

# Principi di rimediazione e riabilitazione della deglutizione

**Dott. Massimo Spadola Bisetti**

Specialista in Foniatria, Audiologia ed Otorinolaringoiatria



# Premessa

Come ribadito dalle linee guida ministeriali del 1998 (e successivo documento di accordo Stato-Regioni “ Piano di indirizzo per la riabilitazione” del 10/2/2011), qualsiasi intervento riabilitativo deve essere finalizzato verso quattro obiettivi:

- **Recupero di una competenza** funzionale perduta del paziente
- **Evocazione di una competenza** che non è comparsa nel corso dello sviluppo
- Necessità di **porre una barriera alla regressione funzionale nelle malattie croniche-degenerative** riducendone i fattori di rischio e dominandone la progressione
- Reperire **formule facilitanti** alternative.

L'intervento riabilitativo ha inizio nel momento stesso in cui il danno si instaura.

Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione.  
(GU Serie Generale n.124 del 30-05-1998)

# Gli stadi della riabilitazione

1. **Il primo stadio** della riabilitazione ha luogo al momento stesso in cui si verifica la menomazione: o in **fase acuta** di malattia o all'accertamento di una patologia congenita o cronica.
2. **Il secondo stadio** della riabilitazione prende avvio in funzione delle disabilità che residuano non appena superata la fase acuta di malattia. Concerne la **fase post-acuta** e riguarda sia le strutture ospedaliere che quelle extraospedaliere di riabilitazione (pubblico o privato).
3. **Il terzo stadio** richiede interventi sanitari meno sistematici (in quanto afferenti ad una condizione di **handicap stabilizzato**) e pertanto praticabili anche in termini di trattamento ambulatoriale, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionari conseguite dal soggetto ed alla prevenzione delle possibili ulteriori involuzioni.

**I suddetti criteri valgono, in linea generale per ogni età e per ogni patologia invalidante o potenzialmente tale.** L'età evolutiva e l'età senile nonché la patologia di ordine psichico richiedono considerazioni specifiche.

Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione.  
(GU Serie Generale n.124 del 30-05-1998)

# Programma riabilitativo

## 1.2 PROGRAMMA RIABILITATIVO

All'interno del progetto riabilitativo, il "programma riabilitativo" definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi:

- **definisce le modalità della presa in carico** da parte di una specifica struttura dell'area riabilitativa
- **individua gli obiettivi** immediati (da raggiungere nello spazio di pochi giorni) e/o gli obiettivi a breve termine (da raggiungere nell'ambito di poche settimane) e li aggiorna nel tempo
- **definisce modalità e tempi di erogazione** delle singole prestazioni previste negli stessi interventi
- **individua i singoli operatori** coinvolti negli interventi e ne definisce il relativo impegno, nel rispetto delle relative responsabilità professionali.

Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione.  
(GU Serie Generale n.124 del 30-05-1998)

# Riabilitazione per la disfagia: le linee guida

## Linee guida sulla gestione del paziente disfagico adulto in foniatria e logopedia (FLI 2007 – full text)

«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».

## Practice standards and guidelines for dysphagia intervention by speech-language pathologists (CASLPO 2018 – full text)

1. The overall objective of speech-language pathology (SLP) dysphagia services is to optimize the individuals' ability to swallow, and thus improve their quality of life.
2. This objective is best achieved through the provision of services that are integrated into meaningful life contexts.
3. These practice standards and guidelines apply to the delivery of services by a SLP to any patient with dysphagia, regardless of age, gender, ethnicity, aetiology or the setting in which the service is provided.



# Presa in carico riabilitativa logopedica della disfagia

I **requisiti minimi** per presa in carico riabilitativa logopedica della disfagia sono:

- **Paziente vigile**
- **Respiro autonomo**
- **Assenza di impedimenti meccanici** (es. ferule mandibolari, mezzi di contenzione, caschetti di ossigenazione)
- **Assenza di eventi critici** durante il trattamento (bradicardia/tachicardia, crisi ipo/ipertensive, vomito, lipotimia)
- **Possibilità di porre il paziente a busto ad almeno 80°** e di mantenere tale postura per almeno 20 minuti
- **Capacità di mantenere una saturazione della  $pO_2 \geq 90\%$  per un tempo pari ad almeno 20'**, ev. con l'uso di somministratori di ossigeno "ad occhialini" (con esclusione di altri mezzi quali mascherine o caschetti)
- **Condizioni generali tali da consentire di sopportare il trattamento riabilitativo per almeno 20 minuti**
- **Assenza di agitazione psicomotoria, sanguinamenti, infezioni**
- **Trattamenti previsti compatibili** con le condizioni generali del paziente ed il luogo dove verranno effettuati
- **Cavo orale pulito e privo di infezioni o quadri flogistici**

Spadola Bisetti M., Raimondo S. Atti GISD 2008

# Cause di sospensione di un trattamento in corso

- **Peggioramento delle condizioni generali** con perdita di prerequisiti
- **Fine vita**
- **Imminenza di trattamento medico**, chirurgico o radioterapico potenzialmente modificante le condizioni locali o generali
- **Mancanza di compliance** da parte di care-givers
- **Rifiuto del paziente**
  - Nel caso in cui un paziente scelga di rifiutare il piano di gestione, deve essere informato dei rischi connessi al suo rifiuto e consigliato nel modo più sicuro di agire, date le circostanze
  - Ove possibile, Curante, Foniatra e Logopedista devono supportare il paziente e identificare un piano di gestione alternativo più accettabile (CASLPO 2018)

# Strumenti riabilitativi

La riabilitazione della deglutizione viene effettuata, previa valutazione foniatrica, dal logopedista e verte su tre cardini principali:

## 1. Artifici dietetici



## 2. Posture di compenso



## 3. Esercizi di rinforzo muscolare e raclage.



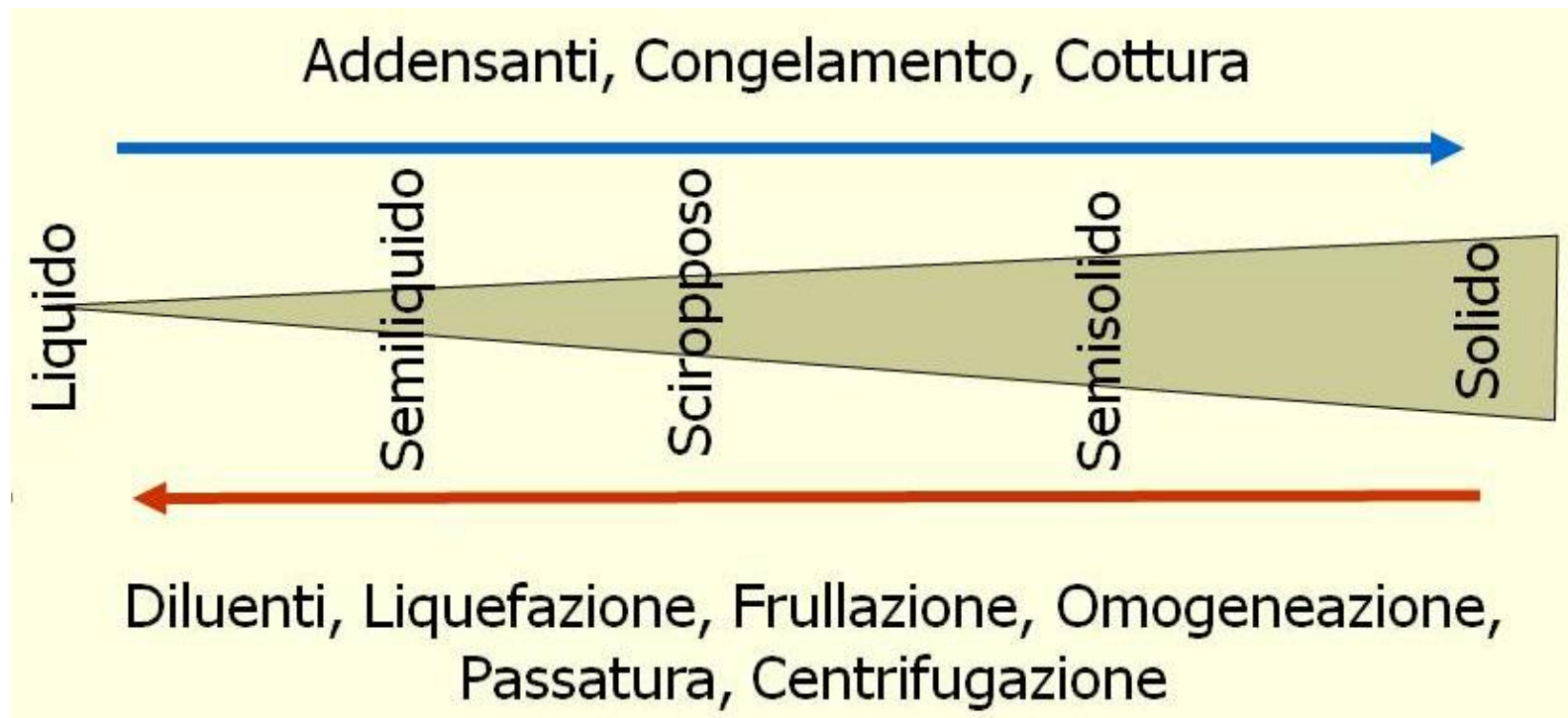


# Artifici dietetici <sup>1</sup>

- Gli artifici dietetici riguardano la **scelta delle consistenze** dei cibi più adeguate all'assunzione e la loro modalità di somministrazione.
- **Non è possibile generalizzare l'indicazione che va personalizzata paziente per paziente:** a puro titolo di esempio, nelle forme di disfagia in cui è presente un deficit del riflesso faringeo sono indicate diete cremose/semisolide con esclusione dei liquidi mentre, all'opposto, nelle disfagie da esiti chirurgici del cavo orale sono preferite diete liquide e semiliquide con esclusione di cibi più densi.

## Artifici dietetici 2

In caso di esclusione di una o più consistenze dalla dieta per os, è possibile ricorrere a **mezzi fisici**, quali la cottura o il congelamento, oppure a **sostanze addensanti o diluenti** per portare il cibo alla consistenza necessaria.



# Posture di compenso

La ricerca di posture di compenso mira ad individuare posizioni del capo, del collo e del busto da tenere durante l'assunzione del bolo in grado di minimizzare il rischio di penetrazione dello stesso nelle vie aeree e di facilitarne la progressione. Anche in questo caso la scelta della postura deve essere personalizzata.

Indicativamente si può utilizzare:

- **flessione posteriore del capo** all'inizio della deglutizione: consente la detersione per gravità della cavità orale, è utile nei casi di insufficiente controllo orale del bolo per deficit linguale
- **flessione anteriore del capo**: permette la distensione delle vallecule glosso-epiglottiche, sposta posteriormente la base della lingua e l'epiglottide ed è indicata nei casi di deficit del riflesso faringeo e di ridotta motilità posteriore della lingua
- **flessione laterale del capo verso il lato sano**: consente di indirizzare il bolo verso il lato dove la funzionalità è meglio conservata. Indicato nei casi di paralisi o paresi di una emifaringe o laringea monolaterale. In questi stessi casi si può utilizzare la rotazione del capo verso il lato lesa

**All'adozione della postura possono essere abbinate compressioni manuali esterne sul mento, su un lato del collo o sulla cartilagine tiroidea.**

# Esercizi di rinforzo muscolare e raclage

- Mentre artifici dietetici e posture di compenso sono rimedi di adozione ed efficacia immediati, le manovre deglutitorie e di rinforzo muscolare richiedono un **periodo di addestramento** ed esercizio e vanno effettuate sotto istruzione e supervisione logopedica.
- Tale riabilitazione può mirare sia al rafforzamento delle strutture muscolari residue che ad incrementare le capacità di percezione del passaggio o del ristagno del bolo e prevede una “**ginnastica**” che interessa gruppi di muscoli volontari da personalizzare alla rimediazione del deficit individuato.

# Manovre deglutitorie

Nella seguente tabella le manovre deglutitorie più utilizzate.

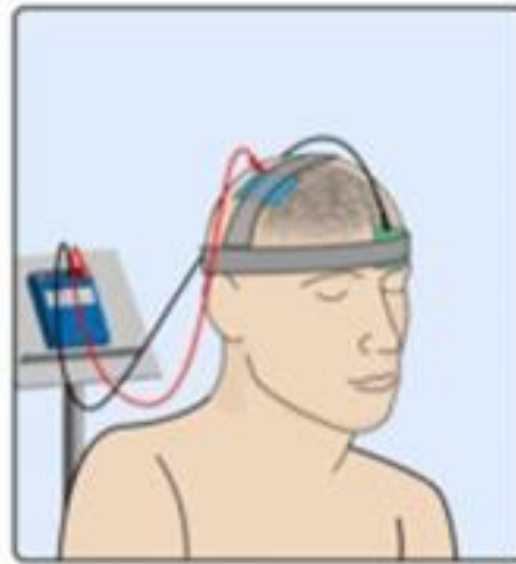
MANOVRE	FINALITA'	METODICA
<b>Deglutizione sovraglottica</b>	Ottenere una chiusura volontaria delle corde vocali in caso di inalazione	Effettuare una doppia deglutizione trattenendo il respiro e facendo seguire un colpo di tosse
<b>Deglutizione super- sovraglottica</b>	Ottenere una chiusura volontaria delle corde vocali e delle false corde e l'inclinazione anteriore delle aritenoidi fino a portarle a contatto con l'epiglottide	Tenere un'apnea piena forzata prima e durante la deglutizione ed effettuare una doppia deglutizione, facendo seguire un colpo di tosse
<b>Deglutizione forzata</b>	Miglioramento della spinta linguale posteriore e della pressione faringea. Riduzione dei ristagni nelle vallecole glosso-epiglottiche	Forzatura e prolungamento dell'azione linguale di spinta contro il palato durante la fase orale
<b>Manovra di Mendelsohn</b>	Aumento del tempo e dell'entità dell'elevazione della laringe. Aumento della durata dell'apertura dell'UES	Aumento e prolungamento dell'elevazione ioidea, ev. ottenuto con un aiuto manuale esterno, durante l'atto deglutitorio.

# Altre metodiche

Sono di recente introduzione e di ancora non ben chiara efficacia metodi che abbinano la tradizionale riabilitazione logopedica a sistemi di stimolazione transcranica magnetica (*Transcranial magnetic stimulation TMS*) o a corrente diretta continua (*Transcranial direct current stimulation tDCS*).



TMS



tDCS

# Bibliografia <sup>1/2</sup>

1. Schindler O. e coll. Deglutologia. Ed. Omega 2011
2. Welch MV et al. Changes in pharyngeal dimensions effected by chin tuck. Arch Phys Med Rehabil. 1993;74(2): 178-81. ([PubMed](#))
3. Steele CM et al. Variability in execution of the chindown maneuver by healthy adults. Folia Phoniatr Logop 2011;63(1): 36-42 ([PubMed](#))
4. Rasley A. et al. Prevention of barium aspiraion during videofluoroscopic swallowing studies: value of change in posture. AJR Am J Roentgenol. 1993 May;160(5):1005-9. ([PubMed](#))
5. Bulow M. et al. Supraglottic swallow, effortful swallow, and chin tuck did not alter hypopharyngeal intrabolus pressure in patients with pharyngeal dysfunction. Dysphagia 2002; 17: 197-201 ([PubMed](#))
6. Garcia JM et al. Thickened liquids: practice patterns of speech-language pathologists. Am J Speech Lang Pathol 2005; 14:4-13. ([PubMed](#))
7. Robbins J. et al. The effects of lingual exercise on swallowing in older adults. J Am Geriatr. Soc. 2005; 53:1483-9. ([PubMed](#))
8. Robbins J. et al. The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia. Arch Phys Med Rehabil 2007; 88: 150-8. ([PubMed](#))

# Bibliografia 2/2

9. Clark HM et al. Effects of directional exercise on lingual strength. J Speech Long Hear Res. 2009; 52:1034-47. [\(PubMed\)](#)
10. Vasant DH et al. Transcranial direct current stimulation reverses neurophysiological and behavioural effects of focal inhibition of human pharyngeal motor cortex on swallowing. J Physiol. 2014 Feb 15;592(4):695-709. [\(PubMed\)](#)
11. Park JW et al. Changes of cortical activation in swallowing following high frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in older adults. Neurogastroenterol Motil. 2017 Nov;29(11). [\(PubMed\)](#)