

La gestione del paziente Disfagico nella clinica logopedica: prevenzione, rischio e sicurezza

Nella gestione multidisciplinare del paziente disfagico, il Logopedista ha un ruolo elettivo nella Valutazione della stessa (*Bedside Examination*). Tale attività, che precede aspetti decisionali in ambito clinico logopedico, risulterebbe essere un intervento ad alto rischio di esposizione da COVID 19 per due motivi.

In primo luogo i sintomi della disfagia sono in parte sovrapponibili all'infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie); inoltre nella *Bedside Examination* della disfagia deve essere effettuata la valutazione della tosse riflessa e volontaria del paziente con rischio di trasmissione tramite aerosol. Nei pazienti tracheostomizzati, inoltre, il Blu Dye Test (Test di Valutazione della Disfagia nel paziente portatore di cannula tracheostomica) prevede la manovra di broncoaspirazione in tempi diversi per verificare la presenza di eventuale inalazione silente^{1,2}.

Pertanto, in riferimento al rischio e alla sicurezza in clinica logopedica, viene raccomandato di effettuare le valutazioni della disfagia **esclusivamente** nei pazienti che presentano i prerequisiti di stabilità clinica³:

1. assenza di necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, crisi iper-ipotensive, aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
2. assenza di Sepsis in atto definita come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - a. temperatura corporea > 38°C o < 36°C
 - b. frequenza cardiaca > 90 BPM
 - c. frequenza respiratoria > 20 atti/min o PCO₂ < 32mmHg
 - d. globuli bianchi > 12.000/mm³, o < 4.000/mm³ o > 10% di cellule immature
3. respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O₂ terapia) con SaO₂ > 90%, PO₂ > 60 mmHg, CO₂ non > 45 mmHg.
5. Assenza di Insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano.

La valutazione della disfagia inoltre NON deve essere effettuata in caso di:

- stato di coscienza alterato, assenza di contatto, paziente soporoso, incapacità di mantenere lo stato di vigilanza per più di 15' consecutivi;
- incapacità del paziente a mantenere il controllo del capo in posizione seduta, quand'anche con eventuali supporti, per almeno 15'.

1 Reverberi et al. (2019) Development of the Decannulation Prediction Tool in Patients With Dysphagia After Acquired Brain Injury JAMDA 20(4) 470-475

2 Garuti et al. (2014) Swallowing disorders in tracheostomised patients: A multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols Multidisciplinary Respiratory Medicine 9(1),36


3 Bargellesi et al. (2013) La gestione della cannula tracheostomica nelle persone con grave cerebrolesione acquisita: consenso a un protocollo condiviso April;27(1):9-16

Qualora si proceda alla Valutazione e alla presa in carico riabilitativa della disfagia (ivi compreso il protocollo di decannulazione ^{1,2,3}) sono necessarie precauzioni idonee per gli operatori sanitari al fine di preservare sé stessi e prevenire la trasmissione per via aerosol del virus in ambito sanitario e sociosanitario come definito dal Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni⁴.

I DPI raccomandati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 sono pertanto:

- FFP2 o FFP3
- Camice /grembiule monouso
- Guanti
- Visiera

Le medesime considerazioni valgono per la valutazione e la presa in carico logopedica della disfagia in età pediatrica.

4 Rapporto ISS COVID-19  n. 2/2020 INDICAZIONI AD INTERIM PER UN UTILIZZO RAZIONALE DELLE PROTEZIONI PER INFEZIONE DA SARS-COV-2 NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE (ASSISTENZA A SOGGETTI AFFETTI DA COVID-19) NELL'ATTUALE SCENARIO EMERGENZIALE SARS-COV-2