

SOCIETÀ ITALIANA DI NEUROLOGIA

Riunione annuale Umbro-Marchigiana

Perugia 14 Dicembre 2018

Sin

IL RUOLO DEL LOGOPEDISTA NELLA STROKE UNIT

**Federica Lucia Galli
Logopedista**

**AOU Ospedali Riuniti di Ancona
Dipartimento Scienze Neurologiche
Clinica di Neuroriabilitazione**



LOGOPEDISTA IN STROKE UNIT



EPIDEMIOLOGIA

◦ **ITALIA** (Linee Guida ISO-SPREAD, 2016)

→ 6,5% PREVALENZA, 144 – 293 / 100.00 /ANNO TASSO DI INCIDENZA

MARCHE (Flusso SDO 2014)

→ 4678 pazienti (PDTA Ictus Regione Marche, 2016)

DEFICIT COGNITIVI (Mancuso et al. 2018)

→ prevalenza variabile da 35% a 92 %

AFASIA (Linee Guida Afasia FLI, 2009)

→ incidenza variabile da 21% a 38%

DISFAGIA (Linee Guida Disfagia FLI, 2007)

→ prevalenza variabile da 40% a 80% nella prima settimana dall'ictus, ad un mese tale percentuale si riduce al 3%-17%

COGNITIVO FASE ACUTA (1)

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Raccomandazione 15.21 GPP

É opportuno che l'inquadramento neuropsicologico in fase acuta sia eseguito con test di **rapida ed agevole somministrazione** (possibile anche al letto del malato). Caratteristiche delle prove cognitive devono essere la **taratura su popolazione italiana e la specificità**

Raccomandazione 15.22 GPP

Il “Montreal cognitive assessment” (MoCA) ed il “mini mental state examination” (MMSE) sono suggeriti anche in fase acuta dell'ictus in quanto consentono di effettuare un primo screening neuropsicologico. Il MoCA mostra una lieve superiorità rispetto al MMSE e presenta alcuni vantaggi quali la disponibilità della versione italiana ed il libero accesso

Sintesi 15.41

Nonostante i recenti progressi, sono necessari ulteriori studi per validare i migliori strumenti testistici di screening cognitivo nella fase acuta e post-acuta dell'ictus

COGNITIVO FASE ACUTA (2)

OCS

Oxford Cognitive Screen

Using the Oxford Cognitive Screen to Detect Cognitive Impairment in Stroke Patients: A Comparison with the Mini-Mental State Examination

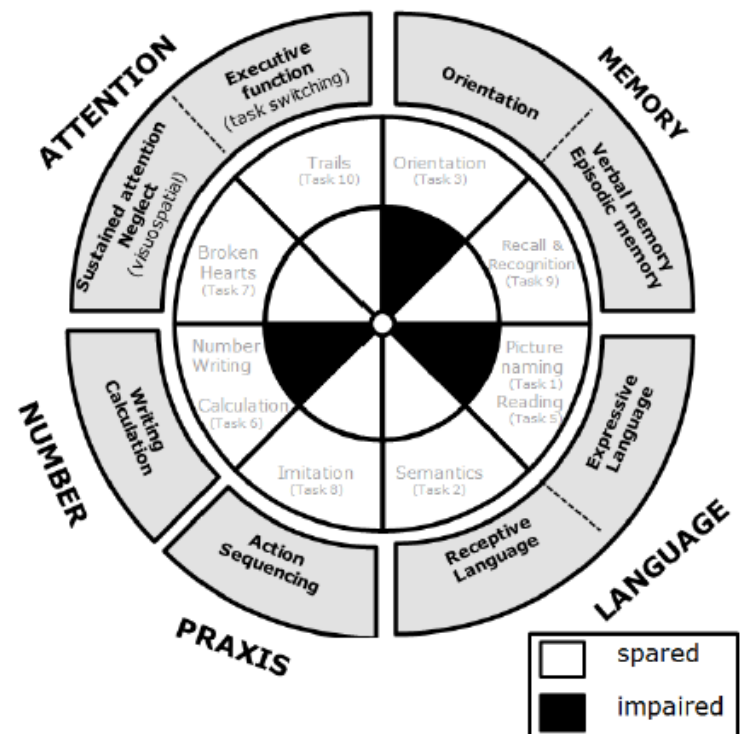
Mauro Mancuso^{1*}, Nela Demayere², Laura Abbruzzese¹, Alessio Damora¹,
Valentina Varalta², Fabio Pirotta¹, Gabriella Antonucci^{4,5}, Alessandro Matano¹,
Marina Caputo², Maria Giovanna Caruso², Giovanna Teresa Pontiggia², Michela Coccia³,
Irene Ciancarilli^{1,5}, Pierluigi Zoccolotti^{4,5} and The Italian OCS Group

ORIGINAL ARTICLE

Italian normative data for a stroke specific cognitive screening tool: the Oxford Cognitive Screen (OCS)

M. Mancuso^{1,6} • V. Varalta^{2,6} • L. Sardella^{1,6} • D. Capitani^{3,6} • P. Zoccolotti^{4,5,6} •
G. Antonucci^{4,5,6} • the Italian OCS Group

Cognitive Profile (Guide)



COGNITIVO FASE ACUTA (3)

TRATTAMENTO RIABILITATIVO ASPECIFICO

- Promuovere strategie di compenso
- Favorire l'autonomia nella vita quotidiana
- Educare i familiari all'utilizzo delle modalità più adeguate di gestione della disabilità emergente
- Favorire il lavoro del team
- Monitoraggio per la fase post-acuta

COGNITIVO FASE POST-ACUTA (1)

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Raccomandazione 14.36 GPP

Prima di eseguire un programma di riabilitazione neuropsicologica si ritiene opportuno eseguire un **corretto inquadramento diagnostico per le singole funzioni cognitive mediante test psicometrici specifici** e procedure di indagine clinica. La valutazione neuropsicologica deve essere inoltre corredata dal profilo emotivo e comportamentale del paziente.

Sintesi 14.6

É utile definire un sistema di comunicazione e condivisione della diagnosi neuropsicologica al team riabilitativo al fine di facilitare l'attuazione del progetto riabilitativo.

In questo ambito diviene indispensabile il colloquio con il *caregiver*: **l'educazione al *caregiver* mediante specifici colloqui** e il supporto psicologico permettono la riduzione del burden.

COGNITIVO FASE POST-ACUTA (2)

1

- BILANCIO NEUROPSICOLOGICO STRUTTURATO

2

- PROGRAMMAZIONE INTERVENTO RIABILITATIVO

3

- TRATTAMENTO COGNITIVO SPECIFICO

COGNITIVO FASE CRONICA

1

- INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

2

- FOLLOW UP COGNITIVO

3

- COUNSELING E/O TRAINING E/O VALUTAZIONI SPECIALISTICHE

AFASIA FASE ACUTA (1)

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Sintesi 13.12

Una grave afasia **condiziona negativamente il recupero dell'autonomia** nelle attività quotidiane

Raccomandazione 14.16 Forte a favore

In presenza di afasia è **raccomandata la presa in carico logopedica** al fine di garantire una dettagliata valutazione e un trattamento adeguato

Raccomandazione 14.17 GPP

Si ritiene opportuno che le strutture ospedaliere si dotino di un **protocollo standardizzato di screening per poter rilevare la presenza di afasia prima possibile**, compatibilmente con le condizioni cliniche

AFASIA FASE ACUTA (2)

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Sintesi 15.40

La presenza di afasia grave non permette la somministrazione dei test di screening (MMSE e MoCA); pertanto **è necessario l'inquadramento diagnostico dedicato del disturbo afasico**

In presenza di afasia è suggerito un primo inquadramento clinico-qualitativo o la somministrazione del test **“esame del linguaggio al letto del malato”**

AFASIA FASE ACUTA (3)

ESAME DEL LINGUAGGIO AL LETTO DEL MALATO (Allibrio et al. 2008)

- [Protocollo e scheda riassuntiva.pdf](#)

AFASIA FASE ACUTA (4)

TRATTAMENTO RIABILITATIVO ASPECIFICO

- Promuovere strategie di compenso
- Favorire l'autonomia nella vita quotidiana
- Educare i familiari all'utilizzo delle modalità comunicative più adeguate
- Favorire il lavoro del team
- Monitoraggio per la fase post-acuta

AFASIA FASE POST-ACUTA (1)

1

- BILANCIO AFASIA STRUTTURATO

2

- PROGRAMMAZIONE
INTERVENTO RIABILITATIVO

3

- TRATTAMENTO COGNITIVO
SPECIFICO

AFASIA FASE POST-ACUTA (2)

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Raccomandazione 14.20 GPP

Si ritiene opportuno che nella presa in carico logopedica del paziente con afasia si considerino i potenziali benefici di supporti, strategie, ausili a bassa o ad alta tecnologia per la comunicazione e che, per le persone selezionate che ne possono trarre beneficio, venga effettuato l'addestramento dei pazienti e dei loro familiari

Raccomandazione 14.21 GPP

Si ritiene opportuno che il trattamento logopedico sia condotto secondo l'approccio ritenuto più appropriato sulla base delle caratteristiche del paziente e delle competenze degli operatori

AFASIA FASE CRONICA

1

- INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

2

- FOLLOW UP COGNITIVO

3

- COUNSELING E/O TRAINING E/O VALUTAZIONI SPECIALISTICHE

DISARTRIA

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Raccomandazione 14.22.a Debole a favore

In presenza di disartria sono indicati:

- una valutazione foniATRica e logopedica finalizzate alla definizione diagnostica e all'identificazione di obiettivi e strategie Di trattamento
- il trattamento logopedico finalizzato all'incremento dell'intelligibilitA dell'eloquio o, ove ciò non avvenga, all'insegnamento di tecniche di comunicazione aumentativa alternativa

Raccomandazione 14.22.b GPP

Si ritiene opportuno che in presenza di disartria il logopedista effettui counseling ai pazienti/familiari/caregivers allo scopo di informarli e indirizzarli alle modalitA piu efficaci di comunicazione.

DISFAGIA FASE ACUTA

LINEE GUIDA ISO-SPREAD

Raccomandazione 14.23 Forte a favore (vedi anche Raccomandazione 10.17)

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

Raccomandazione 14.24 Forte a favore (vedi anche Raccomandazione 10.18)

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

Raccomandazione 14.25 GPP

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

Raccomandazione 14.26 GPP

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

SCREENING DISFAGIA

TEST DELL'ACQUA

PAZIENTE SEDUTO

SOMMINISTRARE **3 CUCCHIAINI DI ACQUA**

DITO A LIVELLO IOIDO-LARINGEO (MONITORAGGIO
DEGLUTIZIONE)

AD OGNI CUCCHIAIO OSSERVARE:

- ASSENZA DEGLUTIZIONE
- COMPARSA TOSSE
- ALTERAZIONE DELLA VOCE → “DICA /A/”
(VELATA/DISFONICA/ GORGOGLIANTE)

AL TERMINE DELLA PROVA OSSERVARE:

- COMPARSA TOSSE
- ALTERAZIONE DELLA VOCE

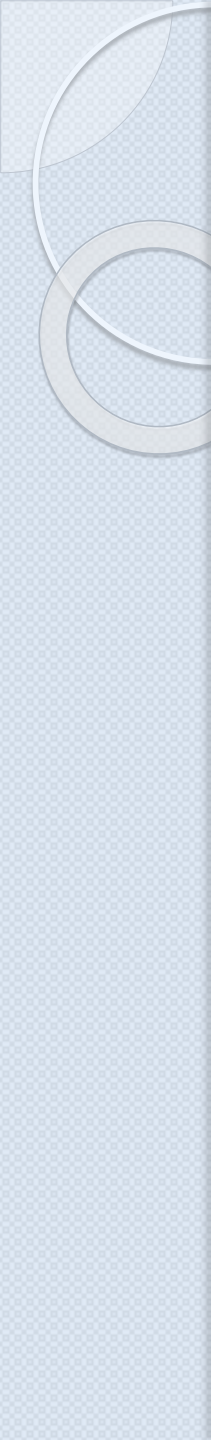
Progetto Regione Marche
“Profilo di Assistenza Ictus Cerebrale”
Gruppo Lavoro “Progetto Disfagia”

Protocollo per lo
SCREENING e la VALUTAZIONE
della Disfagia nel Paziente con Ictus
Cerebrale (2009)

Protocollo Regione Marche ICTUS
DISFAGIA.doc

PREREQUISITI SCREENING

- **LIVELLO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE**
(Capacità di mantenere la vigilanza per almeno 15')
- **CONTROLLO DEL TRONCO**
(Capacità di mantenere la posizione seduta per almeno 15')
- **IGIENE ORALE**
(Provvedere alla pulizia del cavo orale se necessario)
- **STATO RESPIRATORIO**
(Segnalare la presenza di Insufficienza Respiratoria o dispnea. In questo caso è necessaria la valutazione medica per poter procedere allo screening)



SCREENING POSITIVO

**NON SOMMINISTRARE NULLA PER
BOCCA**

**RICHIEDERE UNA VALUTAZIONE
DELLA DEGLUTIZIONE DA PARTE
DEL PERSONALE SPECIALIZZATO
(LOGOPEDISTA O MEDICO
SPECIALISTA)**

SCREENING NEGATIVO

ESEGUIRE IL **50ml WATER SWALLOW TEST**
(Martino et al., 2000):

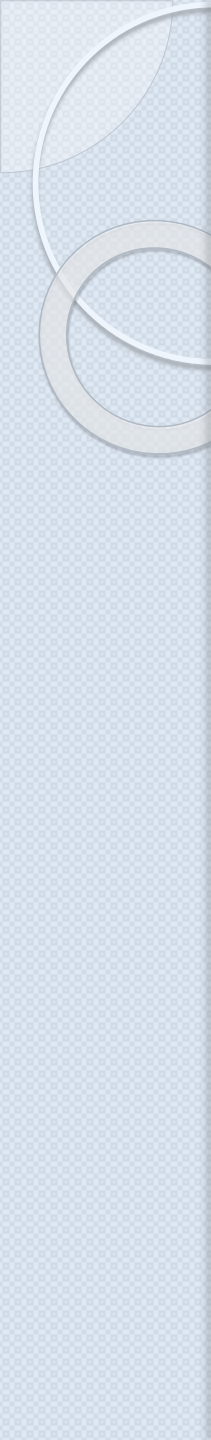
IL PZ BEVE IN MODO CONTINUATIVO 50ml DI ACQUA

DURANTE LA PROVA OSSERVARE:

- ASSENZA DEGLUTIZIONE
- IL PZ INTERROMPE LA PROVA
- COMPARSA TOSSE
- ALTERAZIONE DELLA VOCE

AL TERMINE DELLA PROVA OSSERVARE:

- COMPARSA TOSSE
- ALTERAZIONE DELLA VOCE



TEST 50ml POSITIVO

**NON SOMMINISTRARE NULLA PER
BOCCA**

**RICHIEDERE UNA VALUTAZIONE
DELLA DEGLUTIZIONE DA PARTE DEL
PERSONALE SPECIALIZZATO
(LOGOPEDISTA O MEDICO
SPECIALISTA)**

TEST 50ml NEGATIVO

PZ INIZIA ALIMENTAZIONE PER OS CON CAUTELA
(cibi morbidi a ridotta masticazione evitando
consistenze miste).

PROSEGUE L'OSSERVAZIONE

→ TOSSE E/O INFEZIONI POLMONARI

SE NECESSARIO:

→ LOGOPEDISTA

→ MEDICO SPECIALISTA

DISFAGIA FASE POST-ACUTA (1)

VALUTAZIONE CLINICA

EFFETTUATA DAL LOGOPEDISTA ATTRAVERSO LA RACCOLTA DI DATI ANAMNESTICI GENERALI E SPECIFICI, L'OSSERVAZIONE DEL PAZIENTE, LA RILEVAZIONE DEI SINTOMI E SEGNI CLINICI DI DISFAGIA, LA VALUTAZIONE DELLE STRUTTURE COINVOLTE NELL'ATTO DEGLUTITORIO, L'ESAME CLINICO CON PROVE DI DEGLUTIZIONE E TEST STANDARDIZZATI

Somministrare ognuna delle consistenze **più volte** per valutare:

- Se, rispetto al primo bolo, nei successivi la prestazione risulta invariata, migliorata o peggiorata
- Confronto dati clinici al controllo longitudinale

DISFAGIA FASE POST-ACUTA (2)

VALUTAZIONE FUNZIONALE

- ADATTAMENTI REOLOGICI
- STRATEGIE COMPORTAMENTALI PROTETTIVE
- POSTURE DI COMPENSO
- MODIFICHE DI CONSISTENZA (COMPLIANCE)
- IDENTIFICAZIONE DEL CAREGIVER

DISFAGIA FASE POST-ACUTA (3)

PRESA IN CARICO LOGOPEDICA

- Counseling
- Adattamenti dietetici
- Compenso posturale
- Strategie comportamentali
- Igiene orale
- Modalità di assunzione dei farmaci

**ADDESTRAMENTO
PAZIENTE E/O CAREGIVER**

DISFAGIA FASE POST-ACUTA (4)

RUOLO DEL LOGOPEDISTA

PROVVEDIMENTI ADATTIVI

→ dietetici, comportamentali, addestramento del caregiver

STRATEGIE DI COMPENSO

→ manovre deglutitorie, posture, precauzioni comportamentali

TECNICHE RIABILITATIVE

→ Esercizi per il deficit motorio e/o sensoriale, stimolazione dei riflessi...

DISFAGIA FASE CRONICA

1

- INTEGRAZIONE OSPEDALE - TERRITORIO

2

- FOLLOW UP DEGLUTITORIO

3

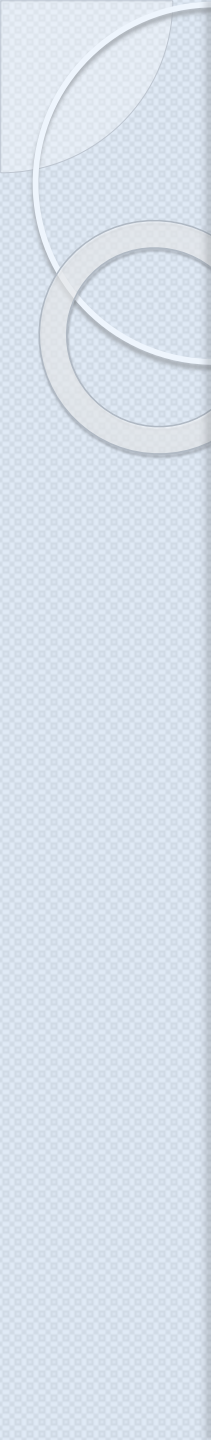
- COUNSELING E/O TRAINING E/O VALUTAZIONI SPECIALISTICHE

CONCLUSIONI (1)

- PRESENZA DEL LOGOPEDISTA IN STROKE UNIT
- FORMAZIONE DEL LOGOPEDISTA SPECIFICA SUL PAZIENTE NEUROLOGICO ADULTO
- GESTIONE DEL PAZIENTE CON ESITI DI ICTUS IN TEAM

CONCLUSIONI (2)

- IMPLEMENTAZIONE DELLA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE TRA OSPEDALE E TERRITORIO
- ADOZIONE DI PERCORSI CONDIVISI DALLA FASE ACUTA ALLA FASE CRONICA
- AGGIORNAMENTO COSTANTE DELLE LINEE GUIDA DEDICATE



*Se davvero si vuole aiutare qualcuno, bisogna
prima scoprire dove si trova.*

Questo è il segreto dell'assistenza.

*Se non si può scoprirlo è solo un'illusione credere
di poter aiutare un altro essere umano .*

*Aiutare qualcuno significa comprenderlo più di
quanto lui possa fare, ma prima di tutto
bisogna comprendere ciò che egli comprende.*

S. Kierkegaard