Inoltre potrà consigliare uno specialista per la terapia di deglutizione, che include esercizi per il coordinamento dei muscoli e per stimolare i nervi e apprendimento di tecniche di deglutizione. Nel caso della disfagia esofagea (quando la difficoltà di transito riguarda il passaggio attraverso l'esofago in direzione dello stomaco) si può ricorrere a dei farmaci, soprattutto quando il problema è determinato dal reflusso gastroesofageo. C'è anche l'approccio chirurgico, se si tratta di un tumore all'esofago, o la possibilità della dilatazione, che viene praticata per mezzo di un endoscopio, in grado di allungare ed espandere la larghezza dell'esofago. Nel caso in cui il problema sia particolarmente grave, impedendo al soggetto di mangiare e bere in modo adeguato, si possono

consigliare delle diete speciali liquide, per evitare la perdita di peso e la disidratazione. A volte è necessario ricorrere anche ad un sondino nasogastrico, per saltare il meccanismo di deglutizione.

Tali problemi di deglutizione sono generalmente risolvibili con un logopedista che suggerirà quali cibi è meglio assumere, integratori per contrastare deficit nutrizionali, quali posture assumere. E' consigliabile assumere alimenti morbidi a piccoli bocconi, evitando cibi secchi o con consistenza mista e preferendo cibi morbidi come creme, yogurt, budini o formaggi freschi.

1.2: EPIDEMIOLOGIA

L'ictus cerebrale costituisce la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale, e la prima causa di disabilità negli anziani. Nel 35% dei pazienti colpiti da ictus, globalmente considerati, residua una disabilità grave. La prevalenza dell'ictus cerebrale aumenta con l'età. Dal 1990 al 2010 la prevalenza dell'ictus cerebrale ha subito un progressivo aumento; I dati più recenti, riferiti all'anno 2013, indicano, a livello mondiale, una prevalenza di 4,9 % per l'ictus ischemico e di 1,9 % per l'ictus emorragico. In Italia, la prevalenza generale dell'ictus cerebrale è pari a 6,5%. L'incidenza dell'ictus cerebrale aumenta con l'età. I soggetti neri, afroamericani ed asiatici hanno un rischio di ictus maggiore rispetto ai soggetti di razza bianca. I tassi di incidenza grezzi a livello mondiale oscillano tra 144 e 373/100.000/ anno. In Italia l'incidenza grezza oscilla tra 144 e 293/100.00/anno. L'incidenza dell'ictus, globalmente considerato nell'età giovanile (età inferiore a 45 anni) è pari a circa 7/100.000/anno. L'ictus cerebrale si colloca tra le prime tre cause di morte nei paesi industrializzati e costituisce la principale causa di morte cardiovascolare in quasi tutti i paesi, compresa l'Italia. La mortalità risulta più alta per le emorragie subaracnoidee ed intraparenchimali rispetto agli ictus ischemici. La mortalità acuta nell'ictus lacunare è bassa. L'ictus ischemico è il principale sottotipo di ictus (80% dei casi); le emorragie intraparenchimali costituiscono meno del 20% dei casi e le emorragie subaracnoidee meno del 5 % del totale. Nei soggetti asiatici la frequenza percentuale dell'emorragia cerebrale è quasi doppia rispetto a quella osservata nei caucasici. L'età media all'esordio dell'ictus è globalmente più elevata per gli ictus ischemici; le emorragie subaracnoidee si verificano in età più giovanile e le emorragie intraparenchimali si situano in una posizione intermedia. La distribuzione delle diverse forme di ictus

cerebrale varia con l'età. Nei soggetti di età inferiore ai 45 anni è caratterizzata da una maggiore percentuale (40-45%) di ictus emorragici. Gli infarti cerebrali e le emorragie intraparenchimali sono leggermente più frequenti nei maschi, mentre l'emorragia subaracnoidea prevale nelle femmine con rapporto M:F pari a 0,87. L'emorragia intracerebrale costituisce il 6-20% di tutti gli ictus cerebrali. Le emorragie primitive costituiscono il 78% circa della totalità delle emorragie intracerebrali, mentre le forme secondarie il restante 22%; le emorragie primitive sono più frequenti delle secondarie a tutte le età con l'eccezione dei giovani; l'incidenza delle emorragie primitive è pari a 19/100.000/anno, mentre l'incidenza delle emorragie secondarie è pari a 6/100.000/anno. Circa l'80% delle emorragie intracerebrali primitive è attribuibile a compromissione dei piccoli vasi cerebrali. L'età media all'esordio dell'emorragia intracerebrale, secondo dati recenti, è maggiore per le emorragie lobari rispetto a quelle in sede profonda (79 vs 76 anni). L'emorragia subaracnoidea è responsabile del 5% circa di tutti gli ictus. La principale causa di emorragia subaracnoidea è la rottura di un aneurisma intracranico, responsabile dell'80% circa dei casi. L'età media all'esordio è pari a 50 anni. L'incidenza di emorragia subaracnoidea è maggiore nelle femmine e l'appartenenza a razze diverse da quella bianca sembra costituire un fattore di rischio.

1.3 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

L'accertamento infermieristico è una raccolta di dati a scopo infermieristico che viene svolta sottoponendo ad una intervista paziente, familiari e persone care. E' in questa fase del processo di nursing in cui emergono i problemi di salute reali o potenziali dell'utente necessari per erogare un'assistenza infermieristica di alta qualità. L'infermiere è l'unico responsabile di questo processo ed è suo compito raccogliere le informazioni esaurientemente. - Baldwin, D. R. (2005) Implementation of computerized clinical documentation, Home Health Care Management and Practice.- L'accertamento mirato raccoglie dati su un problema già identificato. Questo tipo di accertamento ha uno scopo più specifico e si realizza in un tempo più breve dell'accertamento iniziale. Nell'accertamento, l'infermiere determina se il problema esiste ancora, e se lo status del problema è cambiato. Questo accertamento comprende anche la valutazione di ogni problema nuovo, trascurato o mal diagnosticato. In un'unità di cure intensive l'infermiere può eseguire un accertamento mirato ogni pochi minuti. - Hinshaw, A. S., (2000) Nursing knowledge for the 21st century. Opportunities and challenges. Journal of nursing scholarship- .

CAPITOLO SECONDO

1.2 Fisiopatologia della Deglutizione

La deglutizione è l'abilità di convogliare sostanze solide, liquide, gassose o miste dall'esterno allo stomaco. La deglutizione è un atto neuromuscolare complesso che si lega indissolubilmente alla funzione respiratoria e condiziona fortemente altre funzioni vitali (deglutizione, respirazione, fonazione, articolazione).

La regolazione centrale di tale funzione avviene a livello bulbare, è controllata dai centri corticali e sottocorticali e dalla sensibilità proveniente dagli effettori periferici ed è sincrona con quella del centro del respiro.

Per meglio comprendere questo complesso atto neuromuscolare si è soliti suddividere la deglutizione in 5 fasi che caratterizzano sia il livello che la diversa funzione dei tratti coinvolti.

- Fase 0 – preparazione extraorale del cibo: comprende tutte quelle funzioni che coadiuvano la fase di preparazione orale (1) ed orale (2). Essa fa riferimento alle tecniche di manipolazione (selezione, cottura, frantumazione, associazione tra diverse consistenze) che rendono fruibili alimenti vari in diverse età e stati clinici e che a volte vicaria la stessa fase di preparazione orale attraverso la preparazione di cibi frullati od omogeneizzati. A questa fase compete inoltre la funzione di preparare tutte le strutture deglutitorie e digestive a svolgere al meglio la loro funzione attraverso gli input sensoriali di vista, olfatto che associati alla memoria modificano la secrezione salivare e gastrica ed il tono della muscolatura liscia e striata. Alla associazione vista-olfatto-memoria è legata anche una funzione protettiva dalla introduzione di alimenti nocivi. Non trascurabile, specialmente nelle età estreme quando la funzione appetitiva del cibo può venire a mancare, è anche la funzione posturale che si realizza come avvicinamento all'alimento e preparazione all'accoglienza.

- Fase 1 – buccale o di preparazione orale: l'alimento viene introdotto attraverso le labbra (primo sfintere) che con il loro sigillo hanno la funzione di evitare cadute extraorali, viene esplorato ed elaborato dalla lingua, viene trasportato nella regione retrocanina per la masticazione e viene trasformato in bolo. I momenti caratterizzanti questa fase sono la salivazione e la triturazione del cibo attraverso la masticazione. I pattern motori variano a seconda della consistenza, viscosità e temperatura del cibo e

coinvolgono i seguenti gruppi muscolari:

- chiusura dello sfintere labiale per contrazione dell'orbicolare
- movimento laterale e rotatorio della mandibola per azione sinergica dei muscoli
- elevatori della mandibola (temporale, massetere e pterigoidei) in sincronia con gli antagonisti (sovra e sottoioidei)

La Disfagia: dalla Diagnostica all'Approccio Terapeutico-Diagnostico 7

- - movimenti laterali e rotatori della lingua
- - anteriorizzazione del palato molle ad opera del m. palatoglosso con riduzione della cavità orofaringea e riduzione del rischio di caduta di parti di alimento in faringe (caduta predeglutitoria)
- La lingua rappresenta indubbiamente l'elemento chiave di tutta la fase buccale sia nel fine controllo dell'alimento durante i ripetuti cicli masticatori che nella detersione del cavo orale dai detriti residui che nella veicolazione del bolo. La lingua circonda il bolo creando un solco centrale e rialzando i bordi e lo tiene nella parte centrale-anteriore del palato pronta ad iniziare la fase successiva.
- Fase 2 - orale: il bolo preparato viene sospinto dalla lingua verso l'istmo delle fauci con un movimento di schiacciamento antero-posteriore della lingua contro il palato duro e sollevamento dei bordi linguali sulla faccia orale dell'arcata dentale superiore. Lo sfintere labiale rimane chiuso ed aumenta il tono della muscolatura buccale per evitare cadute di cibo nei solchi laterali. Quando il bolo raggiunge l'istmo delle fauci si elicit il riflesso della deglutizione e si conclude il controllo volontario del processo deglutitorio.
- Fase 3 – faringea: è la fase più complessa e critica della deglutizione, inizia quando il bolo supera lo sfintere palatoglosso e si conclude, dopo circa un secondo, con il superamento dello sfintere crico-faringeo o esofageo superiore. L'elicitazione del riflesso della deglutizione determina una sequenza di funzioni motorie coordinate che si susseguono a cascata e consentono la progressione del bolo verso l'esofago.

Se non apertura dello sfintere palatoglosso con passaggio del bolo in faringe chiusura dello sfintere velo faringeo per evitare la fuga di cibo in rinofaringe inizio della peristalsi faringeo con contrazione dei costrittori faringei superiore e medio e “spremitura” del bolo verso il basso elevazione dello ioido e della laringe con chiusura dello sfintere laringeo costituito da ribaltamento dell’epiglottide ed adduzione delle corde vocali vere e false apertura dello sfintere crico-faringeo viene elicitato il riflesso della deglutizione non vengono innescate le sequenze motorie descritte. La lingua può comunque sospingere il bolo in faringe ma esso si arresterà a livello delle vallecule glosso-epiglottiche con forte rischio di penetrazione nelle vie aeree. La fase faringeo è il momento più critico e più indagato dell’intero ciclo deglutitorio perché è durante questa fase che si possono verificare inalazione di alimento nella via aerea con gravi conseguenze sulle funzioni vitali del soggetto.

- Fase 4 – esofagea: è caratterizzata dalla formazione di onde peristaltiche della muscolatura liscia dell’esofago che si innescano con direzione cranio-caudale dopo l’apertura dello sfintere crico-faringeo (esofago superiore) e trasportano il bolo fino allo sfintere esofageo inferiore in un tempo variabile tra 8 e 20 secondi.
- Fase 5 – gastrica: il superamento dello sfintere faringeo inferiore trasporta il bolo all’interno dello stomaco dove subisce una ulteriore trasformazione mediata dalla secrezione gastrica e dall’azione della muscolatura liscia che esercita contrazioni coordinate mantenendo la contrazione tonica degli sfinteri pilorico ed esofageo inferiore. Alterazione di tono sfinteriale possono generare fenomeni di reflusso gastro-esofageo con non rare patologie flogistiche delle vie aeree superiori, spasmi glottici o aspirazioni.

La deglutizione si diversifica, specie nella sua fase orale, a seconda dell’età in:

- deglutizione adulta: è la fenomenologia deglutitoria a cui ci si riferisce di norma quando si parla di fisiopatologia della deglutizione. Alla deglutizione dell’adulto si riferiscono pertanto le sequenze, le tempistiche e le problematiche appena descritte.
- deglutizione neonatale ed infantile o pedofagia: la deglutizione infantile presenta caratteristiche peculiari indotte dalle modificazioni anatomiche e fisiologiche che si verificano durante la crescita. Già intorno alla 11[°] settimana di età gestazionale, dopo la formazione del palato e la fusione del setto nasale e dei processi palatini, compaiono i

primi atti deglutitori che diventano vera suzione solo intorno alla 18- 24° settimana parallelamente alla formazione del surfactant respiratorio. La suzione progressivamente si consolida e si coordina con la deglutizione tanto che il feto deglutisce quotidianamente circa la metà del liquido amniotico in cui è contenuto, ma solo intorno alla 32-34° settimana la suzione diventa funzionale all'allattamento al seno. Nel periodo fetale la circolazione placentare e l'assenza di respirazione polmonare non necessitano della coordinazione tra deglutizione e respirazione che sarà invece il punto focale della deglutizione successiva. Nei primi sei mesi di vita l'alimentazione avviene esclusivamente per suzione di latte dal seno materno o dalla tettarella del biberon. In tale periodo la suzione (suckling) avviene per spremitura delle arcate edentule sul capezzolo con movimenti linguali antero-posteriori, relativa ipotonia della muscolatura labiale e facciale, complesso iodo-laringeo fisso in posizione elevata favorito dalla posizione anatomica alta della laringe (C2). Alla nascita inizia il compito di coordinamento tra suzione, deglutizione e respirazione: la deglutizione sembra essere la funzione primaria in rapporto 1/1 con la suzione e con la respirazione ma mentre il coordinamento tra suzione e deglutizione, ampiamente sperimentato nel periodo fetale, si realizza costantemente, talvolta la coordinazione tra quest'ultima e la respirazione necessita di un breve periodo di rodaggio a scapito della buona respirazione. Caratteristica significativa della deglutizione neonatale è la presenza di riflessi orali quali il morso fasico, la protrusione e rotazione linguale, la rotazione del capo, che andranno in proscrizione dopo i 6-12 mesi. La presenza di riflessi orali è talvolta di grande aiuto nella riabilitazione deglutitoria neonatale quando si verificano difficoltà di accoglienza orale o di elaborazione orale di alimento. Al contrario l'eccessivo protrarsi della loro presenza induce la necessità riabilitativa della loro soppressione. Dopo i sei mesi il pattern di suzione si modifica in relazione ai cambiamenti anatomici che intercorrono in tale periodo. La muscolatura labiale si irrobustisce e viene utilizzata a ventosa intorno alla tettarella, si riducono i movimenti mandibolari e la lingua, più libera in una cavità più grande, si muove in senso supero-inferiore creando una pressione negativa all'interno del cavo orale (sucking) sostenuta dalla mobilità del complesso iodo-laringeo e dall'abbassamento della laringe che segue la posizione eretta. Intorno ai sei mesi iniziano dentizione e lallazione e l'alimentazione a cucchiaio con incremento delle consistenze dei preparati. La fine della alimentazione con tettarella o al seno si colloca intorno all'anno e tra i 3 e i 6 anni la masticazione raggiunge la completa maturazione. Entro i 6 anni la fase buccale, orale e la spinta linguale

dovrebbero assumere le caratteristiche dell'adulto con enormi variabili interpersonali e rilevamenti di deglutizione infantile anche nella popolazione adulta.

- **deglutizione senile o presbifagia:** a differenza della età evolutiva, la deglutizione nell'anziano non subisce sostanziali variazioni fenomenologiche. Tuttavia i dati epidemiologici affermano una forte prevalenza di diversi gradi di disfagia nella popolazione anziana sostenuti probabilmente dalla minore efficienza neuromotoria e muscolare con allungamento delle fasi critiche della deglutizione. La fase orale aumenta mediamente del 50% e diminuiscono gli atti deglutitori a causa di un aumento del tempo di elevazione ioidica durante la fase faringea con indebolimento nell'accoppiamento tra le due fasi e stasi di alimento nelle vallecule glosso-epiglottiche. E' inoltre noto il fisiologico declino delle funzioni olfattiva e gustativa che investe la fase di preparazione extraorale e la riduzione della efficacia masticatoria per modificazione della struttura dentale che induce il soggetto anziano a preferire consistenze sempre meno solide.

Con il termine disfagia si indica un disturbo della deglutizione, osservabile sia in soggetti con patologie neurologiche che muscolari, che si manifesta comunemente nel 30-45% dei pazienti colpiti da ictus, oltre che in quelli con malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia dei motoneuroni e sclerosi multipla. Si tratta di un disturbo particolarmente diffuso tra i soggetti anziani, sia come conseguenza dell'indebolimento dei muscoli della mascella e della perdita di denti che talora come effetto collaterale della somministrazione di alcuni farmaci. In riabilitazione neurologica, la disfagia rappresenta una condizione di frequente riscontro che, oltre ad indurre malnutrizione, può essere responsabile sia di aspirazione silente, con rischio elevato di insorgenza di polmoniti da aspirazione, che di morte improvvisa per soffocamento. Il presente manuale intende quindi rappresentare uno strumento in grado di fornire ai familiari e caregiver elementi conoscitivi utili per un'assistenza ottimale del paziente disfagico.

La **disfagia** è un termine medico per definire la difficoltà di passaggio di cibi e bevande dalla bocca allo stomaco. Questo fenomeno è più frequente negli anziani, ma le cause che possono provocarla sono molteplici e possono insorgere a qualsiasi età. Può derivare da problemi occasionali, come una masticazione scorretta, o dipendere da alcune patologie che richiedono trattamenti specifici. I **disturbi della masticazione** si stima riguardino circa **l'8% della popolazione mondiale** e la percentuale sale all'**11-**

16% negli anziani. La **somministrazione della terapia orale** diventa un processo assistenziale estremamente complesso nei pazienti che presentano **difficoltà nella deglutizione**. Inoltre, **molti farmaci non possono essere triturati per agevolare l'assunzione**.

Tipologie di disfagia

L'apparato di deglutizione è composto da diverse parti: la faringe, lo sfintere esofageo superiore, l'esofago e lo sfintere esofageo inferiore, che lavorano come un sistema integrato trasportando il materiale dalla bocca allo stomaco. Un'ostruzione fisica o disturbi che interferiscono con la funzione motoria (come la disfagia) possono influenzare il sistema.

Esistono principalmente due tipologie di disfagia:

- esofagea
- orofaringea

La **disfagia esofagea** è difficoltà ad iniziare la deglutizione e far passare il cibo dalla bocca all'esofago. Può essere causata da un disturbo della motilità o da un'ostruzione meccanica.

La **disfagia orofaringea** è invece la difficoltà nel passaggio di cibo nell'esofago e può essere causata da un'anomalia funzionale a monte dell'esofago. Può comparire in pazienti con patologie neurologiche (ictus), morbo di Parkinson, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica) o disturbi muscolari che colpiscono i muscoli scheletrici, come la distrofia muscolare.

Entrambe le forme possono determinare alcune complicanze, in particolare **l'aspirazione di materiale ingerito**. Questa può determinare una polmonite acuta, mentre, se ricorrente, può provocare una patologia respiratoria cronica. Complicanza che, con il passare del tempo, può portare ad uno stato di malnutrizione e/o disidratazione.

Inoltre l'assistito può presentare:

- **disfagia ai solidi**: quando la difficoltà di transito riguarda i solidi, ma non i liquidi
- **disfagia ai semiliquidi o liquidi**

- **disfagia a solidi e liquidi**

Gravità della disfagia	Strategie di Trattamento
Disfagia lieve	Richiede capacità di masticazione e deglutizione. In questa fase sono ancora tollerati alimenti con differenti consistenze. Non sono tollerati i cibi a consistenza dura. I liquidi sono tollerati. Rappresenta una dieta di transizione.
Disfagia lieve-moderata	Richiede capacità di masticazione e possono essere tollerate consistenze differenti. Tollerati cibi di consistenza soffice o tritati con pezzi non superiori a circa ½ cm e preferibilmente amalgamati. I liquidi possono essere tollerati.
Disfagia moderata-grave	Gli alimenti devono essere finemente tritati e la consistenza deve essere omogenea; devono presentarsi ben amalgamati (consistenza tipo purea/ budino). I liquidi richiedono addensante.
Disfagia grave	Incapacità ad assumere cibo. Nutrizione enterale.

Tabella 1- Elenco delle più comuni cause di disfagia

Le più significative cause di disfagia	
IATROGENE	
Effetti collaterali di terapie farmacologiche (chemioterapia , neurolettici)	Radiazione Corrosiva(Lesione da pillole, intenzionale)
INFETTIVE	
Difterite	Sifilide
Botulismo	Mucosite (Herpes, Cytomegalovirus, Candida)
Morbo di Lyme	
METABOLICHE	
Amiloidosi	Tireotossicosi
Sindrome di Cushing)	Morbo di Wilson
MIOPATICHE	
Malattie del connettivo	Distrofia oculofaringea
Dermatomiosite	Poliomiosite
Miastenia Gravis	Sarcoidosi
Distrofia Miotonia	Sindromi paraneoplastiche
NEUROLOGICHE	
Tumori del tronco dell'encefalo	Poliomielite
Trauma Cranico	Sindrome post pollo
Stroke	Discinesia tardiva
Paralisi cerebrale	Encefalopatie metaboliche
Sindrome di Gullain Barrè	Sclerosi laterale amiotrofica
Morbo di Hungtinton	Morbo di Parkinson
Sclerosi Multipla	Demenza

STRUTTURALI	
Barra circo faringea	Tumori orofaringei
Diverticolo di zenker	Osteofiti ed anomalie schlerotiche
Cicatrici cervicali	Malformazioni congenite (palatoschisi, diverticoliti)

Fonte: American Gastroenterological Association

Segni di rischio della disfagia :

Condizioni favorenti l'insorgenza della disfagia

Di seguito vengono elencate le condizioni che favoriscono l'insorgenza della disfagia:

- alterato livello di coscienza;
- riduzione delle abilità cognitive;
- aumento dell'impulsività e dell'agitazione;
- uso di farmaci come psicotropi, neurolettici, antidepressivi, anticolinergici e fenotiazine;
- iperestensione del rachide cervicale;
- interventi ricostruttivi di capo e collo;
- intubazione prolungata.

Segni di rischio :

Alcuni segni, se compaiono più volte nel corso del pasto o in più pasti nel corso della settimana, possono essere indicativi di un tipo di alimentazione non sicura. In questo caso è necessario avvertire il personale sanitario e, su parere del medico curante, eventualmente modificare, pro tempore, la consistenza del pasto, fino alla valutazione-visita da parte del fisiatra per la definizione diagnostica. Ecco i principali segni a cui prestare seria attenzione:

- tosse durante o subito dopo la deglutizione del cibo;
- fuoriuscita di cibo dal naso;
- voce gorgogliante (come se ci fosse del liquido intorno alle corde vocali) nonostante le manovre di tosse volontaria e deglutizione a vuoto;
- particolare stanchezza, alterazione dell'attenzione e/o perdita di concentrazione (la persona appare agitata o eccessivamente affaticata). Inoltre, altri segni più evidenti nelle ore che seguono il pasto sono:

- aumento della salivazione;
- comparsa di tosse o secrezioni dopo il pasto;
- presenza di frequente rialzo febbrile.

Se questi segni compaiono costantemente dopo i pasti è bene avvertire il personale infermieristico e il medico di medicina generale per l'avvio del percorso clinico-organizzativo- assistenziale.

Le principali complicanze della disfagia sono l'aspirazione tracheo-bronchiale, la polmonite ab ingestis, la malnutrizione e la disidratazione: a questi due ultimi aspetti si possono associare disturbi del comportamento e diminuzione delle difese immunitarie.

Un aspetto a cui è necessario prestare maggiore attenzione è quello legato alle restrizioni sociali del paziente disfagico e alla conseguente compromissione della qualità di vita (Gustafsson et al, 2006)

La disfagia è un vero e proprio handicap: è sempre più chiara la relazione tra disfagia e riduzione di attività psicologiche e sociali e il conseguente peggioramento della qualità della vita come espressione di riduzione di autostima, sicurezza, capacità lavorativa e svago (Ekberg et al, 2008).Oltre a rappresentare un problema debilitante e costoso dal punto di vista sociale per pazienti e familiari, la disfagia è causa di numerosi ricoveri ospedalieri, anche ripetuti nel tempo (MartinHarris, 2008).

La gestione della disfagia orofaringea è complessa e costosa, e richiede sia nella fase diagnostica sia in quella terapeutica un'ampia rete di esperti, costituita da medici specialisti e da altro personale sanitario, strutture e attrezzature dedicate (strumentazione diagnostica, aspiratore, materiali di gestione, altro).

La gestione si basa su una adeguata diagnosi medica e terapia della malattia che ha determinato la disfagia, evitando le possibili complicanze; parallelamente è necessario scegliere la migliore via di alimentazione del paziente (per os, enterale, parenterale).

Un'adeguata gestione della disfagia riduce il rischio di complicanze ed i costi ad esse associate. Nei casi in cui non è possibile attuare alcuna terapia medica o chirurgica per risolvere il deficit deglutitorio, la riabilitazione logopedica costituisce uno degli elementi rimediativi fondamentali; esistono infatti alcuni studi che dimostrano l'efficacia della riabilitazione logopedica nella disfagia

(DePippo et al, 2009, Kasprisin et al, Martens et al, 2008). Il logopedista viene spesso coinvolto nella gestione di questo tipo di disturbo da medici generici o da specialisti di vario genere (foniatra, fisiatra, otorinolaringoiatra, neurologo, geriatra,

gastroenterologo). Negli U.S.A. il 47% dei logopedisti lavora con persone disfagiche; negli ospedali e nelle strutture residenziali questa proporzione sale rispettivamente al 92% e al 100 % (ASHA,2001). Gli interventi sul paziente disfagico presentano nel nostro paese un'ampia variabilità nella pratica clinica con necessità di ridurre comportamenti eterogenei o di migliorare comportamenti omogenei. La disomogeneità deriva dalla mancanza, già a livello internazionale, di riferimenti standard per la valutazione e dalla scarsa disponibilità di studi, oltre che dall'insufficiente personale qualificato nelle diverse strutture. La disfagia è spesso sottovalutata e non è prassi consolidata eseguire test di screening tra la popolazione a rischio per scarsa conoscenza delle procedure o del razionale: ciò comporta la non messa in atto di tutti i provvedimenti necessari a prevenire le sequele e le complicanze.

Non per ultimo va ancora sottolineato il grande impatto e il rischio che la presa in carico del paziente disfagico rappresenta per la professione foniatrico logopedica, con conseguenti implicazioni di ordine deontologico, clinico, giuridico che possono derivare dalla mancata appropriatezza degli atti. Le implicazioni di vario ordine aumentano se si considera che, rappresentando nel nostro paese un ambito di intervento relativamente giovane il quadro disfagia, seppur riconducibile in base al quadro normativo nazionale (Legge n 42/99), non è esplicitamente incluso nel Profilo Professionale del Logopedista, con conseguenti situazioni di criticità e abuso da parte di altre figure sanitarie da contrastare nel rispetto del Diritto alla Salute del cittadino.

Diagnosi

Per un inquadramento diagnostico dei disturbi di deglutizione nell'anziano e dell'adulto grave disabile, dopo la visita da parte del medico di diagnosi e cura (MDC) e/o medicina generale (MMG), è necessario attivare la consulenza del medico specialista. Escluse le patologie di capo e collo di pertinenza oncologica e/o otorinolaringoiatrica, il MMG/MDC, richiede la consulenza del medico fisiatra (MF). Al MF arriva la richiesta di "visita fisiatrica per valutazione disfagia", su ricetta del Servizio Sanitario Regionale (SSR) dove vanno debitamente esplicitati i dati anagrafici, anamnestici, le patologie in atto. Il MF, visitato il paziente, pone diagnosi di disfagia utilizzando la testistica dedicata e ne stabilisce la gravità.

Indicazioni terapeutiche

Le indicazioni terapeutiche sono contenute all'interno del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI). Il PRI può prevedere come obiettivi:

- le modifiche delle posture con l'attivazione del fisioterapista e la prescrizione di ausili;
- la variazione delle modalità di assunzione del cibo e della via di somministrazione dei nutrienti anche con la collaborazione del logopedista e della dietista;
- l'indicazione a prodotti nutrizionali tramite collaborazione/attivazione del medico nutrizionista e la prescrizione di ausili;
- l'eventuale approfondimento diagnostico del caso con la richiesta di esami strumentali.

2.2: Complicanze

Tra le maggiori complicanze legate alla disfagia vi sono la malnutrizione e conseguente perdita di peso, la disidratazione e l'aspirazione polmonare; Quest'ultima è riportata essere la causa principale di morbidità e di morte nei pazienti parkinsoniani affetti da difficoltà deglutitoria (Pitts et al, 2008) (Mu et al, 2012) (Michou et al, 2013) (Luchesi et al, 2015) (Martinez-Ramirez et al, 2015). “La polmonite da aspirazione è caratterizzata dall'ustione chimica dell'albero tracheobronchiale e del parenchima polmonare dovuta all'acidità del contenuto gastrico, seguita da un'intensa reazione infiammatoria parenchimale” (Gaita et al, 2008). Essa si evidenzia nel 25-50% dei pazienti (Mu et al, 2012) e può verificarsi anche in assenza di evidente disturbo deglutitorio o segno esterno che allerti i caregivers e denominarsi “aspirazione silente”, la quale colpisce il 15-30% dei pazienti (Modena et al, 2009). Gli episodi di aspirazione polmonare si manifestano frequentemente a causa dell'inefficienza dei meccanismi di protezione delle vie aeree quali la tosse, i muscoli faringei, laringei e respiratori (Gasparim et al, 2011). Infatti, nei pazienti parkinsoniani si rileva la difficoltà ad eseguire inspirazioni profonde a causa della rigidità della parete toracica, diminuendo così la capacità di generare un flusso espiratorio necessario ad eseguire colpi di tosse efficaci (Pitts et al, 2008). Gli episodi di aspirazione polmonare costituiscono quindi una delle principali cause di ospedalizzazione per tali pazienti i quali sono 3,8 volte più esposti al rischio di polmonite d'aspirazione rispetto la popolazione generale (Martinez-Ramirez et al, 2015). Il 70% delle morti nei pazienti parkinsoniani si può attribuire alla polmonite d'aspirazione (Martinez-Ramirez et al, 2015). Quest'ultima rappresenta un evento multifattoriale causato da una scarsa igiene del cavo orale, alterate difese immunitarie e da una riduzione della funzionalità polmonare (Kalf et al, 2012). 2.1.5 Le

informazioni ai pazienti ed ai loro caregivers riguardo la disfagia e la prevenzione della polmonite d' aspirazione "L'assistenza al paziente disfagico richiede un approccio multidisciplinare da parte di infermieri e caregivers formati alla rilevazione di segni/sintomi di disfagia orofaringea al momento del pasto" (Walshe, 2014). E' responsabilità dell'infermiere educare il caregiver in modo che abbia le conoscenze e le capacità tali da alimentare in sicurezza il malato disfagico. In letteratura viene riportato l'effetto positivo dei programmi di educazione sia sulle competenze infermieristiche che sulla soddisfazione del paziente (Ramritu et al, 2000). In uno studio-controllo avente lo scopo di rilevare il grado di compliance dei caregivers di 27 pazienti con deficit cognitivo rispetto le raccomandazioni logopediche, si evidenzia un livello totale di compliance pari all' 82%. Le aree di compliance indagate sono l'uso di utensili adeguati, l'adozione di una postura corretta, l'assistenza al momento del pasto, la preparazione di cibi e l'adozione di tecniche di supporto diretto. Le due aree in cui i caregivers si sono maggiormente attenuti alle raccomandazioni logopediche sono l'adozione di una postura corretta (90%) e di tecniche di supporto diretto (ad esempio: dove far sedere il malato, come angolare il cucchiaio per imboccare il malato e come sostenere il mento durante il pasto) (100%) (Crawford et al, 2007). In un altro studio condotto da Chadwick et al (2002), riguardante la conoscenza dei caregivers rispetto le strategie di assistenza logopedia (modificazioni dietetiche, uso di utensili, tecniche di istruzione verbale, postura) al paziente disfagico con deficit cognitivo, si è rilevato come la strategia più conosciuta (77,29%) e a cui i caregivers aderiscono maggiormente (89,68%), sia l'adozione di modificazioni dietetiche. Le strategie meno conosciute (24,63%) e quindi meno adottate (64,35%) invece sono le tecniche di istruzione verbale. Gli aspetti educativi per i pazienti ed i caregivers suggeriti in letteratura sono: "Tecniche di alimentazione efficaci e sicure, misure di emergenza antisoffocamento come la manovra di Heimlich, informazioni sulla dieta e la disfagia, postura, informazioni essenziali sulla deglutizione in sicurezza, segni di nutrizione e idratazione adeguata" (Ramritu et al, 2000). In letteratura vengono indicate alcune informazioni essenziali di cui i caregivers ed i pazienti dovrebbero essere a conoscenza, ma tuttavia non vi sono studi che indicano il livello di informazione degli stessi rispetto ogni tecnica specifica di assistenza. Le tecniche di assistenza si suddividono in tecniche di terapia compensatoria (o tecniche dirette) e tecniche di terapia riabilitativa (o tecniche indirette) (Walshe, 2014). Quest'ultime hanno lo scopo di migliorare la forza e la mobilità delle strutture deglutitorie coinvolte (Felix et al, 2008). Innanzitutto si

analizzeranno le tecniche terapeutiche compensatorie a cui si dovrebbe attenersi nell'alimentare in modo efficace e sicuro un paziente disfagico. In letteratura vengono indicate molteplici manovre posturali come ad esempio il capo flesso in avanti, flesso o ruotato lateralmente con il mento piegato verso il basso ed il tronco eretto e fermo (Gaita et al, 2008) (Feliz et al, 2008). Oltre alle manovre posturali, sono indicate le tecniche di modificazione del cibo e/o dei fluidi ed il conseguente adattamento dei metodi di alimentazione ed idratazione (Walshe, 2014). Essendo l'alimento liquido quello più difficile da gestire per un paziente disfagico (Gaita et al, 2008), in letteratura viene raccomandato di utilizzare gli addensanti in modo da ottenere liquidi della consistenza del nettare o del miele; Quest'ultima consistenza (il miele) risulta essere la più efficace per prevenire l'aspirazione di liquidi nei pazienti dementi o 7 affetti da malattia di Parkinson (Logemann et al, 2008). Gli alimenti consigliati quindi per un paziente disfagico sono gli alimenti semisolidi e/ o semiliquidi poiché "(...) consentono di ottenere una giusta scorrevolezza ed eliminano sia il lavoro di masticazione e soprattutto il rischio di soffocamento causato dall' ingestione di porzioni voluminose di cibo" (Gaita et al, 2008). Inoltre si preferiscono le piccole quantità di cibo poiché facilitano il transito del bolo e riducono il tempo di passaggio dello stesso (Gaita et al, 2008). Per quanto riguarda la temperatura del cibo, viene riportato che i cibi a temperatura diversa rispetto quella corporea non alterano la pressione a livello faringeo ed anzi, essa viene utilizzata "(...) come applicazione terapeutica per stimolare i recettori afferenti della deglutizione nei pazienti disfagici (...)"; Per quanto riguarda il sapore del bolo, si ritiene che un bolo aspro attivi maggiormente i centri deglutitori e quindi produca una deglutizione più forte e veloce (Modena et al, 2009). Infine i cibi da evitare poiché pericolosi e favorenti episodi di aspirazione sono gli alimenti filamentosi, a doppia consistenza, friabili, gli alcolici e la frutta secca e fresca non tritata (Gaita et al, 2008). Anche l'assunzione della terapia farmacologica per os dovrebbe essere attenta e scrupolosa da parte del paziente poiché le capsule o le compresse possono favorire il soffocamento accidentale o ristagnare a livello orale o esofageo portando ad una inadeguata efficacia terapeutica del farmaco (Modena et al, 2009). I farmaci per os infatti, se possibile, vanno polverizzati e poi aggiunti ad un composto omogeneo come la frutta frullata per essere assunti più facilmente (Gaita et al, 2008). Un'altra tecnica di terapia compensatoria è l'uso di istruzioni verbali da utilizzare mentre il malato porta il cucchiaino alla bocca. Esse riducono notevolmente la durata della fase orale ma non sono in grado di ridurre il numero medio di deglutizioni (Baijens and Speyer, 2009). Tra le

ultime tecniche di terapia compensatoria vi sono le manovre di emergenza (Felix et al, 2008), le quali si utilizzano durante un episodio di aspirazione. E' fondamentale quindi che i caregivers siano informati a riguardo poiché essi rappresentano una tra le figure più vicine al paziente. La disfagia aumenta il rischio di aspirazione (Palmer et al, 2008) ossia "(...) l'inalazione di contenuto orofaringeo o gastrico nella laringe e nel tratto respiratorio inferiore" (Gaita et al, 2008). Infatti, spesso, molti pazienti, essendo alimentati molto rapidamente (Terpenning, 2005) o in presenza di affaticamento e sonnolenza (Gaita et al, 2008), manifestano colpi di tosse come primo segnale di aspirazione ai caregivers (Terpenning, 2005). Da ciò si deduce che alimentare il malato immediatamente dopo lo svolgimento di attività fisica o in presenza di ridotta attenzione e concentrazione è una manovra imprudente. Risulta importante inoltre, durante il pasto, far eseguire colpi di tosse tra un boccone e l'altro per controllare la presenza di cibo in faringe. Nel momento in cui la difesa naturale dell'organismo non è sufficiente, si può intervenire dall'esterno con alcune manovre che possono aiutare il soggetto a liberarsi dall'ostruzione (Gaita et al, 2008). In caso di soffocamento è consigliato procedere alla rimozione manuale di residui di cibo a livello del cavo orale e di protesi dentarie se presenti, evitando di elevare il capo dell'assistito e ricorrendo alla manovra di Heimlich se si è in grado di eseguirla correttamente (Gaita et al, 2008). Essa consiste nel porsi alle spalle del paziente cingendolo con le braccia a livello dello stomaco e ponendo le mani chiuse a pugno a livello della fascia diaframmatica spingendo poi verso l'interno e verso l'alto in modo rapido e ripetuto per liberare l'assistito dall'ostruzione (Palmer et al, 2008). Una scarsa igiene del cavo orale, inoltre, aumenta il rischio di polmonite d'aspirazione (Terpenning 2005), per cui è fondamentale lasciare il malato in posizione semiseduta o seduta per almeno 15 minuti dopo il pasto e procedere poi alla pulizia del cavo orale e dell'eventuale protesi dentale per rimuovere residui di cibo ancora presenti (Gaita et al, 2008). Prima di somministrare liquidi al malato quindi, il cavo orale deve essere libero da residui alimentari. Risulta più sicuro, inoltre idratare il paziente con un cucchiaino per dosare meglio la quantità che assume (Gaita et al, 2008). Infine risulta necessario educare il caregiver ed il paziente al riconoscimento precoce dei segni/sintomi di disfagia e di aspirazione polmonare quali tosse durante i pasti, voce rauca, gorgoglio in gola, scialorrea, infezioni respiratorie nel tratto superiore, polmonite (Palmer et al, 2008), per i quali è necessario sospendere il pasto ed avvertire il personale sanitario. Per quanto riguarda le tecniche di terapia riabilitativa o indirette, esse sono ritenute efficaci in particolare per i pazienti parkinsoniani (Walshe, 2014). Questa

tipologia di tecnica terapeutica può essere utilizzata dagli operatori sanitari, i quali hanno il compito di informare i caregivers a tal riguardo, fin dall'inizio senza bisogno di somministrare cibo al paziente e consiste nell'esecuzione di esercizi di mobilità faringea, laringea, linguale, labiale, guancia e del palato molle (Felix et al, 2008). Dopo il training deglutitorio, la fase pre-motoria nei pazienti disfagici parkinsoniani diminuisce in modo significativo anche se gli esercizi vengono eseguiti una sola volta; Essi migliorano quindi la fase iniziale del riflesso deglutitorio in tali soggetti (Baijens and Speyer, 2009). Risulta quindi fondamentale informare adeguatamente i caregivers poiché nella maggior parte dei casi la rilevazione ed il trattamento del disturbo disfagico da parte dei professionisti sanitari vengono posti solamente dopo il primo episodio di polmonite d'aspirazione (Modena et al, 2009)

Le complicanze che caratterizzano la disfagia grave sono numerose.

La broncopolmonite è la complicanza più frequente e più temibile. Nel paziente disfagico si verifica il fenomeno dell' "ab ingestis", cioè del passaggio di cibo in laringe e poi nella via respiratoria. Spesso si tratta di pazienti dove il riflesso della tosse è scarso o assente, pertanto piccole quantità di cibo raggiungono i bronchi e determinano questa particolare forma di broncopolmonite.

Conseguenze importanti della disfagia sono la malnutrizione e la disidratazione. In molti pazienti disfagici si innescano problemi psicologici come la depressione.

Una delle più temibili complicanze è l'aspirazione tracheobronchiale. L'aspirazione tracheobronchiale è definita come l'inalazione di contenuti orofaringei o gastrici all'interno dell'albero polmonare. Le tre principali complicanze a cui può portare sono: polmoniti chimiche, risultanti dall'ingresso di liquidi gastrici nelle vie aeree; polmoniti ab ingestis, conseguenti ad aspirazione di sostanze contaminate da batteri; ostruzione acuta delle piccole o grandi vie aeree, che può portare a soffocamento ed evolvere in sindrome acuta da distress respiratorio e atelettasia polmonare. La disfagia si presenta come uno tra i principali fattori per il rischio di aspirazione, assieme agli alterati o assenti riflesso di tosse e sensazione di soffocamento.

2.3 TRATTAMENTO

Le cause di **disfagia** possono essere numerose e di diversa natura, quindi il trattamento varia a seconda delle cause (trattamento eziologico).

Nel caso in cui si riscontri una **disfagia di natura orofaringea** è consigliabile un controllo neurologico, in quanto potrà essere necessario, dopo i diversi accertamenti,

rivolgersi a specialisti della terapia di deglutizione (logopedista o esperto della rieducazione della deglutizione). Alcuni esercizi sono mirati e focalizzati ad aiutare la persona a coordinare meglio i muscoli della deglutizione, ma anche a stimolare i nervi deputati all'attivazione del riflesso. Nella **disfagia esofagea** gli interventi sono rivolti ad una dilatazione esofagea (anche per via endoscopica) oppure ad intervento chirurgico, soprattutto nel caso di neoplasie. Il **trattamento di natura farmacologica** è necessario per i soggetti affetti da malattie da reflusso gastroesofageo, oppure nei casi (es: restringimenti dell'esofago per anomalie della muscolatura intrinseca - acalasia) in cui si voglia favorire il rilassamento della muscolatura tramite farmaci miorilassanti (calcio-antagonisti). L'infermiere, responsabile dell'assistenza infermieristica, anche attraverso il lavoro in team accerta e favorisce l'uso di un'alimentazione speciale, a base ad esempio di liquidi o tramite l'uso di un **sondino naso-gastrico**.

In generale, nei casi meno gravi, può essere utile aumentare la frequenza dei pasti riducendone l'abbondanza e tagliando il cibo in piccoli pezzi, preferendo cibi più facili da deglutire ed evitando alcolici, tabacchi e caffeina, i quali contribuiscono a peggiorare il reflusso gastroesofageo che condiziona la disfagia iniziale. Pertanto la scelta dei tipi di alimenti è strettamente correlata al tipo e grado di disfagia, col fine di **ridurre il rischio di aspirazione**. È importante, in questa fase, tenere conto di gusti e preferenze del soggetto, delle eventuali patologie concomitanti e del suo stato nutrizionale, eventualmente avvalendosi di una consulenza del nutrizionista. Il grado di densità dei liquidi può essere modificato con l'aggiunta di addensanti. È preferibile scegliere una dieta con calorie e valori nutritivi elevati per compensare la ridotta assunzione di alimenti.

CAPITOLO TRE:

La gestione infermieristica

3.1 Accertamento infermieristico

L'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica e di fronte ad un paziente colpito da ictus che dopo la stabilizzazione della sua condizione clinica ad opera dell'unità operativa d'emergenza viene trasferito in altre Unità Operative di Neurologia, ha la responsabilità di prendere in carico l'utente. L'identificazione precoce e la richiesta di consulenza sono essenziali. Il ruolo dell'infermiere, in questo processo è osservare, valutare, monitorare e riferire. Per una precoce identificazione dei problemi di deglutizione sono necessari la conoscenza dei fattori di rischio e i segni di disfagia, insieme con l'osservazione delle abitudini nell'assunzione di pasti/bevande, la dieta ed i segni di una adeguata nutrizione e idratazione. Un individuo a rischio di avere problemi di deglutizione, deve essere segnalato a un medico professionista o logopedista per ulteriori valutazioni. Per evitare i rischi di aspirazione, l'assunzione orale deve essere negata fino a che un appropriato professionista sanitario abbia intrapreso la valutazione. Nelle situazioni in cui non è facilmente disponibile una valutazione (p.e. distanze geografiche, particolari fasce orarie, lungodegenze), infermieri qualificati possono essere istruiti ad eseguire uno screening valutativo per la deglutizione al fine di identificare i segni di disfagia. Sono stati sviluppati strumenti di screening e protocolli prestabiliti per aiutare gli infermieri nella loro valutazione, e includono i seguenti punti:

- Livello di coscienza e vigilanza
- Consapevolezza, orientamento, memoria, livello attentivo e impulsività
- Terapia farmacologica
- Forza, movimento e simmetria dei muscoli facciali, lingua e muscoli orali;
- Qualità della voce e del linguaggio;
- Riflesso della tosse, presenza e/o forza della tosse volontaria;
- Risposta deglutitoria e abilità nell'eseguire la deglutizione volontaria(per facilitare la valutazione del movimento laringeo e il tempo impiegato per deglutire , mettere due dita sotto la cartilagine tiroidea);
- Storia dei problemi di alimentazione;
- Dieta attuale

La raccolta dati e l'intervista del paziente sono parte integrante del processo di assistenza infermieristica e più precisamente costituiscono la prima fase

dell'accertamento. L'infermiere si trova dunque in un'ottima posizione per ottenere le informazioni sopra elencate, visto anche il ruolo centrale nella presa in carico globale dell'assistito al momento dell'accoglienza in reparto. Durante l'intervista, l'infermiere ha inoltre il compito di effettuare un'attenta osservazione del paziente non solo dal punto di vista fisico (valutazione morfologica di labbra, lingua, mandibola, denti), ma anche delle attività di vita quotidiana e deve essere in grado di riconoscere la presenza di potenziali fattori di rischio per l'aspirazione e la disfagia.

Dopo aver acquisito i dati anagrafici necessari al ricovero del paziente, l'infermiere procede ad effettuare l'accertamento infermieristico per delineare le condizioni dello stesso al momento dell'ingresso in reparto.

L'esame non strumentale di solito comprende 4 componenti: anamnesi generale e specifica, osservazione del paziente e esame clinico della deglutizione.

Le anamnesi generale e specifica devono includere informazioni relative a : diagnosi clinica, storia dell'insorgenza ed evoluzione del disturbo della deglutizione, terapie farmacologiche in

Atto, stato nutrizionale, funzione respiratoria (con particolare attenzione a eventuali complicanze polmonari), abilità relative alle funzioni comunicative e cognitive (CASPO, 2004). L'osservazione e la valutazione clinica sono i metodi usati maggiormente per valutare la disfagia, che si devono avvalere di specifici protocolli (ASHA, 2003).

Essi devono comprendere la rilevazione dei pre-requisiti (vigilanza, attenzione, orientamento), la valutazione della sensibilità, motricità e prassi delle strutture orofaringee e laringee, l'esecuzione di prove di deglutizione con sostanze e/o alimenti di diversa consistenza. Deve infine essere rilevata la presenza o assenza di segni patologici (evocazione di tosse riflessa associata all'atto deglutitorio, voce umida o gorgogliante, tracce di bolo presenti da stoma o cannula tracheale), indice di inalazione.

Le prove di valutazione clinica utilizzate dai clinici spesso non sono sostenute da evidenze scientifiche (Mc Cullough et al, 2006), pertanto è opportuno fare riferimento a strumenti codificati o check list (SIGN, 2004; Logemann et al, 2004) e completare la diagnosi attraverso esami strumentali. Nei pazienti con disfagia deve essere effettuata regolarmente l'igiene orale particolarmente nei pazienti con SNG o PEG al fine di favorire il benessere ottimale. L'accertamento infermieristico si esegue attraverso:

OSSERVAZIONE, INTERVISTA ed ESAME FISICO secondo i modelli funzionali di Gordon.

Classificazione degli 11 modelli funzionali della Gordon

Modello di percezione e di gestione della salute:

Descrive come la persona percepisce il suo stato di salute e le modalità in cui la gestisce. Include la gestione dei rischi per la salute, abitudini e stili di vita che influenzano la salute, comportamenti, trattamenti e prescrizioni, storia medica e sanitaria in genere.

Modello nutrizionale e metabolico:

Descrive come la persona assume il cibo ed i liquidi in termini di qualità e quantità. Include gli indicatori del fabbisogno metabolico dell'organismo. Rientrano in questo modello la descrizione delle condizioni della cute, delle unghie, delle membrane mucose, del peso, dell'altezza e della temperatura corporea.

Modello di eliminazione:

Descrive i modelli della funzione escretoria (intestino, rene e cute) compreso le abitudini della persona. Include qualunque dispositivo impiegato per il controllo delle escrezioni.

Modello di attività esercizio fisico:

Descrive il modello dell'esercizio, dell'attività fisica e del tempo libero, includendo tutte le attività quotidiane che implicano dispendio di energia (igiene, alimentarsi, cucinare, lavorare ecc.), la funzione respiratoria e cardiocircolatoria e i fattori che interferiscono (deficit) con il modello desiderato.

Modello sonno –riposo:

Descrive i modelli di sonno e riposo nell'arco delle 24 ore, inclusa la percezione della persona rispetto al livello di riposo/sonno, energia, gli ausili e le abitudini.

Modello cognitivo –percettivo

Descrive l'adeguatezza delle modalità sensoriali della persona (i sensi), i relativi disturbi e la presenza di protesi, inclusa la percezione del dolore e come viene gestito, le abilità cognitive come il linguaggio, la memoria e l'assunzione di decisioni.

Modello di percezione di se '–concetto di se':

Descrive gli atteggiamenti che la persona ha nei confronti di se stesso, la percezione delle proprie abilità, l'immagine corporea, l'identità, il senso di valore e il modello emozionale in genere.

Modello di ruoli e relazioni

Descrive il modello dell'attribuzione e delle relazioni di ruolo; include la percezione dei principali ruoli e responsabilità inerenti la situazione di vita attuale della persona.

comprese la soddisfazione o i problemi in ambito familiare e lavorativo, le relazioni sociali e le relative responsabilità

Modello di sessualità e riproduzione

descrive atteggiamento e percezioni che la persona ha in relazione alla sessualità e alla funzione riproduttiva, inclusi disturbi e problemi . Include le diverse fasi del ciclo riproduttivo femminile.

Modello di coping e tolleranza allo stress

descrive il modello di coping includendo la capacità della persona di resistere o gestire lo stress, i sistemi di supporto familiare e l'abilità percepita di controllare/gestire le situazioni

Modello di valori e convinzioni

descrive il modello di valori, obiettivi e convinzioni, comprese quelle spirituali, che guidano le scelte e le decisioni della persona, includendo ciò che viene percepito importante nella vita e qualunque conflitto percepito rispetto a valori e convinzioni correlate con la salute

Durante l'intervista, effettuerà una valutazione morfologia (labbra, lingua, mandibola e denti) e andrà a declinare le attività di vita quotidiane cercando anche di riconoscere la presenza di potenziali fattori di rischio per l'aspirazione e la disfagia. La valutazione della disfagia attraverso le prove di deglutizione non deve essere effettuata se il paziente non è cosciente o vigile, o se presenta dispnea. Inoltre se la persona presenta paralisi unilaterale è consigliato inclinare e ruotare leggermente la testa dalla parte colpita.

1. pressione arteriosa;
2. saturazione;
3. frequenza cardiaca;
4. frequenza respiratoria e qualità del respiro;
5. temperatura corporea.

Con l'utilizzo di scale validate e contestualizzate e, ove possibile, con la collaborazione del paziente, valuta la presenza di dolore, con relative caratteristiche, localizzazione e intensità, così come accerterà il livello di ansia che affligge la persona.

In presenza di un paziente con pregresso ictus, l'infermiere valuterà:

1. lo status neurologico del soggetto avvalendosi, nuovamente, di scale validate; molto utilizzata, ad esempio, è la Glasgow Coma Scale che, indagando la risposta oculare, verbale e motoria, permette di sondare le abilità residue del paziente;
2. il grado di decadimento cognitivo del paziente, utilizzando ad esempio la Mini Mental State Examination (MMSE);
3. il rischio di caduta da valutare, ad esempio, con l'utilizzo della Scala Conley.
4. Water Swallow TEST

L'infermiere, dunque, accerterà:

1. lo stato degli occhi del paziente, le caratteristiche delle pupille e la loro reattività alla luce;
2. la risposta verbale e/o motoria a semplici comandi verbali;
3. il livello di compromissione della marcia e della mobilità, il deterioramento della capacità di giudizio, il livello di agitazione, il decadimento dell'acuità visiva.

Responsabilità dell'infermiere è anche quella di accertare la presenza di:

1. eventuali patologie già in essere nel paziente;
2. terapie assunte a domicilio;
3. allergie o intolleranze alimentari;
4. l'eventuale presenza di edemi, lesioni, contusioni o arrossamenti della cute (Scala di Braden).

L'accertamento infermieristico, inoltre, mira ad indagare lo stile di vita del paziente al fine di conoscere le sue abitudini alimentari (con tanto di misurazione dell'indice di massa corporea – BMI) e di eliminazione, la sua occupazione e le caratteristiche del nucleo socio-familiare in cui è calato, l'eventuale utilizzo di ausili oculistici, auricolari, per la deambulazione o per l'incontinenza urinaria e/o fecale. Tutto questo per accertare i livelli di autonomia nelle attività di vita quotidiana precedenti all'attacco di sofferenza neurologica (Scala di Barthel).

Occorre ricordarsi anche che è utile stilare una lista degli effetti personali dell'utente.

Quella dell'accertamento è solo la prima fase del processo di assistenza infermieristica che, come passaggio successivo, prevede un'attenta analisi incrociata dei dati raccolti

attraverso l'accertamento, con la collaborazione del paziente e, se presente, con quella di un caregiver; analisi dei dati che porta alla formulazione di un piano assistenziale tarato sulla singola persona.

COME VALUTARE LA DISFAGIA? LA VALUTAZIONE STRUMENTALE

La valutazione clinica strumentale deve stabilire l'integrità delle strutture coinvolte nella deglutizione così come il fisiologico funzionamento degli effettori orali, faringe, laringe, esofago cervicale, stomaco e duodeno durante il passaggio del bolo. L'indicazione a una valutazione clinica strumentale deriva da procedure di screening o BSE (Logemann, 2001; CASPO, 2003) in particolare se sussiste una compromissione delle abilità neuropsicologiche ed il paziente appartiene ad una popolazione ad alto rischio di disfagia. Potrà essere procrastinata od omessa in caso di condizioni cliniche generali non stabilizzate (in particolare compromesse condizioni respiratorie), mancanza di collaborazione o qualora non possa modificare il piano di trattamento (ASHA, 2004). La valutazione strumentale deve consentire una definizione diagnostica del sintomo (Reilly et al, 2002) documentando la progressione di secrezioni o bolo nelle basse vie respiratorie ovvero penetrazione (progressione fino alle corde vocali) ed inalazione (progressione sotto le corde vocali) (Logemann, 1983; Arvedson, 2002; Aviv, 2000). Tale riscontro può essere utilizzato per ricavare un parametro clinico di gravità. (Rosembeck et al, 2005, Diener et al, 2005) Ad oggi manca un gold standard strumentale sulla predizione di complicanze in pazienti con disfagia (AHCPR 99). L'indagine endoscopica e radiologica con studio dinamico della deglutizione e videoregistrazione possono essere considerate equivalenti nella valutazione dell'atto deglutitorio e complementari rispetto alle informazioni che forniscono (Aviv 2000; Langmore et al, 1991; Languore, 2003; Leder e Karas, 2000). Entrambe presentano simile sensibilità, specificità e valore predittivo nell'identificare aspirazione anterograda e pertanto sono appropriate nella pratica clinica (Gomes et al, 2004). L'indagine videofluoroscopica (VFSS) o altre indagini digitali, con la metodica del pasto baritato modificato (MBS) (Logemann,1986; Logemann,1998) permettono lo studio dell'intero atto deglutitorio, dalla cavità orale allo stomaco, senza alcuna informazione rispetto alla sensibilità dei distretti. Cautele protezionistiche (esposizione a raggi) rendono consigliabile lo studio di un numero limitato di atti. L'indagine endoscopica con studio dinamico della deglutizione (FEES) (Languore, 1988) utilizza un nasofaringoscopio introdotto nella cavità del faringe attraverso una fossa nasale. Permette lo studio della sola fase faringea della deglutizione (escluso il tempo del whiteout), ricavando

informazioni indirette sulla fase orale ed esofagea. La FEES permette uno studio elettivo dello sfintere laringeo, della sensibilità, oltre alla visualizzazione e gestione dei ristagni. È meno invasiva, eseguibile al letto anche in pazienti in condizioni generali non stabilizzate (Aviv 2000, Langmore et al, 1991, Farneti, 2001). Deve preferibilmente essere eseguita dal foniatra (Diener et al, 2005) o da personale opportunamente formato sulla conoscenza della fisiopatologia della deglutizione e dei principi di riabilitazione. Altre metodiche dinamiche hanno minore diffusione. Fra queste possiamo citare: - FEESST: combina alla indagine endoscopica uno studio della sensibilità mediante aria pulsata (Aviv et al. 2003) - Manofluorografia: combina alla indagine radiologica la rilevazione delle variazioni pressorie del faringe al passaggio del bolo (Lokol et al, 196; McConnel et al, 1988) - Scintigrafia: valuta la progressione del bolo marcato con un tracciante radioattivo (valutazione quantitativa) (Hamlet et al, 2004). 11 1.10

Dopo un'analisi accurata della letteratura sono state individuate alcune scale usate nella valutazione del paziente colpito da ictus. Quelle con utilizzo più frequente sono:

- 1) Glasgow coma scale (GCS)
- 2) National institute of health Stroke Scale (NIHSS)
- 3) Rankin scale modificata
- 4) Barthel Index (BI) :

La GCS analizza tre particolari item :

- L'apertura degli occhi
- La risposta verbale
- La migliore risposta motoria

Ad ogni item si assegna un punteggio in base alla risposta del paziente che verrà alla fine sommato e indicherà la gravità del trauma subito. Il punteggio finale va da un minimo di 3 punti (coma grave) ad un massimo di 15 (piena coscienza).

AREA	RISPOSTA	PUNTI
APERTURA OCCHI	Spontanea	4
	Alla voce	3
	Al dolore	2
	Nessuna	1
RISPOSTA VERBALE	Orientata	5
	Confusa	4
	Parole inappropriate	3
	Suoni incomprensibili	2
	Nessuna	1
RISPOSTA MOTORIA	Ubbidisce al comando	6
	Localizza il dolore	5
	Retrae il dolore	4
	Flette al dolore	3
	Estende al dolore	2
	Nessuna	1

Tabella 1 : Descrizione Scala Glasgow .

La Scala di Glasgow è poco adatta ai bambini , specialmente sotto i 36 mesi di età, quando il piccolo paziente non ha ancora sviluppato una padronanza del linguaggio: per questo è stata messa a punto la Pediatric Glasgow Coma Scale, una versione modificata da applicare in campo pediatrico . Un altro aspetto contestato alla scala è la mancanza di utilità prognostica.

Ranking Scale modificata (mRS)

Scala comunemente usata per indicare il grado di disabilità o dipendenza nelle ADL nei Pazienti che hanno subito un ictus o un'altra disabilità neurologica . E' divenuta una delle più importanti scale utilizzate per misurare gli outcomes clinici nello stroke.

La scala ha un punteggio da 0 a 6, il punteggio minore è la piena salute mentre quello più alto indica la morte del paziente.

0	Nessun sintomo
1	Nessuna significativa disabilità: malgrado i sintomi è in grado di eseguire tutte le ADL
2	Lieve disabilità : incapace di eseguire tutte le precedenti disabilità ma in grado di badare ai propri affari senza assistenza
3	Moderata disabilità : richiede un certo aiuto ma in grado di camminare senza assistenza .
4	Disabilità moderatamente grave: incapace di badare alle proprie necessità corporee senza assistenza.
5	Disabilità grave: confinato a letto, incontinente, richiede costante assistenza infermieristica e attenzione
6	Deceduto

Tabella II Descrizione scala Ranking modificata

La Ranking scale ha come vantaggio una buona validità di costrutto e affidabilità. Purtroppo evidenzia una scarsa demarcazione tra i livelli, una moderata affidabilità e la mancanza di valutazioni di attività che richiedono capacità cognitive. Questi vantaggi la limitano nel suo utilizzo in reparti di urgenza. Utile invece nel percorso riabilitativo.

National Institute of Healths Stroke Scale

Viene utilizzata per quantificare dei pazienti con stroke, successivamente valuta miglioramenti e peggioramenti nel quadro neurologico; generalmente si somministra all'ingresso in stroke unit e nelle successive 2 h se il paziente viene sottoposto a fibrinolisi, mentre se non viene effettuata nessuna terapia trombolitica una volta per turno nei successivi tre giorni. La NIHSS è composta da 11 ITEM ai quali viene assegnato un punteggio che va 0 a 4 in base all'abilità che il paziente dimostra. Il punteggio normale (assenza di sintomi) è pari a zero; mentre la massima disabilità viene espressa da un punteggio pari a 42. La compilazione della scala NIHSS deve rispettare alcune regole di base in modo che il punteggio sia più oggettivo possibile

- Somministrare gli items in ordine di presentazione
- Registrare la performance senza rivedere o cambiare il punteggio
- Far eseguire al paziente solamente una volta l'esercizio
- Non suggerire le risposte verbali
- Illustrare al paziente il metodo corretto per eseguire l'esercizio senza però aiutarlo nello stesso

- Se paziente in coma non è possibile somministrare la NIHSS Gli item presenti nella NIHSS sono i seguenti:
- Livello di coscienza
- Motilità oculare
- Campo visivo
- Paralisi facciale
- Motilità parte lesa (Arti inferiori e superiori)
- Motilità parte sana (arti superiori e inferiori)
- Atassia (tutti e 4 gli arti)
- Sensibilità tattile
- Linguaggio
- Disartria
- Estinzione e/o Inattenzione (Neglect)

Punteggi elevati indicano possibilità minori di recupero e un rischio elevato di disabilità o esito infausto; mentre punteggi bassi stanno ad indicare la possibilità di un recupero migliore da parte del paziente. Il vantaggio principale della NIHSS è quello di essere uno strumento di rapido e semplice utilizzo. Nelle unità di Stroke Unit oltre alla NIHSS viene utilizzata dagli infermieri una “NIHSS infermieristica” (che prevede una visione più generale con un minor numero di item) della quale però non esistono studi in letteratura del suo utilizzo clinico.

Barthel Index (BI)

La scala di Barthel è stata introdotta nel 1965, subì delle modifiche e degli adattamenti nel 1979 ad opera di Granger, nel 1989 fu nuovamente migliorata. E' entrata a far parte dell'accertamento infermieristico secondo Gordon. È utilizzata per valutare la capacità del paziente nel compiere le attività di vita quotidiana (ADL), è ampiamente utilizzata per monitorare i cambiamenti di un paziente in fase di riabilitazione, trova grande applicazione nel prevedere l'autonomia funzionale in un paziente colpito da ictus sebbene siano limitati gli studi medici inerenti. La scala è composta da 10 items ai quali viene attribuito un punteggio di 0-5-10 in base alle capacità del paziente a compiere le ADL; con punteggio 0 si intende un paziente completamente dipendente nelle attività, 5 nel caso necessiti di assistenza, mentre se il paziente è autonomo viene assegnato il punteggio di 10.

Alimentazione	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Abbigliamento	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Igiene personale	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Fare il bagno	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Continenza intestinale	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Uso servizi igienici	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Trasferimenti letto/sedia	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Continenza urinaria	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Deambulazione	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE
Utilizzo delle scale	0:DIPENDENTE	5:CON AIUTO	10:INDIPENDENTE

Tabella III: Descrizione indice di Barthel

La BI è uno strumento rapido da compilare e di semplice utilizzo. Delinea in modo piuttosto preciso il grado di assistenza di cui necessita il paziente. Risulta invece di difficile utilizzo nei soggetti con decadimento cognitivo.

La scala di Barthel si somministra all'ingresso del paziente in reparto, indicativamente a metà degenza e al momento della dimissione. Dalla letteratura raccolta dalle maggiori banche dati e successivamente analizzata è emerso come l'utilizzo delle scale sia fondamentale nel processo di accertamento per cercare di oggettivare le problematiche di ogni singolo paziente, e rendere l'assistenza infermieristica più mirata possibile come viene affermato nello studio condotto da Berger et al dal titolo "The reliability of stroke scales. The german version of NIHSS, ESS and Rankin scales" del 1999. Descrivo le scale separatamente analizzando il loro utilizzo in base a quanto raccolto in letteratura. La Barthel index (BI) è uno strumento molto utile nella valutazione del paziente in fase riabilitativa come emerge dallo studio condotto da Geert Sulter et al dal titolo "Use of the Barthel Index and Modified Rankin Scale in Acute Stroke Trials". La Barthel index inoltre è molto importante, come viene analizzato nello studio "Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel index measures" effettuato da Granger CV et al, nel predirne il tempo di ricovero del paziente e il grado di assistenza di cui ha bisogno rendendo così l'assistenza infermieristica più efficiente. Nello stesso studio è inoltre emerso come il risultato della BI sia più preciso se l' outcome del paziente è sfavorevole. La Rankin scale (mRS) è uno strumento molto utile nel valutare il paziente nella sua fase Riabilitativa e nella fase post ricovero come sostiene lo studioso Jamie L e il suo staff nell'esame clinico "Outcomes Validity and Reliability of the Modified Rankin Scale: Implications for Stroke Clinical Trials". Come la BI anche il risultato

della Rankin scale è di maggior affidabilità se l'outcome che il paziente può avere dopo la fase acuta ha un esito sfavorevole come suggerito dallo studio sopra citato di Granger CV et al. La Glasgow Coma Scale è una scala utilizzata soprattutto in urgenza e dopo un trauma cranico, viene solitamente usata nelle emorragie cerebrali ma può essere comunque uno strumento di valutazione nel paziente con ictus ischemico. Come si può notare dallo studio condotto C. J. Weiret al: "The prognostic value of the components of the Glasgow Coma Scale following acute stroke" la GCS è forte utilità nel predire l'outcome del paziente disfasico/afasico dove le altre scale risultano inutili poiché è fondamentale la capacità di percepire le indicazioni dati dal valutante. In un differente studio guidato dal dottore Jack W. et al dal titolo "Initial Glasgow Coma Scale Score Predicts Outcome Following Thrombolysis for Posterior Circulation Stroke" è risultato come la GCS sia utile nel predire gli outcome nel paziente trattato con terapia fibrinolitica fino ad un tempo post sintomi di 9 ore. La NIHSS è lo strumento più completo sebbene risulti, come sopra affermato, inutile se il paziente è afasico/disfasico. Resta comunque lo strumento più affidabile nel predire gli outcome che ha il paziente come riportato in "Predictive value of the NIHSS for ADL outcome after ischemic hemispheric stroke: Does timing of early assessment matter?" eseguito da Gert Kwakkel et al. Il suo utilizzo così semplice e intuitivo rendendola una scala di semplice utilizzo e applicabile da qualsiasi operatore sanitario come è risultato nello studio "Reliability of the National Institutes of Health Stroke Scale Extension to Non-Neurologists in the Context of a Clinical Trial" di Larry B. et al.

STRUMENTO	POSITIVITA'	NEGATIVITA
Glasgow Coma Scale	<ul style="list-style-type: none"> • Veloce nell'applicazione • Facile nell'utilizzo • Attendibile nell'urgenza con paziente grave 	<ul style="list-style-type: none"> • Rilevazione solo situazione grave • La somma dei punteggi non delinea con affidabilità la gravità del paziente • Impossibilità di utilizzo nei bambini
BARTHEL INDEX	<ul style="list-style-type: none"> • Attendibile per valutare le capacità nel paziente • Delinea con perfezione la situazione del paziente • Facile utilizzo • Utile nel monitoraggio nei cambiamenti del paziente in fase riabilitativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Laboriosa nella sua compilazione • Difficile utilizzo nel paziente con decadimento cognitivo del paziente • Affidabilità se outcome negativo del paziente
Ranking scale modificata	<ul style="list-style-type: none"> • Utile nel percorso riabilitativo e nel follow up • Possibilità di essere applicata per via telematica 	<ul style="list-style-type: none"> • Non delimita perfettamente la situazione del paziente • Non valuta attività che richiedono capacità cognitive • Affidabilità se outcome negativo del paziente
Nathional institute of Health Stroke Scale	<ul style="list-style-type: none"> • Delinea perfettamente la situazione attuale del paziente al momento della valutazione • Velocità di utilizzo • Facile nell'utilizzo • Molto attendibile 	<ul style="list-style-type: none"> • Non valuta sintomi nei disturbi circolari posteriori • Non valuta presenza di disfagia • Difficile approccio in paziente con recidiva ischemica • Il punteggio totale non sempre rispecchia la gravità dell'ictus • Limite nella traduzione dall'inglese all'italiano nella valutazione della disartria • Difficile applicazione nel paziente afasico

Tabella IV: Descrizione positività e negatività delle scale

Scala di valutazione	Outcomes
Glasgow coma scale	Utilizzata in urgenza con maggiori applicazione nei pazienti colpiti da emorragia cerebrale grave. Di Grande utilità nel valutare velocemente il paziente comatoso.
Ranking scale	Scala valida nella valutazione del paziente in fase riabilitativa. Utilizzata da parte delle aziende ospedaliere per valutare il grado di assistenza nel territorio degli utenti.
NIHSS	Utile nella valutazione del profilo neurologico del paziente
Barthel index	Utile nel processo riabilitativo del paziente

Tabella V: Descrizione degli outcome delle scale

Three-oz Water Swallow test

- Offrire alla persona, seduta e con la testa in asse, 5 ml di acqua liscia a temperatura ambiente con un cucchiaino per 3 volte; ad ogni cucchiaino verificare l'avvenuta deglutizione, attendere qualche secondo e se il paziente presenta tosse severa e voce gorgogliante si sospende il test = Grado 4 – **Disfagia grave**.
- Se la persona non tossisce si offre acqua direttamente dal bicchiere, si attende qualche secondo, si fa parlare il paziente per valutare la qualità della voce: in caso di voce rauca e/o gorgogliante e tosse = Grado 3 – **Disfagia moderata**.
- Se presenta solo voce rauca e/o gorgogliante = Grado 2 – **Disfagia lieve**.
- Se precedentemente il test è negativo si procede con 50ml di acqua dal bicchiere. Se anche questo è negativo = Grado 1 – **Disfagia assente**.

ACQUA	CUCCHIAINO		10ml		50ml	
Segni rilevati			Si	No	Si	No
Disartria						
Ristagno delle secrezioni orali						
Voce rauca						
Voce umida						
Tosse						
Espirazione rumorosa (gorgoglio)						

Tabella Three-oz Water Swallow test

Guss test

Il **Guss test** è un esame clinico validato a livello internazionale (Gugging Swallowing Screen), composto da due fasi:

- una prima fase di valutazione indiretta della funzione deglutitoria dell'assistito
- successivamente le prove di deglutizione diretta di sostanze di consistenza prima semisolida, poi liquida e in ultima analisi solida.

Sulla base del punteggio raggiunto (da 0 a 20, dove al punteggio massimo corrisponde una dieta normale), il paziente viene classificato in una tra **4 categorie di severità di disfagia** e rischio aspirazione.

Test di Daniels

Il **test di Daniels** corrisponde ad una tabella dove sono segnati 6 sintomi di aspirazione:

- disfonia
- disartria
- tosse volontaria

- ridotta tosse post-deglutizione
- riflesso di nausea alterato o assente
- cambiamenti nella voce post-deglutizione.

Disfagia: almeno 2 sintomi.

Questa scheda viene spesso utilizzata per facilitare la valutazione della sintomatologia durante il test di deglutizione dell'acqua o durante altri esami di screening.

Diagnostica

Il professionista infermiere identifica e conosce il materiale da preparare per effettuare le principali indagini diagnostiche che il medico potrebbe prescrivere nel caso di un paziente con ictus:

- esami ematici (emocromo, PT, PTT, elettroliti, ecc.);
- \TC; 3 – RM; 4 – RX;
- angiografia intracranica;
- EEG;
- ECG;
- ecodoppler tronchi sovraortici.

3.2: La gestione in équipe

Molti autori sostengono che per gestire in modo efficace la disfagia sia necessario un approccio multidisciplinare e gli infermieri sono parte integrante di questa squadra (livello III e IV). Gli interventi d'équipe mirano: nella fase acuta a verificare e controllare la compromissione della deglutizione e prevenire un'eventuale malnutrizione e/o polmonite ab ingestis; nella fase riabilitativa a ripristinare, quando possibile, l'alimentazione in autonomia, ad attivare interventi compensatori e a educare e coinvolgere chi assisterà il malato. La pianificazione assistenziale in équipe deve prevedere anche riunioni periodiche per valutare i progressi, esporre eventuali problemi riscontrati nell'assistenza e pianificare nuovi interventi. Nell'équipe interdisciplinare la

figura professionale di riferimento è il medico di medicina generale per il paziente domiciliare e il medico di reparto per il paziente ricoverato, che coordina i vari operatori sanitari nell'assistenza al soggetto con ictus. Le figure professionali che cooperano nell'équipe assistenziale variano in base alle esigenze del soggetto: nel paziente disfagico il trattamento prevede la cooperazione di medici specialisti (otorinolaringoiatra e radiologo), infermieri, logopedisti e di un dietologo.

3.4 SOMMINISTRAZIONE TERAPIA ORALE AL PAZIENTE DISFAGICO

La **somministrazione della terapia orale** diventa un processo assistenziale estremamente complesso nei pazienti che presentano difficoltà nella deglutizione. Inoltre, **molti farmaci non possono essere triturati per agevolare l'assunzione.**

Di norma, l'assunzione dei farmaci orali avviene per bocca laddove il paziente conservi il riflesso della deglutizione pur presentando disfagia, o per via enterale nel caso in cui non si riesca per via orale e sia conservata almeno una minima porzione di tratto gastrointestinale funzionante.

Prima di procedere alla somministrazione **controllare lo stato di vigilanza dell'assistito, lo stato cognitivo, il grado di autonomia** e la sua **reattività**, assicurandosi di **evitare distrazioni** quali ad esempio la televisione.

È necessario mettere la persona in posizione seduta e verificare il corretto posizionamento delle protesi dentarie, laddove presenti. In caso di secchezza buccale provvedere alla lubrificazione con somministrazione di acqua, aquagel e/o addensanti in base alla disfagia dalla quale è affetto l'assistito.

Durante la somministrazione del farmaco la persona assistita non deve parlare e deve essere stimolata a fare molteplici deglutizioni.

Durante la somministrazione di una forma **farmaceutica solida** è necessario:

- polverizzare finemente le compresse in un mortaio
- discioglierle in almeno 15-30 ml di acqua addensata o gelificata

Se l'assistito è sottoposto a **nutrizione enterale**, è buona abitudine:

- interrompere la nutrizione
- lavare la sonda

- somministrare la sospensione con una siringa di volume elevato per evitare una eccessiva pressione a livello del device
- lavare l'accesso nutrizionale dopo la somministrazione
- effettuare lavaggi tra una somministrazione e l'altra se si somministrano più farmaci.

Alla fine della somministrazione dei farmaci, controllare la bocca del paziente, compreso il palato per assicurarsi che non vi siano residui del farmaco.

Pulire bene, tra una somministrazione e l'altra, il contenitore del tritapastiglie e conservarlo in luogo pulito pronto per il prossimo utilizzo.

Gestione della terapia del paziente disfagico

Rivedere tutta la terapia del paziente disfagico è fondamentale, in quanto alcuni farmaci non indispensabili nel breve periodo possono essere sospesi se ritenuto appropriato, evitando così che le modifiche di biodisponibilità possano portare al fallimento dell'effetto terapeutico del farmaco.

Nel **paziente disfagico** è fondamentale, quindi:

- utilizzare vie di somministrazione alternative
- preferire forme farmaceutiche liquide
- somministrare se è possibile nello stomaco
- lavare sempre la sonda prima e dopo la somministrazione
- somministrare un farmaco per volta
- prevedere formazione ad hoc
- implementare P.O. a livello locale
- consultare sempre un professionista sanitario per qualsiasi dubbio sulla somministrazione di un farmaco ad un paziente in nutrizione enterale

La terapia farmacologica non deve essere compromessa nei pazienti disfagici o che ricevono nutrizione enterale. Bisognerebbe preferire, se disponibili, forme farmaceutiche per os liquide ponendo l'attenzione su tre elementi fondamentali:

1. il dosaggio

2. gli zuccheri (che potrebbero causare iperglicemia nel paziente diabetico, diarrea e crampi per l'iperosmolarità)
3. la viscosità: liquidi viscosi, olii minerali, alcune sospensioni

È necessario cercare una via di somministrazione alternativa quando disponibile valutando anche:

- le formulazioni transdermiche
- le formulazioni sublinguali
- le formulazioni rettali

Rischio di Aspirazione :

Il rischio di aspirazione figura certamente tra le complicanze più frequenti e gravi che caratterizzano le persone con disfagia, ma non solo. Con il progredire dell'età, infatti, l'organismo umano va incontro a dei cambiamenti fisiologici che alterano il meccanismo della deglutizione, esponendo pure gli anziani non disfagici ad un aumentato rischio di aspirazione. Il **rischio di aspirazione** è strettamente correlato alla disfagia: dai dati elaborati in base ad una revisione sistematica (2) è emerso un aumento del rischio di aspirazione nei pazienti con ictus e disfagici rispetto a quelli senza disfagia (rischio relativo 3,17, limiti di confidenza al 95% da 2,07 a 4,87). Un altro studio (3) ha evidenziato che il 37% dei soggetti con disfagia sviluppa un'infezione polmonare, e di questi il 38% decede per infezione tracheo-bronchiale, se non vengono attuati interventi di prevenzione e trattamento.

L'aspirazione di materiale estraneo nelle vie aeree può determinare un'infezione del parenchima polmonare definita "**polmonite *ab ingestis***". L'aspirazione può verificarsi in tre momenti diversi (vedi Il controllo nervoso della deglutizione)(4):

1. in fase **pre-deglutitoria**, per ridotto controllo della funzionalità linguale
2. in fase **intra-deglutitoria**, per debolezza o assenza della peristalsi faringea
3. in fase **post-deglutitoria** con la presenza di residuo di cibo in faringe, aspirato nelle vie aeree da una successiva inspirazione.

Fondamentale in questi casi, soprattutto nei pazienti colpiti da eventi cerebrovascolari (p.e. ictus) o patologie neurologiche degenerative (p.e. Parkinson),

è il riconoscimento immediato dei fattori di rischio e i primi segni di disfagia con la richiesta, se necessario, di ulteriori valutazioni cliniche. Il riconoscimento precoce dei fattori di rischio e dei segni della disfagia, anche se questi alle volte possono non dare manifestazione evidente, risulta una componente fondamentale al fine di ridurre le complicanze di tale condizione, quali la disidratazione, la malnutrizione, ma soprattutto le polmoniti da aspirazione (tra le principali cause di morte nella popolazione anziana).

Le evidenze scientifiche dimostrano che un approccio multidisciplinare per lo screening e la gestione della disfagia è più sicuro ed efficace rispetto alla gestione singola di un professionista sanitario.

3.5 Educazione sanitaria del paziente e del caregiver

La gestione generale del paziente disfagico, come molti autori riportano, dovrebbe essere seguita da un team multidisciplinare formato da più figure professionali, tra le quali si contano il nutrizionista, l'otorinolaringoiatra, il logopedista, il dietista, gli infermieri e gli operatori sanitari. Questo approccio si rende necessario perché non esiste un protocollo standard per la riabilitazione di tutte le persone disfagiche; anzi, obiettivi e piano di riabilitazione devono essere individuali, per cui ogni caso deve essere studiato e seguito singolarmente e separatamente dagli altri. L'infermiere è parte integrante di questo team e deve assicurarsi che ogni suo componente sia coinvolto nel programma di cura dell'assistito. Egli, essendo la figura che trascorre più tempo a contatto con il paziente, si trova nella posizione migliore per identificare eventuali problematiche che possono insorgere durante l'arco del programma di riabilitazione; in particolar modo, è in grado di rilevare paure e dubbi da parte dell'assistito o dei suoi familiari, i quali spesso faticano a raccontare i propri pensieri ai medici o agli specialisti, preferendo parlarne con gli infermieri. Uno studio di Patterson J. M. et al. mirò proprio ad indagare il rapporto tra il caregiver e la condizione di disfagia presente nei pazienti a cui prestavano assistenza, affetti da cancro della testa o del collo. Dai risultati ottenuti analizzando i questionari compilati dai caregivers (Caregiver Quality of Life Index – Cancer) si vide che prendersi cura di un paziente disfagico ha un impatto importante sulla vita del caregiver, sia in termini psicologici che di tempo. Le stesse conclusioni sono state osservate pure da uno studio qualitativo eseguito da Nund R. L. et al., i quali sottolineano l'importanza del ruolo dei professionisti sanitari nel

riconoscimento e nella comprensione delle difficoltà e necessità di supporto di queste persone, senza sottovalutare il potenziale sviluppo della sindrome di burnout da parte dei familiari e del caregiver. Non a caso la diagnosi infermieristica “Tensione nel ruolo del Caregiver” compare nel manuale di Carpenito L.J., che la descrive come “stato in cui la persona è sottoposta a oneri fisici, emozionali, sociali e/o economici in relazione al processo del prestare assistenza a un’altra persona”. L’infermiere agirà dunque discutendo con il caregiver e con i familiari delle problematiche più rilevanti e indicherà le risorse disponibili nella comunità. L’infermiere ha inoltre l’importante compito di vegliare sulla sicurezza del paziente disfagico e di attivarsi personalmente per l’educazione del paziente stesso (quando è possibile) e i suoi familiari. Proprio su questo concetto ha sempre puntato l’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la quale continua tuttora una politica di promozione della salute sostenendo che “lo scopo dell’educazione sanitaria è di aiutare le popolazioni ad acquisire la salute attraverso il proprio comportamento e i propri sforzi; l’educazione sanitaria si fonda dunque in primo luogo sull’interesse che i singoli manifestano per il miglioramento della loro condizione di vita e mira a far loro percepire tanto come individui, che in quanto membri di una famiglia, di una collettività, di uno Stato, che i progressi della salute derivano dalla loro responsabilità personale”. In un’ottica di prevenzione delle complicanze della disfagia, in particolar modo dell’aspirazione, risulta dunque fondamentale fornire ai pazienti e ai familiari tutte le informazioni necessarie al fine di ridurre la comparsa o almeno limitarne le conseguenze. Tali informazioni devono essere scientificamente corrette e aggiornate, ma comprensibili per chi le riceve: spesso è necessario che gli infermieri usino un linguaggio meno scientifico affinché le informazioni siano recepite dagli ascoltatori. Ecco dunque che, durante tutta la fase di insegnamento ed educazione, i familiari e il caregiver non possono essere trascurati dai professionisti sanitari, visto il loro fondamentale supporto verso i pazienti che richiedono maggiore assistenza. Il principale obiettivo dell’educazione del paziente e dei familiari nella gestione della disfagia è quello di mantenere una sufficiente e corretta alimentazione ed idratazione per via orale, senza che si verifichino episodi di aspirazione. La letteratura fornisce numerose raccomandazioni e linee guida sugli interventi infermieristici applicabili per prevenire il rischio aspirazione. Primo fra tutti è il corretto posizionamento del paziente durante l’alimentazione. Stando a ciò che sostengono le linee guida, i pazienti che presentano disfagia dovrebbero stare seduti in posizione eretta, con la testa leggermente flessa verso il basso ed i piedi ben appoggiati

sul pavimento; le persone costrette a letto possono beneficiare di una posizione di Fowler molto alta (inclinazione della testata del letto intorno a 80-90°). In posizione verticale, infatti, la gravità gioca un ruolo importante sulla peristalsi esofagea del bolo. Perry J. L. et al. hanno appunto comparato lo spostamento delle strutture faringee e la variazione nel tempo di deglutizione in persone sane, nella posizione verticale e in quella supina: dallo studio è emerso che in posizione verticale la deglutizione richiede minor tempo e vi sono differenze tra una posizione e l'altra nello spostamento dell'osso ioide, nel movimento velare e nel passaggio del bolo attraverso la faringe, le quali vanno a vantaggio della stazione eretta. Fortemente consigliata dalle evidenze scientifiche è la flessione del mento, una postura utilizzata per facilitare la deglutizione per cui la testa è inclinata verso il petto, senza però essere estesa in avanti. Si presume che questa posizione riduca l'ingresso di contenuti nelle vie aeree e ne aumenti quindi la protezione. Tuttavia, recenti studi hanno messo in discussione l'efficacia di questa tesi, poiché l'angolo di inclinazione ottimale non è ancora stato chiarito con precisione. Hung D., Sejdic E. et al., studiando le differenze tra la deglutizione con testa in posizione neutra e quella con testa piegata su un campione di 408 persone sane, videro che nella prima posizione veniva pressoché mantenuto un angolo costante durante la deglutizione, mentre con il piegamento della testa c'erano grandi variazioni a causa dei diversi movimenti del capo. Inoltre, dai risultati si evidenziò una scarsa associazione tra la deglutizione con mento piegato e le variabili età, genere e indice di massa corporea nei soggetti sottoposti allo studio. In un'indagine statistica su 97 pazienti disfagici, Ra J. Y. et al. vollero valutare l'efficacia della flessione del mento e l'angolo di flessione ottimale per la prevenzione dell'aspirazione. Usando come riferimento una scala validata di 8 punti per l'inalazione di materiale nelle vie aeree, questa tecnica si dimostrò efficace solo per il 19.6 % dei partecipanti e fu riscontrata la necessità di una flessione minima del collo di 17.5°. Risultati simili furono ottenuti da Terré R. e Mearin F. in uno studio randomizzato su pazienti con disfagia neurogena ed episodi di aspirazione verificati con video fluoroscopia. Grazie alla tecnica di flessione del mento l'inalazione fu prevenuta nel 55 % dei pazienti, anche se il 48 % di questi continuò ad aspirare senza manifestare alcun sintomo. La rotazione della testa è un'ulteriore tecnica che, se aggiunta alla flessione del collo, può dare maggior beneficio nel trattamento della disfagia. Essa consiste nella semplice rotazione del capo a destra o a sinistra durante la deglutizione, movimento che aumenta la pressione della contrazione muscolare faringea e facilita l'apertura dello sfintere esofageo superiore. A supporto di

questa tesi si dimostrano i risultati di uno studio di Takasaki K. et al. su 18 uomini giapponesi in buona salute, i quali forniscono prove dell'utilità e della validità di questa manovra come strumento riabilitativo. Tuttavia la veridicità degli studi al riguardo, essendo stati eseguiti su persone sane, è da prendere con cautela e sarebbe opportuno che gli infermieri collaborassero con il logopedista e il medico specialista, facendo particolare attenzione nel momento in cui questa tecnica venisse inclusa nel programma di riabilitazione di un paziente disfagico. Numerose altre tecniche compensatorie sono state sperimentate per migliorare il passaggio del bolo durante la deglutizione e diminuire il rischio di aspirazione, tra cui la manovra di Mendelsohn, gli esercizi di Shaker e la deglutizione forzata. Quest'ultima ha lo scopo di massimizzare la contrazione muscolare delle pareti spingendo con la lingua sul palato, per aumentare la forza d'ingresso del bolo nell'esofago. Lo studio di McCullough G. H. et al. dimostra invece l'efficacia a lungo andare della manovra di Mendelsohn nella riabilitazione dei pazienti post-ictus, consistente nel prolungamento volontario dell'elevazione laringea, poiché in grado di migliorare il movimento anteriore dell'osso ioide e la durata dell'apertura dello sfintere esofageo superiore. Quando viene pianificato un programma di riabilitazione per la gestione della disfagia, di fondamentale importanza è la valutazione delle abitudini alimentari del paziente e la loro eventuale modifica. Medico nutrizionista e dietista hanno infatti il compito di valutare lo stato nutrizionale del paziente e indicare quali sono i cibi più adatti per la sua alimentazione. L'infermiere può collaborare nella scelta della consistenza e nella preparazione delle pietanze, nonché nell'assistenza del paziente durante i pasti. Innumerevoli studi sono stati condotti sulla modificazione della struttura del cibo e dei liquidi, confermandone la validità e la sicurezza per le persone con disfagia; tuttavia, non esiste una classificazione internazionalmente riconosciuta per il livello di ispessimento del cibo, per cui si rende necessario un programma mirato per ogni paziente. Oltre a cambiare il menù dell'assistito, gli infermieri, in collaborazione con le altre figure professionali, dovrebbero fornire una serie di istruzioni dietetiche ed igieniche atte a prevenire le complicanze di questa condizione. Tra le tante raccomandazioni dettate dalle linee guida, per prevenire il rischio aspirazione è utile innanzitutto evitare che l'assistito parli mentre mangia e concedergli il giusto tempo per il pasto, alternando sostanze solide a liquidi per una migliore pulizia della bocca. Per i pazienti che necessitano di essere imboccati, si consiglia che l'infermiere (o il caregiver) si posizioni all'altezza degli occhi dell'assistito, preparando bocconi piccoli e servendoli su un cucchiaino.

Solitamente i cibi solidi devono essere frullati, mentre le sostanze liquide devono essere addensate per facilitarne l'ingerimento; l'aumento della viscosità dei liquidi rallenta infatti il flusso del bolo, prolungando i tempi dell'intero processo, poiché alcuni pazienti disfagici possono trovare difficoltà nel controllare il veloce ingresso dei liquidi nella faringe. Per ogni paziente sarebbe utile identificare la struttura del cibo più adatta alla patologia, in modo da evitare una perdita di apporto calorico e disordini nutrizionali. In generale, è consigliato evitare cibi secchi o con semi, prodotti contenenti diverse consistenze, alimenti che richiedono una lunga e impegnativa masticazione. Se il team multiprofessionale dovesse decidere di utilizzare delle sostanze addensanti per modificare le proprietà reologiche del cibo, l'infermiere dovrebbe conoscerne le caratteristiche (grado di viscosità, tempo di preparazione, temperatura consigliata), al fine di assicurare risultati ottimali e sicuri al paziente. In questo senso può dimostrarsi utile fare riferimento ai farmacisti per avere una migliore conoscenza sull'uso degli addensanti. La ricercatrice Cichero J. A. Y., dopo aver analizzato la letteratura attualmente conosciuta, ha sostenuto la presenza di interrogativi sull'interazione degli addensanti con i liquidi e con alcune importanti funzioni del nostro organismo. Dalla sua revisione emerge come l'uso di queste sostanze possa portare a denutrizione e disidratazione, poiché l'alterazione delle caratteristiche organolettiche delle pietanze e dell'acqua può essere causa della diminuzione di appetito e dello stimolo della sete. È fondamentale che gli infermieri siano a conoscenza di queste possibili complicanze e che trovino, in collaborazione con il medico e il dietista, un giusto grado di consistenza del cibo per garantire agli assistiti un'alimentazione sicura ed efficace. Al termine di ogni pasto è essenziale che i pazienti disfagici provvedano ad un'accurata igiene del cavo orale (se non autosufficienti, sarà compito del caregiver), in modo da rimuovere eventuali residui di cibo. L'infermiere deve occuparsi dell'insegnamento dettagliato delle tecniche di igiene orale all'assistito e ai suoi familiari, poiché si ritiene che questa pratica sia uno degli aspetti principali nella prevenzione dell'aspirazione e delle polmoniti ab ingestis. A supporto di questa ipotesi si dimostra uno studio di Yaklwchuk C. A. et al. i quali, studiando in un'indagine sperimentale gli effetti di una puntuale igiene orale eseguita da infermieri e caregiver su 22 pazienti non autosufficienti, rilevarono che l'uso sistematico di protocolli mirati alla cura del cavo orale riduce la frequenza di polmonite da aspirazione e migliora la qualità di vita dei pazienti disfagici. Pure lo studio di Sorensen R. T. et al. è concorde sull'utilità di questa tecnica, verificando dai dati radiografici che un'intensificazione dell'igiene del cavo orale,

associata all'utilizzo del GUSS test come metodica di screening della disfagia, riduce il rischio di sviluppare polmoniti ab ingestis nei pazienti con ictus. Oltre ad essere causa degli effetti sopra descritti, gli agenti addensanti possono alterare la biodisponibilità dei farmaci, rallentandone o accelerandone la disintegrazione e l'assorbimento. Per la somministrazione della terapia orale ai pazienti disfagici, infatti, spesso è necessario frantumare le pastiglie o aprire le capsule per utilizzarne il contenuto, mescolando il tutto alle pietanze addensate. Sebbene alcuni farmaci possano subire queste manipolazioni mantenendo le stesse caratteristiche, per altri (analgesici, antinfiammatori non steroidei, antiepilettici, antibiotici e molti ancora) queste pratiche non sono ritenute sicure. Non bisogna sottovalutare i potenziali effetti avversi che possono risultare dall'alterazione della forma farmaceutica dei medicinali, primo fra tutti la gastrolesività diretta. Inoltre, a livello dello stomaco, alcuni farmaci modificati possono essere inattivati dai succhi gastrici o dal pH troppo acido. In questi casi è consigliato non frantumare le compresse, ma cercare una soluzione diversa. L'equipe di professionisti sanitari deve infatti tener conto di questi possibili cambiamenti e garantire un'adeguata terapia farmacologica. È fondamentale che l'infermiere identifichi al più presto eventuali problemi nell'assunzione della terapia orale, in modo da poter collaborare con il medico nella ricerca di soluzioni alternative. Grazie ad una buona collaborazione con il farmacista, la pianificazione e l'uso di dispositivi adeguati, sarà possibile superare molti dei rischi associati a questa pratica. Nel percorso di educazione sanitaria dei familiari, l'infermiere non può infine tralasciare l'istruzione al riconoscimento di segni e sintomi dell'aspirazione: tosse, dispnea, disfonia e perdita di saliva devono essere prontamente identificate. Il caregiver deve infatti essere in grado di distinguere un episodio di aspirazione da altre situazioni gravi e deve saper gestire correttamente una situazione di ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo (nella maggior parte dei casi si tratta di cibo), attivandosi in prima persona. In caso di ostruzione acuta delle vie aeree, per prima cosa bisogna valutare i segni e i sintomi per riconoscerne la gravità: se l'assistito è in grado di parlare, respira e tossisce, significa che l'ostruzione è parziale e la vittima va assistita ed incoraggiata a tossire. Un approccio più aggressivo potrebbe invece aggravare la situazione e peggiorare l'ostruzione. Se la vittima, invece, diventa cianotica in viso, è dispnoica e presenta una tosse debole e inefficace, significa che l'ostruzione è completa e la persona non riesce a respirare. Prima di effettuare le manovre adatte alla situazione, le linee guida IRC (Italian Resuscitation Council) e ERC (European Resuscitation Council), aggiornate al 2010, consigliano di ispezionare il cavo

orale per rimuovere eventuali corpi estranei, solo se visibili, utilizzando una pinza o il sondino dell'aspiratore: esistono infatti evidenze che proibiscono l'uso delle dita, dati i potenziali rischi per il soccorritore. Come anticipato, in caso di ostruzione completa e persona ancora cosciente, il caregiver dovrà posizionarsi alle spalle dell'assistito e somministrare 5 colpi dorsali tra le scapole con il palmo della mano. Se questi non saranno sufficienti a liberare le vie aeree, il caregiver dovrà essere in grado di eseguire le compressioni addominali con la manovra di Heimlich (fortemente consigliata dalle linee guida American Heart Association, AHA), che l'infermiere provvederà ad insegnargli. La sequenza dovrà essere ripetuta finché il materiale non sarà espulso o il soggetto non avrà perso conoscenza. L'infermiere procederà inoltre ad indicare al caregiver le situazioni in cui si renda necessaria la richiesta di soccorso (chiamata al 118) e ad istruirlo su come effettuare la rianimazione cardiopolmonare nel caso in cui l'assistito perda improvvisamente coscienza, al fine di prevenire un possibile arresto cardiorespiratorio. Il caregiver dovrà infatti dimostrare di essere in grado di eseguire correttamente le compressioni toraciche (massaggio cardiaco esterno) e le ventilazioni di soccorso in modo tale da temporeggiare fino all'arrivo dei soccorsi. Per attuare tutti gli interventi di educazione sanitaria sopra descritti, l'infermiere dovrà condurre con il caregiver un percorso di istruzione graduale che gli permetterà di gestire autonomamente e in sicurezza la condizione di disfagia dell'assistito. Nel fare ciò, l'infermiere potrà usufruire di opuscoli informativi, video ed incontri con specialisti che aiuteranno il caregiver a risolvere qualsiasi suo dubbio. Le cause di **disfagia** possono essere numerose e di diversa natura, quindi il trattamento varia a seconda delle cause (trattamento eziologico). Nel caso in cui si riscontri una **disfagia di natura orofaringea** è consigliabile un controllo neurologico, in quanto potrà essere necessario, dopo i diversi accertamenti, rivolgersi a specialisti della terapia di deglutizione (logopedista o esperto della rieducazione della deglutizione).

Alcuni esercizi sono mirati e focalizzati ad aiutare la persona a coordinare meglio i muscoli della deglutizione, ma anche a stimolare i nervi deputati all'attivazione del riflesso.

Nella **disfagia esofagea** gli interventi sono rivolti ad una dilatazione esofagea (anche per via endoscopica) oppure ad intervento chirurgico, soprattutto nel caso di neoplasie.

Il **trattamento di natura farmacologica** è necessario per i soggetti affetti da malattie da reflusso gastroesofageo, oppure nei casi (es: restringimenti dell'esofago per anomalie

della muscolatura intrinseca - acalasia) in cui si voglia favorire il rilassamento della muscolatura tramite farmaci miorilassanti (calcio-antagonisti).

L'infermiere, responsabile dell'assistenza infermieristica, anche attraverso il lavoro in team accerta e favorisce l'uso di un'alimentazione speciale, a base ad esempio di liquidi o tramite l'uso di un **sondino naso-gastrico**.

In generale, nei casi meno gravi, può essere utile aumentare la frequenza dei pasti riducendone l'abbondanza e tagliando il cibo in piccoli pezzi, preferendo cibi più facili da deglutire ed evitando alcolici, tabacchi e caffeina, i quali contribuiscono a peggiorare il reflusso gastroesofageo che condiziona la disfagia iniziale.

Pertanto la scelta dei tipi di alimenti è strettamente correlata al tipo e grado di disfagia, col fine di **ridurre il rischio di aspirazione**.

È importante, in questa fase, tenere conto di gusti e preferenze del soggetto, delle eventuali patologie concomitanti e del suo stato nutrizionale, eventualmente avvalendosi di una consulenza del nutrizionista.

Il grado di densità dei liquidi può essere modificato con l'aggiunta di addensanti. È preferibile scegliere una dieta con calorie e valori nutritivi elevati per compensare la ridotta assunzione di alimenti.

Coinvolgimento del caregiver

È molto importante monitorare la quantità di cibo e di liquidi che il **soggetto disfagico** assume giornalmente, per assicurare un'adeguata nutrizione ed idratazione.

L'infermiere deve assicurarsi che tutti coloro che danno assistenza (compresi i familiari ed il caregiver) abbiano le conoscenze e le abilità per alimentare in sicurezza la persona.

È necessario conoscere gli interventi da attuare per ridurre il rischio di aspirazione aerea tenendo a disposizione il materiale occorrente per eventuali emergenze (aspiratore, sondini, ossigeno).

Prima di alimentare la persona:

- Favorire un ambiente tranquillo senza troppe distrazioni
- Controllare che il soggetto sia ben riposato, senza dolore, vigile e non sotto effetto di farmaci (es. tranquillanti, antiepilettici)

- Verificare l'igiene orale e se necessario aspirare eventuali secrezioni (una buona igiene migliora la salivazione ed esalta il gusto dei cibi)
- Controllare la capacità del soggetto nel comunicare la difficoltà di deglutire.

Come posizionare la persona

Posizionare la persona seduta a letto o mobilizzarla sulla sedia circa venti minuti prima del pasto. Metterla seduta in posizione eretta con i piedi appoggiati e con eventuali sostegni alla testa e al tronco e il mento puntato verso il torace.

Se la persona è allettata, posizionarla seduta nel letto con la testa appoggiata ed il collo flesso (sostenere con una mano la fronte, se la testa è instabile).

In caso di paralisi unilaterale inclinare la testa dalla parte non colpita (per permettere al cibo di dirigersi verso la parte più efficiente) e far ruotare leggermente il capo verso il lato colpito.

Come alimentare la persona

- Chi aiuta il soggetto a mangiare deve stare seduto al suo stesso livello o più in basso dei suoi occhi
- Evitare di far parlare la persona mentre mangia
- Se la persona ha una paralisi unilaterale porre il cibo dal lato della bocca non colpita
- Dare il tempo necessario alla persona per alimentarsi
- Se la persona si affatica facilmente somministrargli sei piccoli pasti al giorno
- Incoraggiare la tosse dopo la deglutizione
- Se c'è ipersalivazione insegnare alla persona a deglutire la saliva tra un boccone e l'altro
- Fare attenzione alla dimensione dei bocconi
- Evitare l'uso di cannuce o siringhe in quanto creano difficoltà nel controllo della quantità e del flusso dei liquidi
- Non lasciare solo il soggetto quando mangia o beve.

Dopo il pasto

Eseguire l'igiene orale e controllare che non ci siano residui di cibo.

Tenere la persona in posizione seduta per altri trenta–sessanta minuti. Controllare se ci sono segni di aspirazione (rumori respiratori, aumento della temperatura corporea).

L'Infermiere deve:

- Valutare che sostanza, consistenza e tipo di cibo e liquidi siano forniti come prescritto;
- Valutare che l'alimentazione sia intrapresa in accordo con le tecniche specifiche raccomandate o insegnate dal logopedista o dal medico;
- Valutare che i farmaci siano somministrati con sicurezza;
- Monitorare l'assunzione orale ed assicurare un adeguato livello di idratazione e nutrizione, l'utilizzo di un diario alimentare in questi casi è altamente raccomandato dalla letteratura di riferimento;

CAPITOLO QUARTO RICERCA METODOLOGICA

4.1 Introduzione allo studio

La popolazione globale di età superiore ai 65 anni cresce di 9 milioni all'anno e entro il 2025 ci saranno più di 800 milioni di persone a 65 anni nel mondo [1]. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha stimato che circa una persona su sei subirà un ictus alla volta nella vita [2] Secondo l'OMS, circa 17,5 milioni di persone sono morte per malattie cardiovascolari nel 2012, rappresentando il 31% dei decessi globali complessivi. Da questi decessi, una stima di 7,4 milioni era dovuta a malattie coronarie e 6,7 milioni erano dovuti all'ictus [3].

Un ictus è un disturbo focale clinico in rapido sviluppo della funzione cerebrale attraverso symptoms durevoli per ventiquattro ore o più e che portano alla morte, senza

alcuna ragione ovvia se non la fonte vascolare [3]. Il più comune sintomo dopo ictus è disfagia in circa la metà del nuovo ictus ad esordio [4]. La disfagia è un'interruzione del flusso del bolo attraverso la bocca e la faringe. Poiché la funzione della deglutizione è la consegna sicura di un bolo alimentare nello stomaco, allora la complicanza iata della disfagia è il cibo che entra nelle vie aeree [5]. La disfagia come carenza di mangiare e bere attraverso una o tutte le diverse fasi di deglutizione [6].

La disfagia colpisce un gran numero di pazienti con ictus acuto. Si stima che dal 20% al 50% dei pazienti che hanno subito un ictus abbiano segni e sintomi identificabili di disfagia [7]. Una percentuale più alta (dal 30% al 67%) è stato riportato nei pazienti con ictus [8]. La disfagia interrompe metà dei pazienti con ictus acuto e porta a sette volte un pericolo amplificato di polmonite da aspirazione [9]. Fino al 35% dei decessi che possono verificarsi dopo un ictus sono dovuti a polmonite [10]. La frequenza della disfagia nei pazienti classificati come disfagia grave era del 52%, e del 28% con un alto rischio di aspirazione. Al momento della dimissione ospedaliera, solo il 2,1% dei pazienti aveva ancora una grave disfagia [11].

(School of Nursing, The University of Jordan, Amman 11942, Jordan)

1874-4346/182018 Bentham Open

4.2 OBIETTIVI

Questa recensione della letteratura mira a discutere la competenza degli infermieri per lo screening della disfagia tra i pazienti con ictus.

4.3 CONTESTO

La presenza di disfagia tra i pazienti con ictus porta sostanzialmente a problemi psicosociali, medici ed economici [12 - 16]. Polmonite da aspirazione, disidratazione, malnutrizione e perdita di peso degna di nota sono esempi di complicanze mediche della disfagia. La disfagia non solo aumenta la morbilità e il tasso di mortalità dopo l'ictus, ma influisce anche in modo significativo sulla qualità della vita dei pazienti con ictus quando è impossibile condividere i loro pasti con la famiglia e gli amici e può anche aumentare i costi sanitari e la durata della degenza ospedaliera dei pazienti [2, 4, 14 - 24].

La misura di prestazione per ictus specifico della Commissione congiunta [25] ha dichiarato che "lo screening della disfagia deve essere eseguito su tutti i pazienti con ictus ischemico ed emorragico prima di ricevere qualsiasi cosa per bocca, inclusi cibo, liquidi o farmaci orali. Pertanto, il paziente deve rimanere su NPO fino al completamento di uno schermo di disfagia" (p. 24). Lo screening iniziale della disfagia è fondamentale per prevenire future complicazioni sanitarie e dovrebbe avere un'alta priorità nelle pratiche sanitarie [6, 26, 27].

Gli infermieri hanno un ruolo fondamentale nel sostenere la gestione dei pazienti con problemi di deglutizione [28]. Gli infermieri sono i professionisti sanitari per i pazienti con ictus con disfagia, tuttavia, è necessario formare infermieri per valutare e riconoscere la disfagia nell'ordine per migliorare la sicurezza dei pazienti con ictus [5 - 7, 17, 29]. Le conoscenze e le competenze sul disturbo di disfagia aiutano gli infermieri a identificare il problema in tempo e rimandano i pazienti con ictus per la diagnosi e la gestione alla professione sanitaria specializzata [30]. Se gli infermieri effettuano uno screening sulla disfagia entro ventiquattro ore dal ricovero, può ridurre il tempo che i pazienti sprecano senza nutrizione e idratazione e aumentare buoni risultati clinici per i pazienti con ictus [2]. L'assistenza infermieristica, in particolare per coloro che sono addestrati allo screening della disfagia, ha un ruolo importante nella riduzione degli esiti avversi legati alla disfagia [2]. Inoltre, gli infermieri dovrebbero essere competenti a consigliare i medici e il patologo del linguaggio vocale dei sintomi della disfagia [2, 20]. Molti alfabetizzati hanno segnalato la necessità di addestramento degli infermieri registrati su come prendersi cura dei pazienti con ictus con disfagia [6, 10, 26, 31 - 35].

Questa revisione mira a discutere la competenza degli infermieri per eseguire uno screening sulla disfagia tra i pazienti con ictus.

(School of Nursing, The University of Jordan, Amman 11942, Jordan)

4.4 QUESITO DI RICERCA RELATIVA RELATIVO AL PROBLEMA IDENTIFICATO

Il quesito di ricerca è stato stilato secondo il metodo PICO per formulare quesiti focalizzati e strutturati. Un acronimo inglese che indica quattro elementi rappresentati da: il paziente, la popolazione o il problema da risolvere

(patient/population/problem,P);l'intervento(intervention, I); il confronto(comparison, C); l'esito (outcome , O) (Chiari , Mosci, & Naldi 2011).

P: Competenza degli infermieri per lo screening della disfagia tra i pazienti con ictus

I: Assistenza ai pazienti con Disfagia

C: Strategie di coping utilizzate nell'assistenza ai pazienti con disfagia

O: Prevenzione della disfagia

1.5 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

CRITERI DI INCLUSIONE	CRITERI DI ESCLUSIONE
Articoli di fonte primaria	Articoli di fonti secondarie
Anno di pubblicazione degli articoli:2014_2020	Articoli pubblicati prima del 2014
Lingua italiana,inglese,spagnola	Articoli di qualsiasi altra lingua che non sia tra quelle dei criteri di inclusione
Articoli che trattano la disfagia nei pazienti che hanno subito ictus	Articoli che non includono il tema della disfagia e ictus
Articoli che includono strategie di coping della disfagia nei pazienti colpiti da ictus	Articoli che non menzionano le strategie di coping della disfagia
Full-text	

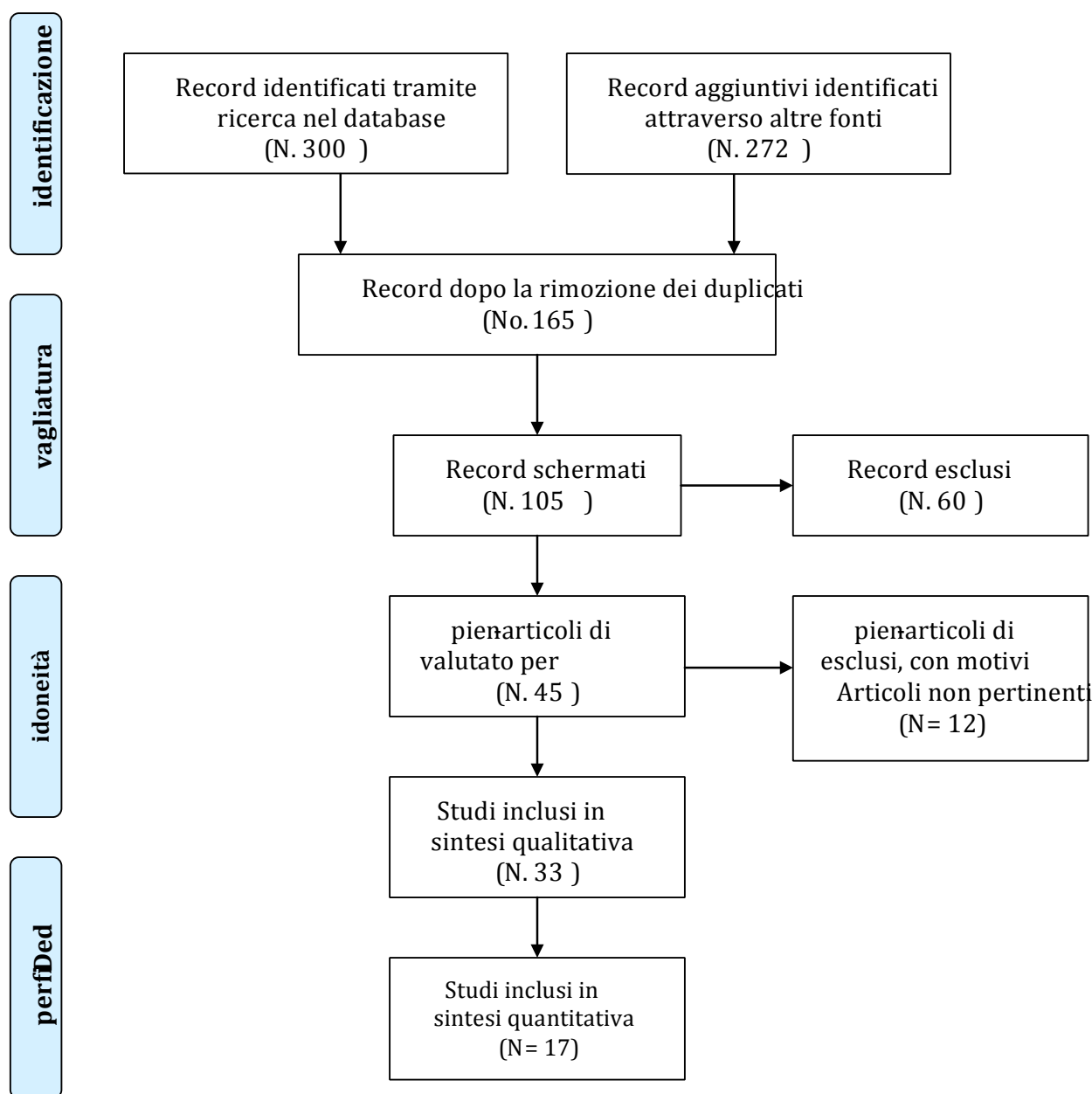
4.5 METODI

La ricerca della letteratura è stata eseguita fino al 2016. Ulteriori studi sono stati identificati attraverso la ricerca di recensioni di letteratura, nonché dagli elenchi di riferimento associati a questi studi. Le parole chiave sono state utilizzate in più combinazioni per consentire una ricerca estesa di queste basi di dati. Le parole chiave utilizzate erano disfagia; disfagia screening competenza dell'infermiera; e ictus. Queste parole chiave sono state inserite in più database elettronici tra cui CINAHL, Medline, Science Direct, Pro Quest, Pub Med, unaad Wiley Online Library.

4.6 RISULTATI

Gli articoli sono stati ottenuti e rivisti in base ai criteri di inclusione specifici stabiliti, quindi gli autori hanno limitato la strategia di ricerca selezionando solo il testo completo. L'analisi delle caratteristiche metodologiche degli studi selezionati ha incluso lo scopo, i campioni, la progettazione dello studio e la misurazione. Alla fine della ricerca bibliografica, sono stati recuperati 45 articoli full-text, i titoli sono stati proiettati per la pertinenza e gli abstract sono stati letti attentamente, dodici articoli non pertinenti sono stati rimossi. I restanti 33 articoli sono stati letti in modo approfondito e considerati rivisti per raggiungere lo scopo del presente studio. Dopo aver esaminato i titoli, i riassunti e aver letto completamente gli articoli, sono stati scelti 10 studi. Fig. (1) mostrano il diagramma PRISMA per la letteratura Review.

La maggior parte degli studi sono stati pubblicati dal 2014 al 2016. Il tipo di tutti gli studi selezionati era la ricerca quantitativa, ad eccezione di una che era un metodo misto in monogruppo, pre e post-studio. La maggior parte degli studi selezionati sono stati studi descrittivi quantitativi non sperimentati ($n = 8$). Due studi erano quasi sperimentali e due erano una rassegna della letteratura, mentre uno studio era uno studio clinico randomizzato. Inoltre, due studi sono stati l'attuazione del progetto e uno è stato valutato clinicamente. Un articolo era un singolo gruppo, pre e post-studio con metodi misti.



Il fig. (1) Sezione trasversale di E-TCS.

Due parti hanno creato il corpo di questa revisione. La prima parte riguarda la letteratura sugli infermieri che formano gli infermieri nello screening della disfagia tra i pazienti con ictus e i benefici dello screening. La seconda parte della revisione riguarda la competenza degli infermieri nelle conoscenze e nelle competenze di screening della disfagia tra i pazienti con ictus. La **tabella 1** illustra i temi degli studi esaminati.

Autori/anno	Titolo	scopo	Progettazione/misure	campione	Risultati/Conclusioni
-------------	--------	-------	----------------------	----------	-----------------------

benefici dello screening della disfagia e della formazione degli infermieri nello screening della disfagia tra i pazienti con ictus

<p>Wright I, Bennet B, Pownall S, Jones A, Garth A. (2015)</p>	<p>Valutare un nuovo approccio alla valorizzazione gestione della disfagia: e-learning misto basato sul posto di lavoro.</p>	<p>Valutare l'effetto di apprendimento e il costo dell'uso delle risorse sulla disfagia</p>	<p>Un unico gruppo, pre e post-studio con metodi misti.</p>	<p>22 Infermieri iscritti 10 assistenti sanitari</p>	<p>L'eLearning misto basato sul posto di lavoro era un modo accettabile ed economico di fornendo informazioni cliniche essenziali conoscenze e competenze su disfagia</p>
<p>Wong H L, Chen I L, Lee H L. 2015 - A</p>	<p>Un programma per migliorare Tasso di precisione di Screening di disfagia per pazienti con ictus.</p>	<p>Migliorare l'accuratezza e il livello di comprensione della screening deglutizione test e la sua attuazione</p>	<p>Attuazione del progetto</p>	<p>Infermieri</p>	<p>Attuazione delle contromisure ha aumentato con successo il precisione e il livello consapevolezza del deglutizione screening e ridotto incidenza di polmonite da aspirazione</p>
<p>Wright J, Loehr L, Nassief 2016 - A.</p>	<p>Convalida di uno strumento di screening della disfagia nei pazienti con ictus acuto.</p>	<p>Progettare e convalidare uno strumento di screening della deglutizione che deve essere utilizzato dagli infermieri.</p>	<p>Studio prospettico</p>	<p>Personale infermieristico amministrato strumento oltre 300 pazienti con ictus</p>	<p>La disfagia dell'ictus acuto Lo strumento di screening è importante per rilevare la disfagia e il rischio di aspirazione.</p>

miaston J Γ, Steger-May K, 2015 - Ford A L.	Un semplice schermo di disfagia del colpo al capezzale, convalidato contro la videofluoroscopia, rileva disfagia e aspirazione ad alta sensibilità	Valutare l'accuratezza del BJH-SDS.	Studio prospettico	225 pazienti con ictus acuto	Elevata sensibilità specificità dell'amilosc per rilevare la disfa; Non è stato individu alcun aumento del polmonite durante implementazione de schermo (p=0,33)
Freeland,T.R., athak, S., Garrett, R., Anderson, J., niels, S. K. (2017)	Uso di Medical Manichini da addestrare Infermieri in ictus Screening della deglutizione.,	Determinare la fattibilità utilizzando manichini di simulazione come componente di allenamento	Quasi sperimentale	32 infermieri registrati	L'allenamento di simulazione con manichini medici p essere utilizzato pe addestrare e valuta infermieri per raggiunto e mantene competenza di deglutizione vagliatura
khtiyari J <i>et al.</i> 2015 – 2016	Effetti dell'intervento precoce della deglutizione terapia al recupero dalla disfagia dopo l'ictus.	Indagine sugli effetti della deglutizione terapia al recupero dalla disfagia dopo l'ictus.	Studio clinico randomizzato.	Sessanta pazienti con disfagia	Tempo di insorgen efficace della terapia deglutizione dopo corsa al recupero c disfagia e la prevenzione complicazioni come l'aspirazione Polmonite

(Tabella)

<p>Etges C L B, Gomes E, Barbosa L R. (2015)</p>	<p>Strumenti di screening per la disfagia: una revisione sistematica.</p>	<p>Effettuare una revisione sistematica degli strumenti di screening disfagia disponibile in letteratura.</p>	<p>Revisione sistematica</p>		<p>Gli strumenti di screening in disfagi sono vari e sono stati sviluppati per pubblico diversificato con il diverso scopo</p>
--	---	---	------------------------------	--	--

Competenza dell'infermiera in termini di conoscenze e abilità di screening della disfagia tra i pazienti con ictus

<p>2015 - Mubeen R, Butt A K.</p>	<p>Conoscenza della disfagia, è screening tra Infermieri e consapevolezza Ruolo della parola e Patologo linguistico in Disfagia</p>	<p>Stabilire la conoscenza della disfagia e il suo screening tra gli infermieri</p>	<p>Un'indagine descrittiva non sperimentale</p>	<p>80 Infermieri convenienti purposivi</p>	<p>Mancanza di conoscenza degli infermieri per quanto riguarda la disfagia</p>
<p>2015- Albini R M N, Soares V M N, Wolf A E, Gonçalves C G O.</p>	<p>Conoscenza infermieristica I professionisti Cura per la disfagica Pazienti in unità di terapia intensiva,</p>	<p>Valutare le conoscenze sui pazienti e le conoscenze disfagiche di cura sulla disfagia, e la sua implicazioni sull'unità di terapia intensiva da parte degli</p>	<p>Uno studio quantitativo, descrittivo e comparativo</p>	<p>Infermieri</p>	<p>Un'adeguata conoscenza della definizione e complicanze della disfagia, mancanza di conoscenza della fasi, cause e cure legate all'alimentazione, farmaci e igiene. mancanza di formazione in</p>

		infermieri			condurre procedure su pazienti disfagici
Rhoda A, Pickel-2015 - Voight A.	Conoscenza degli infermieri in materia di disfagia pazienti post ictus in Namibia»	Determinare le conoscenze e i fattori associati conoscenza degli infermieri per quanto riguarda la disfagia nei pazienti con ictus.	Un'indagine descrittiva quantitativa	188 comodo Infermieri	Gli infermieri hanno una conoscenza moderata dei segni dei sintomi e complicanze della disfagia, ma scarsa conoscenza della sua gestione.

3.1. Formazione degli infermieri nella disfagia dello screening tra i pazienti con ictus e benefici dello screening

Diversi ricercatori hanno studiato i benefici della formazione degli infermieri nella disfagia dello screening che migliorano l'assistenza sanitaria, riducono la durata della degenza del paziente in ospedale, riducono i costi dell'assistenza sanitaria, riducono le complicanze mediche del paziente, diminuiscono il ricambio del personale; tensioni e conflitti sugli operatori sanitari e, soprattutto, riducono i tassi di mortalità [6, 12, 18 - 20, 22, 26, 31, 35, 36]. Lo studio clinico randomizzato ha investigato gli effetti della terapia di deglutizione sul recupero dalla disfagia su sessanta pazienti affetti da disfagia, concludendo che questa strategia previene complicazioni come l'aspirazione [12].

Di conseguenza, Rhoda e Pickel-Voight,(2015) hanno riferito che i pazienti con ictus sperimentano comunemente disfagia dopo ictus e la diagnosi e la gestione precoce è un prerequisito importante per il recupero dall'ictus durante la fase di riabilitazione [35], Edmiaston, Connor, Steger-May, Ford, (2014) ha anche riferito che non c'era polmonite incidente durante l'implementazione della disfagia dello screening [36]. Costantemente,

Tanton, (2010) ha scoperto che una più vicina identificazione dei problemi di deglutizione, ha portato rapidamente ad avviare un percorso di cura della disfagia, di conseguenza diminuire il rischio di complicanza [6]. Chung, Chen e Lee(2015) hanno implementato un progetto per gli infermieri per migliorare l'accuratezza e il livello di comprensione del test di screening della deglutizione e della sua implementazione, i loro risultati rivelano che hanno aumentato con successo l'accuratezza e il livello di consapevolezza dello screening di deglutizione al 100% e il verificarsi di polmonite da aspirazione ridotto dal 19% al 7% [32]. Simili Hinchey, Shephard, Furie, Smith, Wang, and Tonn, (2015) hanno scoperto che la polmonite era una complicanza pesante dell'ictus aumenta la mortalità di tre volte e ha concluso che lo screening formale della disfagia era associato a un più ampio tasso di aderenza allo schermo di disfagia e a un rischio notevolmente ridotto di polmonite e tutti i pazienti con ictus formale dovrebbero essere vagliati per la disfagia [10]. Inoltre, Cichero, Heaton e Bassett (2015) hanno scoperto che lo screening della disfagia riduce la polmonite triplicata [18]. Infermieri formati hanno mostrato maggiore fiducia nella cura dei pazienti con disfagia e offrono maggiore attenzione alle esigenze nutrizionali dei pazienti con ictus [6, 35]. Freeland, Pathak, Garrett, Anderson e Daniels, (2016) nel loro studio hanno usato manichini medici per addestrare 32 infermieri registrati nello screening della deglutizione dell'ictus, hanno scoperto che questo metodo può essere utilizzato per addestrare e valutare gli infermieri per l'acquisizione e la conservazione della competenza di deglutizione [37]. Inoltre, Ilott, Bennett, Gerrish, Pownall, Jones e Garth(2013) hanno utilizzato un singolo gruppo, pre e post-studio con metodi misti per valutare un nuovo approccio (e-learning basato sul posto di lavoro e miscelato) per infermieri registrati e assistenti healthcare, hanno scoperto che questo approccio era un modo accettabile ed economico per fornire conoscenze cliniche essenziali e competenze sulla disfagia [7].

3.2. Competenza degli infermieri in termini di conoscenze e competenze di screening della disfagia

Un professionista sanitario deve completare lo screening della disfagia per ogni paziente con ictus con disfagia prima di dare loro qualsiasi cosa per bocca, La competenza di un infermiere in grado di eseguire lo screening di disfagia in modo indipendente porta all'efficacia per l'esito del paziente stroke [22]. La competenza nell'assistenza infermieristica è essenziale per fornire un'assistenza sicura e di alta qualità ai pazienti con ictus, quindi gli infermieri registrati sono in prima linea nel riconoscere e rispondere alle deviazioni nelle condizioni di un paziente che possono essere di pericolo per la vita.

Per fornire un'assistenza di alto livello ai pazienti con ictus, gli infermieri hanno bisogno di nuove conoscenze e abilità attraverso un programma di orientamento e un'educazione continua [31]. Diversi ricercatori hanno descritto la competenza degli infermieri registrati in termini di conoscenze e abilità riguardanti la disfagia dello screening [30, 31, 35, 38, 39]. McHale, Phipps, Horvath, Schmelz, (2016) hanno condotto uno studio per descrivere le conoscenze pratiche di dodici infermieri esperti. I dati sono stati raccolti da interviste in cui gli infermieri hanno deliberato la narrazione scritta; osservazioni e interviste non partecipative; e la revisione del grafico dei pazienti. Utilizzando la fenomenologia interpretativa, hanno scoperto che la più grande infermiera nello studio non ha realizzato una valutazione completa della deglutizione prima nell'alimentazione dei pazienti, che non era previsto dagli infermieri esperti in quanto non hanno attuato questa valutazione essenziale [39].

Inoltre, Albini, Soares, Wolf, Gonçalves, (2015) hanno condotto uno studio per valutare le conoscenze sulla cura dei pazienti con disfagia da parte delle infermiere rispondendo a un questionario strutturato sulla disfagia. Hanno scoperto che gli infermieri avevano una conoscenza soddisfacente della definizione e delle complicanze della disfagia, ma non erano a conoscenza delle fasi, delle cause e delle cure specifiche relative all'alimentazione, ai farmaci e all'igiene nei casi di disfagia, l'autovalutazione ha riportato una carenza di formazione nello svolgimento di alcune procedure ai pazienti con disfagia. Così, hanno concluso i benefici della formazione continua dell'infermiere che si concentra sullo screening della disfagia tra i pazienti con ictus [31].

Also, Diendéré *et al.*,(2016) ha applicato un'indagine standardizzata nella sezione trasversale per determinare le conoscenze e le pratiche dell'infermieristica riguardo ai disturbi della deglutizione. Scoprirono che pochi infermieri capirono l'importanza dello screening della disfagia [38]. Al fine di migliorare l'assistenza tra i pazienti con ictus, Diendéré, *et al.* Allo stesso modo, Mubeen e Butt (2015) hanno condotto un'indagine per valutare la conoscenza delle difficoltà di deglutizione utilizzando un Questionario a cinque punti autocostruito. I loro risultati hanno indicato che gli infermieri non hanno un'adeguata conoscenza della disfagia dello screening e del ruolo della patologia del linguaggio [30]. Futhermore, Rhoda e Pickel-Voight, (2015) focalizzati sui infermieri, che sono stati i primi professionisti sanitari a interagire con un paziente con ictus, perché è importante che siano competenti e abili nella disfagia dello screening. Tuttavia, hanno scoperto che la consapevolezza degli infermieri riguardo alla disfagia è debole e gli infermieri hanno una conoscenza moderata dei segni, dei sintomi e delle

complicazioni della disfagia, ma scarsa conoscenza della sua gestione mediante applicazione di un questionario con domande chiuse [35]. Per ulteriori informazioni, vedere la tabella 1.

4.7 DISCUSSIONE

I pazienti con ictus sono a rischio di Disfagia perché diminuiscono il livello di coscienza e la funzione nervosa cranica seguita dalla debolezza muscolare facciale e orofaringea [14, 28]. Tuttavia, i segni clinici e i sintomi della disfagia non sono sempre osservabili e l'esistenza di un riflesso del bavaglio intatto non esclude essenzialmente l'opportunità di polmonite da aspirazione [15]. La possibilità di mortalità era più elevata nei pazienti con deglutizione alterata che nei pazienti che non hanno tale alterazione al momento della valutazione clinica [40]. Chang, *et al.* (2015) ha esaminato che i certificati di morte dei pazienti deceduti con ictus erano del 5% a causa di polmonite da aspirazione e dell'1% a causa del soffocamento [41].

Lo screening della disfagia è uno strumento marginalmente invasivo e ha bisogno di una rapida identificazione eseguita da un professionista qualificato [15]. Numerosi strumenti clinici hanno sensibilità e specificità variabili e diversi screening di disfagia sono disponibili per gli infermieri da eseguire tra i pazienti con ictuse validate contro la valutazione strumentale. Sebbene siano presenti numerosi strumenti di screening della disfagia, nessuno ha un'elevata sensibilità e affidabilità o applicato rapidamente con un allenamento minimo [10]. Una delle principali responsabilità degli infermieri registrati è lo screening della disfagia tra i pazienti con ictus perché hanno maggiori possibilità di contatto con i pazienti in posizione clinica e devono apprendere la guida accurata dell'alimentazione sicura dei pazienti con disfagia [37]. Inoltre, gli infermieri specificamente formati nella disfagia dello screening ad interim hanno un ruolo significativo nel far cadere gli esiti avversi collegati alla disfagia [4, 6, 34]. Tuttavia, lo screening della disfagia da parte degli infermieri non sposta la valutazione da parte dei patologi del linguaggio Spe ech; migliora invece le cure fornite ai pazienti a rischio consentendo la diagnosi precoce e l'intervento [2, 6]. La conoscenza dei disturbi della deglutizione in termini di segni e sintomi è fondamentale per gli infermieri che lavorano in diversi contesti hosp ital. La mancanza di conoscenza della disfagia può causare conseguenze pericolose e questo può essere fatale per il paziente. Gli infermieri hanno condotto il test di screening della deglutizione in modo incoerente e senza una procedura standard, causata principalmente dalla mancanza di conoscenze e abilità nello

screening della disfagia e dall'assenza di programmi di allenamento [32]. Diversi ricercatori pongono l'accento sugli infermieri per la formazione dello screening della disfagia [30, 31, 33, 35, 38, 39]. La formazione è un processo attraverso il quale qualcuno ha acquisito le competenze necessarie per una professione. L'insegnamento migliora tutte le conoscenze e le competenze relative alle competenze specifiche per migliorare le proprie capacità e prestazioni al fine di aumentare la produttività [42]. La letteratura supporta la necessità di screening della disfagia a causa di frequenti complicazioni di post-ictus possono essere rilevate dagli infermieri applicando l'appropriato strumento valido [26, 31, 33, 35]. Ci sono stati benefici medici, psicologici ed economici per lo screening della disfagia tra i pazienti con ictus [6, 12, 18 - 20, 22, 26, 31, 35, 36].

Il paziente deve essere più complicato e gli infermieri dovrebbero ottenere competenze essenziali per fornire cure di alta qualità. La cura dei pazienti con disfagia è ancora una sfida a causa della necessità di una corretta gestione delle cure e di un approccio interdisciplinare che coinvolga i logopedisti gli infermieri e gli esperti medici [20, 25]. Per aggiungere ulteriori effetti nell'identificazione della disfagia tra i pazienti con ictus al fine di ridurre le conseguenze della disfagia, gli infermieri dovrebbero valutare la loro competenza utilizzando lo strumento ben sviluppato per identificare il livello di competenza richiesto dal loro ruolo previsto relativo al loro lavoro e dovrebbero essere formati a quel livello [43].

Competenza definita come la capacità di fare qualcosa in modo efficiente e con successo [44]. Allo stesso modo, la competenza ha preferito il risultato di un'integrazione di conoscenze, abilità, giudizi e prestazioni con successo a un livello previsto di formazione infermieristica e sviluppo professionale [45]. Sebbene non esista una definizione universale delle competenze [46], gli infermieri devono continuamente rivalutare le loro competenze e identificare le esigenze di conoscenze e competenze aggiuntive. Misurare le competenze degli infermieri registrati per determinare se un infermiere detiene la capacità di svolgere compiti specifici in materia di competenze, conoscenze, istruzione ed esperienza in base agli strumenti di valutazione delle competenze [47]. Di conseguenza, si prevede che le organizzazioni sanitarie valuteranno e continueranno le competenze cliniche degli infermieri frequentemente registrati come quantità di lavoro per ottenere la migliore assistenza ai pazienti.

Nell'acquisizione e nello sviluppo di un'abilità, un infermiere passa attraverso cinque livelli di competenza: novizio; principiante avanzato; competente; competente; ed esperto [48]. Nel 2015, è stato programmato un quadro di competenza inter-professionale di disfagia [43] per gli infermieri e altri operatori sanitari per fornire maggiore efficacia nella documentazione delle persone con disfunzione di deglutizione per fornire un approccio costante nella formazione e nell'educazione.

Vi sono cinque livelli del quadro di competenza in materia di disfagia inter-professionale e delle loro competenze (Consapevolezza; Assistente praticante di disfagia; Professionista della disfagia della Fondazione; Specialista in disfagia; e Esperto/consulente disfagia) è partito da coloro che hanno fatto conoscenza dei segni e dei sintomi della disfagia e di quelli associati ai rischi per la salute per dimostrare procedure qualificate con un'ulteriore conoscenza teorica sulla ricerca / best practice. La bassa competenza sui risultati registrati degli infermieri diffonde la morbilità e la mortalità tra i pazienti con ictus [47].

4.7 Conclusione :

Nei pazienti con ictus, la disfagia è sintomo frequente e presente allarmante che richiede un'attenzione urgente. Lo screening precoce della disfagia è essenziale per prevenire future complicazioni sanitarie e dovrebbe avere un'alta priorità nelle pratiche sanitarie. Gli infermieri dovrebbero essere consapevoli dei segni e dei sintomi della disfagia per consentire loro di riconoscere i pazienti con disfagia. Infermieri, medici e amministratori ospedalieri devono supportare l'insegnamento e la formazione degli infermieri che si prendono cura dei pazienti con ictus disfagia. Gli infermieri devono sviluppare le loro competenze sullo screening della disfagia sulla base delle prove. La conferma della competenza nella pratica infermieristica dovrebbe essere un'alta priorità per i reparti di sviluppo del personale negli ospedali. La competenza nell'assistenza infermieristica è essenziale per fornire un'assistenza sicura e di alta qualità ai pazienti con ictus, quindi gli infermieri registrati sono in prima linea nel riconoscere e rispondere alle deviazioni nelle condizioni del paziente che possono essere pericolose per la vita. Gli outcomes di questa revisione evidenziano il ruolo della formazione in un collocamento clinico che può essere un'area di ricerca per fornire una formazione regolare sufficiente per un infermiere. Le strategie educative che facilitano lo sviluppo delle conoscenze, delle competenze e delle competenze degli infermieri nella gestione

del paziente sono fondamentali. L'integrazione della teoria e della pratica nei programmi degli studenti infermieri è importante per sviluppare la competenza degli infermieri. L'attuale revisione è unica e suscita per un nuovo corpus di conoscenze ed evidenze sulla dispia di screening tra i pazienti con ictus negli ospedali e informa gli operatori sanitari e gli amministratori dell'importanza dello screening della disfagia prima di iniziare l'assunzione orale di liquidi o alimenti utilizzando un semplice strumento di screening affidabile valido. Inoltre, la sua recensione potrebbe essere una piattaforma per la futura configurazione di politiche e linee guida per gli operatori sanitari per migliorare la disfagia tra i pazienti con ictus. Lo screening della disfagia è un processo chiave nella cura dei pazienti con post-ictus. Tutti gli studi hanno concordato il beneficio dello screening della disfagia tra i pazienti con ictus. Tuttavia, al momento non vi è stato alcun accordo sul miglior approccio allo screening della disfagia [8, 20]. Esiste disaccordo su quale strumento dovrebbe essere utilizzato per lo screening e chi dovrebbe somministrare lo screening [20]. Tutti gli studi hanno affrontato i benefici della formazione degli infermieri nel credere per la disfagia tra i pazienti con ictus in questa recensione della letteratura. Inoltre, vari studi hanno creato diversi protocolli per un infermiere al fine di condurre uno screening di disfagia, ma non c'era nessuno che utilizzava universalmente lo screening della disfagia negli ospedali [20]. Esistono molti metodi di screening, ma tutti hanno dei limiti, specialmente se usati con pazienti gravemente malati [6].

Le pubblicazioni sullo screening della disfagia tra i pazienti con ictus sono iniziate prima di 17 anni e sui metodi utilizzati sugli strumenti con questionari e osservazione dei segni e dei sintomi clinici del paziente [49]. La maggior parte degli studi ha descritto la competenza infermieristica registrata in termini di conoscenze e competenze mediante progettazione esplorativa descrittiva con campionamento propositivo per descrivere e valutare la cura dei pazienti con disfagia con piccole dimensioni del campione [30, 31, 35]. Ma pochi di loro hanno studiato la pratica degli infermieri [37 - 39]. Studi minori hanno utilizzato lo studio di studio clinico quazi-sperimentale [7, 18, 37] e randomizzato [12]. La maggior parte dei ricercatori ha concluso che gli infermieri non hanno conoscenze e pratiche adeguate in diversi aspetti della disfagia e lo screening degli infermieri di disfagia dovrebbe valutare le loro competenze in termini di conoscenze e competenze in strumenti ben sviluppati e esistono diversi strumenti di valutazione. La maggior parte degli studi ha utilizzato questionario strutturato auto-somministrato per valutare le conoscenze, mentre un altro studio ha valutato le

conoscenze pratiche mediante narrazioni scritte; osservazioni e interviste non partecipative; e la revisione del grafico dei pazienti [39].

Referenze

- [1] Organizzazione mondiale della sanità (OMS). L'approccio wise dell'OMS STEP alla sorveglianza dell'ictus 2016
Disponibile presso:
<http://www.who.int/chp/steps/stroke/en/> citato 2016 Aprile
- [2] Hines S, Kynoch K, Munday J. Identificazione e gestione infermieristica della disfagia in individui con compromissione neurologica acuta: Un protocollo di revisione sistematica. Banca dati JBI delle revisioni e delle relazioni di attuazione 2015; 12(5): 195-236. [<http://dx.doi.org/10.1097/01.XEB.0000455128.74875.d2>]
- [3] Organizzazione mondiale della sanità (OMS). Cosa posso fare per evitare un infarto o un ictus? Domande e risposte online 2015 [citato marzo 2016];
Disponibile presso: da <http://www.who.int/features/qa/27/it/>
- [4] Teasell R, Foley N, Martino R, Richardson M, Bhogal S, Speechley M. Dysphagia e aspirazione dopo l'ictus. citato 2016 aprile; Disponibile da: www.ebrsr.com 2015.
- [5] American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Disturbi della deglutizione (Disfagia) negli adulti 2016 Disponibile da [http://www.asha.org/public/speech/swallowing/-Disturbi della deglutizione-negli adulti/](http://www.asha.org/public/speech/swallowing/-Disturbi%20della%20deglutizione-negli%20adulti/)
- [6] Tanton M. Sviluppare uno strumento di screening e un pacchetto di allenamento per identificare la disfagia in tutte le impostazioni. Nurs Times 2016; 106(15): 18-20. [PMID: 20481230]
- [7] Ilott I, Bennett B, Gerrish K, Pownall S, Jones A, Garth A. Valutazione di un nuovo approccio per migliorare la gestione della disfagia: e-learning basato sul posto di lavoro e miscelato. J Clin Nurs 2014; 23(9-10): 1354-64. [<http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12409>] [PMID: 24330351]

- [8] Edmiaston J, Connor LT, Loehr L, Nassief A. Convalida di uno strumento di screening della disfagia nei pazienti con ictus acuto. *Am J Crit Care* 2014; 19(4): 357-64.
[<http://dx.doi.org/10.4037/ajcc2009961>] [PMID: 19875722]
- [9] Singh S, Hamdy S. Dysphagia nei pazienti con ictus. *Postgrad Med J* 2015; 82(968): 383-91.
[Hinchey JA, Shephard T, Furie K, Smith D, Wang D, Tonn S. I protocolli formali di screening della disfagia prevengono la polmonite. *Stroke* 2015; 36, paragrafo 9: 1972-6.
[<http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.0000177529.86868.8d>] [PMID: 16109909]
- [10] Mourão AM, Almeida EO, Lemos SMA, Vicente LCC, Teixeira AL. *Rev CEFAC* 2016; 18(2): 417-25.
[<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201618212315>]
- [11] Bakhtiyari J, Sarraf P, Nakhostin-Ansari N, *et al.* Effetti dell'intervento precoce della terapia di deglutizione sul recupero dalla disfagia a seguito di stroke. *Iran J Neurol* 2015; 14, paragrafo 3: 119-24.
<http://ijnl.tums.ac.ir/index.php/ijnl/article/view/731> [PMID: 26622975]
- [12] Li M, Wang Z, Han WJ, Lu SY, Fang ZY. Effetto della gestione dell'alimentazione sulla polmonite da aspirazione in pazienti anziani con disfagia. *Clin Nurs Res* 2015; 21: 40-4.
- [13] Tanner DC, Culbertson WR. Evitare esiti negativi di disfagia. *Online J Numeri Nurs* 2014; 19(2): 6.
[<http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol19No02PPT03>] [PMID: 26812272]
- [14] Smallwood M. Utilizzando la pratica basata sull'evidenza per sviluppare uno scre en dirondine per i pazienti con ictus. *J Neurosci Nurs* 2012; 29, paragrafo 5: 325-9.
- [15] Vesey S. Dysphagia e qualità della vita. *Br J Community Nurs* 2013. S14, S16, S18-S14, S16, S19 [<http://dx.doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.Sup5.S14>]
- [16] Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie (CDC). Informazioni su Stroke 2016.
- [17] Cichero J A Y, Heaton S, Bassett L. Triaging dysphagia: Screening infermieristico per disfagia in un ospedale acuto. *J Clin Nurs* 2009; 18(11): 2015-2016.

- [<http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02797.x>] [PMID: 19490301]
- [18] Cohen DL, Roffe C, Beavan J, *et al.* Disfagia post-ictus: Una recensione e raccomandazioni di progettazione per le prove future. *Int J Stroke* 2016; 11(4): 399-411.
[<http://dx.doi.org/10.1177/1747493016639057>] [PMID: 27006423]
- [19] Dondorf K, Fabus R, Ghassemi A E. La collaborazione interprofessionale tra infermieri e patologi del linguaggio parlato che lavorano con pazienti a cui è stata diagnosticata la disfagia in strutture infermieristiche qualificate. *J di educazione e pratica infermieristica* 2016; 6(4): 17-20.
- [20] González-Fernández M, Ottenstein L, Atanelov L, Christian AB. Dysphagia after Stroke: An Overview. *Curr Phys Med Rehabil Rep* 2013; 1, paragrafo 3: 187-96.
[<http://dx.doi.org/10.1007/s40141-013-0017-y>] [PMID: 24977109]
- [21] Matesic E. Valutazione dei test e implementazione dello schermo di rondine RN al capezzale basato su evidenze per la disfagia: un cambiamento della pratica clinica. Progetti di indagine pratica DNP 2010 Disponibile da http://uknowledge.uky.edu/dnp_etds/9 citato 2016 Aprile
- [22] Istituti nazionali di sanità. Cos'è un ictus? Disponibile dal 2016. <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/argomenti/tratto>
- [23] National Stroke Foundation. Linee guida cliniche per la gestione dell'ictus 2010.
- [24] Commissione mista. Schermo di disfagia. D Per quali pazienti deve essere eseguito lo schermo di disfagia? 2009 Disponibile presso: http://www.jointcommission.org/standards_information/jcfaqdetails.aspx?StandardsFaqId=88&ProgramId=47 citato 2016 Aprile
- [25] Donovan NJ, Daniels SK, Edmiaston J, Weinhardt J, Summers D, Mitchell PH. Dysphagia Screening: State of the Art: Invitational Conference Proceeding From the State-of-the-Art Nursing Symposium, International Stroke Conference 2016. A nome dell'Unione europea, Consiglio dell'Associazione cardiaca sull'assistenza infermieristica cardiovascolare e l'ictus. *Ictus* 2013; 44: 24-31. <http://stroke.ahajournals.org>
[<http://dx.doi.org/10.1161/STR.0b013e3182877f57>]

- [26] Martino R, Maki E, Diamant N. Identificazione della disfagia utilizzando il Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST®): Sono necessari 10 cucchiaini d'acqua? *Int J Speech-Language Pathol* 2014; 16(3): 193-8.
[<http://dx.doi.org/10.3109/17549507.2014.902995>] [PMID: 24833425]
- [27] Ringleb PA, Bousser MG, Ford G, *et al.* Ictus ischemico e attacco ischemico transitorio. *Manuale europeo Gestione neurologica* 2015; 1(2): 101-58.
- [28] Ho YH, Liu HY, Huang ST. La prevalenza e i segni della disfagia tra i pazienti con ictus in unità riabilitativa. *Hu Li Za Zhi* 2014; 61(2): 54-62.
[PMID: 24676952]
- [29] Mubeen R, Butt AK. Conoscenza della disfagia, È screening sulle infermiere e consapevolezza del ruolo della parola e patologo linguistico nella disfagia. *J Riphah College Rehab Sci* 2014; 2(2): 38-41.
- [30] Albini RMN, Soares VMN, Wolf AE, Gonçalves CGO. Conoscenza dei professionisti infermieristici sulla cura dei pazienti disfagici nelle unità di terapia intensiva. *CEFAC* 2013; 15(6): 1512-24.
[<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013005000047>]
- [31] Chung HL, Chen IL, Lee HL. Un programma per migliorare il tasso di accuratezza dello screening della disfagia per i pazienti con ictus. *Tzu Chi Nurs J* 2015; 12(3): 89-101.
- [32] Barrere C, Delaney C, Peterson D, Hickey K. Primary Stroke Center istruzione per infermieri: Migliorare le misure fondamentali. *J Nurs Adm* 2010; 40(12): 515-21.
[<http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181fc1a05>] [PMID: 21084886]
- [33] Lees L, Sharpe L, Edwards A. Screening di disfagia guidato da infermiere in pazienti con ictus acuto. *Nurs Stand* 2006; 21(6): 35-42.
[<http://dx.doi.org/10.7748/ns.21.6.35.s53>][PMID: 17069157]
- [34] Rhoda A, Pickel-Voight A. Conoscenza delle infermiere per quanto riguarda la disfagia nei pazienti dopo l'ictus in Namibia. *Curationis* 2015; 38(2): 2016.
[<http://dx.doi.org/10.4102/curationis.v38i2.1564>] [PMID: 26842081]
- [35] Edmiaston J, Connor LT, Steger-May K, Ford AL. Un semplice schermo di disfagia a colpo di capezzale, convalidato contro la videofluoroscopia, rileva la

- disfagia e l'aspirazione con alta sensibilità. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2014; 23(4): 712-6.
[\[http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.030\]](http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.06.030) [PMID: 23910514]
- [36] Freeland TR, Pathak S, Garrett RR, Anderson JA, Daniels SK. Disfagia 2016; 31(1): 104-10.
[\[http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9666-6\]](http://dx.doi.org/10.1007/s00455-015-9666-6) [PMID: 26519043]
- [37] Diendéré J, *et al.* Conoscenze e pratiche riguardanti i disturbi da deglutizione nei pazienti emiplegici sugli infermieri dei centri sanitari urbani di Bobo-Dioulasso in Burkina Faso. *e Neurological Sci* 2016; 3: 48-53.
- [38] McHale JM, Phipps MA, Horvath K, Schmelz J. Conoscenze infermieristiche esperte nella cura dei pazienti a rischio di deglutizione compromessa. *Image J Nurs Sch* 2014; 30(2): 137-41.
[\[http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01268.x\]](http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01268.x)[PMID: 9775554]
- [39] Baroni A, Fábio S, Dantas RO. Fattori di rischio per la deglutizione della dysfunction nei pazienti con ictus. *abr/giu* 2012; 49(2): 118-24.
- [40] Chang CY, Cheng TJ, Lin CY, Chen JY, Lu TH, Kawachi I. Segnalazione di polmonite da aspirazione o soffocamento come causa di morte in pazienti morti con ictus. *Ictus* 2013; 44(4): 1182-5.
[\[http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000663\]](http://dx.doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.000663) [PMID: 23449262]
- [41] Dizionario dello studente di Merriam-Webster. Definizione di formazione. Disponibile presso: <http://learnersdictionary.com/definizione/treno>
- [42] Boaden E, Davies S, Storey L, Watkins C. . Quadro di disfagia inter professionista. Dal Royal College of Speech and Language Terapisti 2006 Disponibile presso: <http://www.uclan.ac.uk/facs/health/nursing//gruppi/ictus> citati nel marzo 2016
- [43] Dizionario oxford. Definizione delle competenze 2016 Disponibile presso: <http://www.oxforddictionaries.com/definition/inglese/competenza>
- [44] Alspach J. Dall'infermiere del personale al precettore: un programma di sviluppo del precettore. 2014

- [45] Donilon DM. Nurses Perceptions of their Competence in Managing Patient Situations in Acute Care. Apri accesso disponibile da: http://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1015&context=oa_diss
- [46] Gardulf A, Nilsson J, Florin J, *et al.* La scala di competenza professionale infermieristica (Npc): competenza auto-segnalata sugli studenti infermieristici sul punto di laurea. *Educazione infermieristica oggi* 2015
- [47] Benner P. Dal principiante all'esperto. *Am J Nurs* (1982) 82(3): 402-7.
[<http://dx.doi.org/10.2307/3462928>] [PMID: 6917683]
- [48] Etges CL, Scheeren B, Gomes E, Barbosa LdeR. Strumenti di screening per la disfagia: una revisione sistematica. *CoDAS* 2014; 26(5): 343-9.
[<http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20142014057>] [PMID: 25388065]

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abrate, P. et al.,2016. Valutazione della divisibilità e frantumabilità di forme farmaceutiche orali solide
- 2) Boeri et al,2015. La somministrazione di farmaci tritati e camuffati nelle RSA: prevalenza e implicazioni pratiche
- 3) Bianchi L (2015) La valutazione ed il trattamento della disfagia: un modello di moderna riabilitazione. rivista italiana di fisioterapia e riabilitazione respiratoria
- 4) Bartolone G., Prosiegel M., Schriter-Morasch, Linee Guida diagnostiche e terapeutiche in neurologia, Traduzione italiana di Schindler O. Stuttgart:Thieme 2014, 746-756
- 5) Ruoppolo G., Amitrano A., Travalica A., Di Rosa, Protocollo diagnostico per la disfagia in età adulta,Acta Phon Lat 2001; 23:220-39

- 6) Ramritu P., Finlayson K., Mitchell A., Croft G. Identification and Nursing Impairment. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery; 2015 Systematic Review No. 8
- 7) Schindler O. Manuale operativo di fisiopatologia della deglutizione. Torino, Omega Edizioni, 2016
- 8) Schindler O. Ferri A., Travalica A., Di Rosa, Schindler A., Utari C., La riabilitazione fonatoria, articolatoria e deglutitoria. In: la qualità di vita in oncologia cervico-cefalica. XLV Raduno Alta Italia. Torino 2016
- 9) *Soveria Mannelli: Rubbettino. McDonald, G., Jackson, D., Vickers, M. H., & Wilkes, L. (2016), **Surviving workplace adversity: a qualitative study of nurses and***
- 10) Travalca Cupillo B, Sukkar S, Spadola Bisetti M. Disafagia. Eat Quando la deglutizione diventa un problema. Torino: Omega edizioni; 2014.

SITOGRAFIA

- 1) [sinc -1557318269_aanssinchictus-stroke.pdf](#)
- 2) https://issuu.com/fondazioneoiconlus/docs/disfagiaemultidisciplinariet_
- 3) <https://www.google.com/search?q=epidemiologia+ictus&oq=epidemiologia+&aqs=chrome.69l67j0l57j0i20i263j0j0i20i263j0l4.5528j1j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8>
- 4) <https://www.osservatoriomalattierare.it/altre-malattie-croniche/12555-ictus-cerebrale-la-disfagia-si-verifica-in-circa-il-50-dei-pazienti>
- 5) <https://www.nurse24.it/studenti/dispense-e-piani-assistenziali/ictus-cerebrale-assistenza-infermieristica-al-paziente.html>
- 6) https://www.larivistamedicaitaliana.it/pubblicazioni2013/2_2013/Disfagia.html

RINGRAZIAMENTI

Eccomi giunta alla fine di questa tesi e di questi tre splendidi anni di Università, nei quali credo di essere maturata come professionista in quella mia grande passione da Infermiera, ma anche e soprattutto come persona. Sono tante le conoscenze che ho fatto durante questo percorso, le amicizie che ho coltivato, i rapporti che ho stretto. Vorrei dedicare queste ultime pagine per ringraziare tutte le persone che in me hanno sempre creduto e che mi hanno sempre sostenuto sia nei momenti di difficoltà sia in quelli felici e spensierati. Vorrei che questi ringraziamenti siano un punto di arrivo da una parte, ma anche un punto d'inizio perché credo che non si finisca mai di crescere e spero di poter raggiungere nuovi traguardi importanti nella mia vita con tutte loro al mio fianco. Senza di loro non sarei mai diventata quella che sono oggi. Vorrei ringraziare in primo luogo la mia famiglia, perché mi è stata accanto e non mi ha mai fatto mancare il suo sostegno e il suo aiuto durante questi anni di studio.

Orjeta