

Il logopedista nella Terapia Intensiva Neonatale: approccio al neonato con disordini nelle abilità oro-alimentari

Sara Panizzolo

Logopedista Magistrale, UOC di ORL e Chirurgia Cervico-Facciale, UOC di Neonatologia e TIN, AORN dei Colli-Monaldi (NA); Vice Presidente FLI Campania – Segreteria Nazionale FLI

Sommario

La letteratura scientifica riporta che i neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) — prematuri, di basso peso alla nascita o con danni neurologici — hanno oggi, grazie a cure di avanguardia, una maggiore possibilità di sopravvivenza, ma, allo stesso tempo, sono anche ad aumentato rischio di sviluppare difficoltà su numerosi versanti evolutivi. Per questo motivo numerosi studi di evidenza a carattere internazionale sostengono un intervento precoce di stimolazione oro-motoria al fine di favorire il passaggio del neonato dalla nutrizione passiva a una alimentazione indipendente ed esclusivamente per os e quindi diminuire il tempo di degenza. L'approccio logopedico, in stretta collaborazione con l'équipe multidisciplinare, prevede un intervento che parte dallo specifico modello organizzativo della TIN per poi essere diretto al neonato e al genitore.

Parole chiave

Neonati prematuri, Abilità oro-motorie, Intervento oro-motorio, Abilità di alimentazione.

Introduzione

Numerosi studi affermano che i neonati ricoverati in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) — prematuri, di basso peso alla nascita o con danni neurologici, sindromici — hanno oggi, grazie a cure di avanguardia, una maggiore possibilità di sopravvivenza, ma, allo stesso tempo, sono anche ad aumentato rischio di sviluppare difficoltà su numerosi versanti. L'alta complessità assistenziale del percorso di cura e riabilitazione vede coinvolte molteplici figure professionali in possesso di elevate competenze, quali il neonatologo, il pediatra, il neuropsichiatra infantile, l'infermiere, il fisioterapista, il logopedista, lo psicologo, l'assistente sociale e, all'occorrenza, ulteriori specialità sanitarie e socio-educative.

Ambiti di intervento del logopedista nell'area critica neonatale

In regime di ricovero: prevenzione e trattamento precoce dei disordini della sfera oro-alimentare

Alla nascita i neonati ricoverati in TIN, per le condizioni cliniche di base, sono sottoposti a intubazione per la ventilazione e la nutrizione e ad assunzione di farmaci che spesso interferiscono negativamente con il periodo critico per l'apprendimento delle abilità motorie orali, sui pattern oro-ritmici e sull'organizzazione del processo di Suzione-Deglutizione-Respirazione (SDR). La conseguenza di un'obbligata e protratta alimentazione passiva tramite sondino o *gavage* limita o annulla alcuni riflessi arcaici presenti già in vita intrauterina (la suzione alla 24^a settimana di gestazione, la deglutizione e respirazione, presenti intorno alla 32/34^a settimana) (Arvedson et al., 2010) e si associa a:

- ipo/ipersensibilità e motricità della sfera orale;
- facile affaticabilità per scarso tono muscolare;
- presenza di reflusso gastro-esofageo e/o ridotta motilità intestinale;
- nutrizione scandita e scollegata dalla dinamica relazionale (Kenner e McGrath, 2004).

Queste difficoltà rappresentano una delle cause più frequenti di dimissione posticipata, aumento dello stress materno e aumento dei costi sanitari (Position Statement della American Academy of Pediatrics, 2008). Inoltre, tali alterazioni funzionali, se protratte nel tempo, si potranno ripercuotere sulla sfera affettiva ed evolutiva, evidenziando poi un ritardo delle funzioni orali più evolute (masticazione, lallazione, articolazione verbale, avversione o selettività alimentare).

Oral feeding management: approccio logopedico

Numerosi sono gli studi di evidenza a carattere internazionale (a fronte di un'estrema povertà di letteratura scientifica italiana) a sostegno di un intervento precoce di stimolazione orale al fine di favorire il passaggio del neonato dalla nutrizione passiva a un'alimentazione indipendente ed esclusivamente per os e diminuire quindi il tempo di degenza. L'approccio logopedico, in stretta collaborazione con l'équipe multidisciplinare, prevede un intervento che parte dallo specifico modello organizzativo della TIN per poi rivolgersi al neonato e al genitore (figura 1).

| Oral feeding management: approccio logopedico | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Obiettivi: | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> – Facilitare il passaggio ad alimentazione per os – Diminuire il tempo di degenza ospedaliera | | | | |
| <i>Interazione con l'équipe multidisciplinare</i> | | | | |
| Intervento sul modello | Intervento sull'ambiente | Intervento sul neonato | Intervento sul genitore | |
| Setting Approccio qualitativo Focus su neonato Educazione dei caregiver | Preparazione al pasto Supporti posturali Individuazione e adozione di ausili facilitanti | <i>Cue based feeding:</i> valutazione e trattamento | Informazione Educazione Collaborazione Partecipazione | |

Fig. 1 *Oral feeding management: approccio logopedico.*

In letteratura il trattamento logopedico sulle qualità oro-motorie del neonato viene definito con numerosi termini (*Early Oral-Motor Interventions, Oral-Motor Stimulation, Oral-Motor Techniques, Prefeeding Stimulation Program, Sensory-Motor-Oral Stimulation, Oral-Tactil-Chinesthetic Stimulation, PIOMI*, ecc.), così come numerose sono le Scale per la Valutazione delle Abilità di Alimentazione.

Tutti gli studi indicano l'importanza, dopo una specifica valutazione obiettiva e funzionale, di un *intervento diretto sul neonato* clinicamente stabile, mirato a normalizzare sensibilità e propriocezione e al riequilibrio di forza, tono e resistenza della sfera peri- ed endo-orale. L'obiettivo è quello di riattivare il Riflesso della Suzione Non Nutritiva (SNN) per poi concentrarsi sulla Suzione Nutritiva (SN). Il logopedista, per favorire il passaggio a un'alimentazione naturale o artificiale (per biberon), realizza un programma di stimolazione orale in fase pre-feeding e al momento del pasto si avvale di alcune strategie che si configurano nell'individuazione e adozione di biberon, ciucci e tettarelle adeguate alla specifica morfologia e motricità della bocca del neonato preso in cura, nonché nell'utilizzo di posture facilitanti e di specifiche manovre che aiutino l'organizzazione del pattern oromotorio SDR, aumentino i segnali di prontezza e riducano i segnali di stress. Tale intervento mira inoltre a prevenire lo strutturarsi di una vera e propria disfagia oro-faringea, di disturbi della condotta alimentare, di eventuali ritardi specifici del linguaggio a componente oro-prassica e limitazioni negli aspetti non verbali della comunicazione (espressioni del viso, mimica facciale, *oral skills*).

L'*intervento sul genitore* è orientato a promuovere l'*in-formazione* e quindi le abilità genitoriali (in particolar modo della madre) per facilitare il processo di attaccamento e il rinforzo della relazione e della comunicazione, condurre a un'autonoma gestione alimentare del neonato, aumentare le conoscenze sulle tappe dello sviluppo oro-alimentare, linguistico e comunicativo del bambino e favorire la partecipazione attiva all'intero percorso clinico e riabilitativo (modello della Medicina Partecipativa – *Family Centered Care*).

In regime di continuità assistenziale: prevenzione e trattamento precoce dei disturbi della sfera cognitiva e comunicativa

Il bambino con un danno o una disorganizzazione neurologica avvenuto in epoca prenatale e/o neonatale può mostrare nel tempo sequele secondarie, anche in condizioni di comorbidità con altri disturbi delle funzioni comunicativo-linguistiche e neuro-cognitive che richiedono un vario grado di complessità di intervento. Si può evidenziare un disturbo neuro-evolutivo maggiore (ad esempio, paralisi cerebrale infantile, ritardo motorio e cognitivo, sordità, cecità, autismo). Oppure si può evidenziare, ma solo in epoche successive, un disturbo neuro-evolutivo minore, con difficoltà in specifici domini neuropsicologici.

Tali difficoltà, se non diagnosticate e trattate in tempo in modo adeguato, rischiano di configurarsi e strutturarsi in veri e propri disturbi nella sfera del comportamento e della condotta (ADHD), con conseguenti e rilevanti difficoltà di adattamento psicosociale e relazionale (DOP-DOC), disturbi generali dell'apprendimento (DA), disturbi specifici nell'apprendimento scolastico (DSA), ritardi specifici del linguaggio (RSL). Dopo la dimissione ospedaliera il neonato necessita, per il rischio evolutivo connesso alle sue caratteristiche o per le patologie presentate alla nascita, di un *Follow-up* multidisciplinare che ne segua lo sviluppo nella sua globalità (WHO, 2015).

Seguendo la tempistica raccomandata dalla Società Italiana di Neonatologia e prevista nei protocolli dei *bilanci di salute* del pediatra e del neuropsichiatra, il logopedista, in regime ambulatoriale, attraverso la Valutazione (test e osservazione sul bambino, colloqui e questionari per genitori), collabora all'individuazione precoce degli indici di rischio per le sequele neuro-evolutive a medio e lungo termine e predispone un Programma Individualizzato che indirizzi verso un intervento diretto e/o indiretto per la prevenzione di eventuali disabilità comunicative, linguistiche, oro-prassiche, alimentari, cognitive e neuropsicologiche o, nei casi conclamati, definisce un programma di recupero sulle competenze alterate o non raggiunte.

Conclusioni

Nel percorso clinico dei bambini con patologie neonatali, il logopedista è una figura professionale poco considerata in maniera stabile nelle fasi precocissime di intervento, poiché vige ancora in maniera diffusa un modello della Medicina di Attesa rispetto al modello della Medicina di Iniziativa anche nei confronti di questa specifica popolazione sanitaria altamente e prevedibilmente a rischio. Ne consegue che l'intervento del logopedista spesso viene richiesto quando già si sono persi importantissimi obiettivi di abilitazione e prevenzione secondaria, e il trattamento si esplica unicamente sulla riabilitazione per disfunzioni stabilizzate o su funzioni già molto compromesse. Per questo motivo è auspicabile una maggiore informazione-formazione-educazione, non solo nella nostra comunità scientifica ma anche in ambito socio-sanitario e socio-educativo, sull'importanza che riveste il logopedista nell'ambito della presa in cura precoce sia in Area Critica Neonatale sia nei primi 3-36 mesi di *follow-up*.

Il Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE (CPLOL) ha centrato il tema della Giornata Europea della Logopedia (6 marzo 2017) sui disturbi della deglutizione: la Disfagia. La Federazione Logopedisti Italiani sez. Campania ha realizzato del materiale informativo sul tema, tra cui una locandina per promuovere, nell'ottica della prevenzione secondaria, l'importanza del ruolo del logopedista per una presa in carico già dai primi giorni di vita del neonato.

The speech therapist in Neonatal Intensive Care Unit: Early approach to oral-motor and feeding skills

Abstract

Scientific literature shows that newborns hospitalised in Neonatal Intensive Care Unit (NICU) — premature, low weight or with neurological damage — have today, thanks to cutting-edge interventions, a higher chance of survival, but at the same time they are also at increased risk of developing difficulties in several developmental areas. There are also numerous studies of scientific evidence with an international profile supporting early intervention with oral-motor stimulation in order to favour the passage of the newborn's nutrition from a passive one to an independent one exclusively per os and therefore reduce hospitalisation time. The Speech and Language Therapy approach, which works in close collaboration with a multidisciplinary team, envisages an intervention that starts from the NICU organisational model and is after directed at the infant and the parents.

Keywords

Preterm infants, Oral-motor skills, Oral-motor intervention, Feeding skills.

CORRISPONDENZA

Sara Panizzolo

UOC di ORL e Chirurgia Cervico-Facciale

Azienda Ospedaliera Dei Colli – Monaldi

Via Leonardo Bianchi s.n.c.

80131 Napoli

E-mail: sarpaz@iol.it

BIBLIOGRAFIA¹

- Arvedson J. et al. (2010), *Evidence-based systematic review: Effects of oral motor interventions on feeding and swallowing in preterm infants*, «American Journal of Speech-Language Pathology», vol. 19, n. 4, pp. 321-40, doi: 10.1044/1058-0360(2010/09-0067).
- Bingham P.M. et al. (2010), *Prospective study of non-nutritive sucking and feeding skills in premature infants*, «Archives of Disease in Childhood – Fetal and Neonatal Edition», vol. 95, n. 3, pp. F194-F200.
- Carta dei Diritti del Bambino Nato Prematuro* (2010).
- Crippa J. et al. (2013), *Gli strumenti di valutazione delle competenze del neonato pretermine nel soddisfacimento del bisogno di alimentazione*, «IPASVI – L’infermiere», n. 5.
- Fucile S. et al. (2002), *Oral Stimulation Accelerates the Transition from Tube to Oral Feeding in Preterm Infants*, «Journal of Pediatrics», vol. 141, n. 2, pp. 230-236.
- Fucile S. et al. (2005), *Effect of an oral stimulation program on sucking skill maturation of preterm infants*, «Developmental Medicine and Child Neurology», vol. 47, pp. 158-162.
- Fucile S. et al. (2011), *Oral and non-oral sensorimotor interventions enhance oral feeding performance in preterm infants*, «Developmental Medicine and Child Neurology», vol. 53, pp. 829-835.
- Greene Z., O’Donnell C.P.F. e Walshe M. (2016), *Oral stimulation for promoting oral feeding in preterm infants*, «Cochrane Database of Systematic Reviews», n. 9, doi: 10.1002/14651858.CD009720. pub.
- Joanna Briggs Institute (2009), *Assessment and Management of Dysphagia in Children with Neurological Impairments (Best Practice 13(1))*, trad. a cura di L. Modena.
- Kenner C. e McGrath J.M. (2004), *Feeding*. In H. Mosby (a cura di), *Developmental care of newborns & infants: a guide for health professionals*, National Association of Neonatal Nurses, pp. 321-339.
- Lau C. et al. (2012), *Impact of Non Nutritive Oral Motor Stimulation and Infant Massage Therapy on Oral Feeding Skills of Preterm Infants*, «Journal of Neonatal-Perinatal Medicine», vol. 5, pp. 311-317.
- Mercurio M.R., Adam M.B., Forman E.N., Ekman Ladd R., Friedman Ross L. e Silber T.L. (2008), *American Academy of Pediatrics Policy Statements on Bioethics*, «Pediatrics in Review», vol. 29, n. 1 pp. e1-e8, doi: 10.1542/pir.29-1-e1.

¹ La sezione bibliografica è stata elaborata in collaborazione con Giulia Nicolosi, studentessa del primo anno del corso di laurea in Logopedia, Università degli Studi Tor Vergata – Tivoli (Roma).

BIBLIOGRAFIA

- Panizzolo S. e Di Fraia C. (2016), *Il Ruolo del Logopedista in Area Critica Neonatale*, «I Care», a. 41, n. 3.
- Rocha A.D. et al. (2007), *A Randomized Study of the Efficacy of Sensory-Motor Oral Stimulation and Non-Nutritive Sucking in Very Low Birthweight Infant*, «Early Human Development», vol. 83, n. 6, pp. 385-388.
- Sharife Y. et al. (2015), *Impact of Oral Sensory Motor Stimulation on Feeding Performance, Length on Hospital Stay, and Weight Gain of Preterm Infants in NICU*, «Iranian Red Crescent Medical Journal», vol. 17, n. 5, doi: 10.5812/ircmj.17(5)2015.13515.
- Steven M. et al. (2010), *Feeding Skills in the Preterm Infant*, «The ASHA Leader», vol. 15, pp. 22-23.
- WHO (2015), *Recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes*, Geneva, World Health Organization.

Panizzolo S. (2017), *Il Logopedista nella Terapia Intensiva Neonatale: approccio al neonato con disordini nelle abilità oro-alimentari*, «Logopedia e comunicazione», vol. 13, n. 2, pp. 201-208, doi: 10.14605/LOG1321706