
**GLI INTERVENTI ASSISTENZIALI PER PREVENIRE LA POLMONITE NEL PA-
ZIENTE CON DISFAGIA SECONDARIA A ICTUS: REVISIONE DELLA LETTERA-
TURA**

La Porta Francesco e Panebianco Sabrina

Il seguente articolo mira a sottolineare gli interventi assistenziali da pianificare e attuare per prevenire la polmonite nel paziente con disfagia secondaria a ictus.

Abstract

Introduzione. Numerosi studi indicano che la disfagia è il fenomeno più frequente nei pazienti affetti da ictus. La disfagia trascurata può trasformarsi in una polmonite ab ingestis e mettere a repentaglio la vita del paziente. In Italia sono stati raccolti interventi assistenziali preventivi. L'obiettivo di questa tesi è di identificare gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire la polmonite nei pazienti affetti da ictus.

Materiale e metodi. È stata condotta una revisione della letteratura di articoli pubblicati su questo argomento durante gli ultimi 5 anni consultando le banche dati *PubMed*, *Cochrane Collaboration*, *National Guideline Clearinghouse*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, *National Institute for Clinical Excellence*, *New Zealand Guidelines Group*, il sito istituzionale del Ministero della Salute e E.B.N dell'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi.

Risultati. Il problema della disfagia può essere affrontato con diversi interventi: standard e personalizzati. Una corretta valutazione del rischio, attraverso scala e valutazione del professionista, e la collaborazione di un *team* di professionisti sono sia il fulcro nella prevenzione delle polmoniti sia la guida per l'infermiere verso la scelta di interventi assistenziali personalizzati efficaci e di qualità.

Conclusioni. Gli studi esaminati forniscono indicazioni per elaborare e implementare programmi di prevenzione delle polmoniti post disfagia correlata a ictus.

Keyword: hemorrhagic stroke”, “ischemic stroke” (termini liberi), “dysphagia”, “aspiration pneumonia” (MeSH), “prevention & control” (subheading),

Parole chiave: ictus emorragico, ictus ischemico, disfagia, polmonite ab ingestis, prevenzione e controllo

INTRODUZIONE

L'ictus o quello che oggi viene definito "attacco cerebrale" è un'improvvisa perdita della funzione cerebrale risultante dall'interruzione del flusso ematico a una parte del cervello. L'ictus costituisce il principale problema neurologico negli USA e nel mondo. È ancora la terza causa di morte, sebbene gli sforzi per la sua prevenzione abbiano portato ad un'importante riduzione della sua incidenza negli ultimi anni.¹ Ictus è un termine latino che significa "colpo" (in inglese "stroke") ed è l'improvvisa comparsa di segni e/o sintomi riferibili a deficit focale o globale (coma) delle funzioni cerebrali, della durata superiore alle 24 ore o a esito infausto dovuto a vasculopatia cerebrale. L'ictus si verifica quando un coagulo di sangue blocca un'arteria cerebrale o quando un'arteria del cervello viene danneggiata e si rompe; in entrambe le condizioni si verifica un'interruzione dell'apporto di sangue ossigenato in un'area del cervello, che provoca la morte delle cellule cerebrali. Di conseguenza, le funzioni cerebrali (che possono riguardare il movimento di un braccio o di una gamba, linguaggio, vista, udito o altro) vengono perse o alterate.² altri (5%).

OBIETTIVO

Identificare gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire la polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus.

MATERIALI E METODI

Quesito: Quali sono gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire la polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus?

L'allegato 1, che riprende il metodo PICOS, mostra il quesito in forma analitica.

Tra ottobre 2014 e febbraio 2015 è stata condotta una ricerca preliminare della letteratura internazionale riguardante l'argomento nelle banche dati *PubMed*, *Cochrane Collaboration*, *National Guideline Clearinghouse*, *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, *National Institute for Clinical Excellence* e *New Zealand Guidelines Group*, nel sito istituzionale del Ministero della Salute e nel sito E.B.N (*Evidence Based Nursing*) dell'Azienda Ospedaliera di Bologna Policlinico S.Orsola-Malpighi.

La ricerca è stata effettuata in tutti i database utilizzando "hemorrhagic stroke", "ischemic stroke" (termini liberi), "dysphagia", "aspiration pneumonia" (MeSH), "prevention & control" (subheading), combinati tramite l'operatore booleano AND, con limiti per lingua, data di pubblicazione e tipi di studi selezionati (rispettivamente inglese o italiana, ultimi 5 anni,

linee guida, revisioni sistematiche, rct, metanalisi, studi osservazionali, studi clinici controllati, clinical trial, studi multicentrici).

Nella pianificazione delle modalità di ricerca sono stati combinati termini *MeSH*, *subheading* e termini liberi.

Contestualmente è stata ricercata la letteratura nazionale sull'argomento tramite il motore di ricerca *Google*.

Risultati

La ricerca, riportata in forma sintetica nell'allegato 2, ha identificato complessivamente 68 articoli (31 *National Institute for Clinical Excellence*, 13 in *National Guideline Clearinghouse*, 3 in *Cochrane Library*, 16 in *PubMed*, 2 *Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 1 *New Zealand Guidelines Group*, 1 in Ministero della Salute e 1 in E.B.N. S.Orsola Malpighi).

Sono stati selezionati 17 studi (di cui un articolo è presente in due banche dati: NICE e SIGN) che esaminano gli interventi assistenziali da attuare ai pazienti con disfagia secondaria a ictus al fine di prevenire la polmonite ³⁹⁻⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴²⁻⁴³⁻⁴⁴⁻⁴⁵⁻⁴⁶⁻⁴⁷⁻⁴⁸⁻⁴⁹⁻⁵⁰⁻⁵¹⁻⁵²⁻⁵³⁻⁵⁴.

4 studi osservazionali (di cui 2 studi prospettici, 1 studio pre-post, 1 studio retrospettivo), 1 studio pilota, 4 RCT, una raccomandazione del Ministero della Salute, una revisione della letteratura e cinque linee guida (di cui un articolo è presente in due database: SIGN e NICE).

Gli studi sono descritti sinteticamente nell'allegato 3.

Tutti i lavori selezionati giungono alla medesima conclusione: il problema delle polmoniti insorte a seguito di disfagia secondaria a ictus è un fenomeno complesso che deve essere affrontato con interventi a 360°, standard e personalizzati.

Tra gli interventi standard che la letteratura propone troviamo:

- Progettare un programma di riabilitazione standard coinvolgendo in tutte le fasi del processo i famigliari, il paziente e un *team* multidisciplinare (come citato da: EBN S.Orsola, Ministero della Salute, Smith et al, Kalra et al, Kaspar et al, Playford et al);
- Identificare i fattori di rischio con l'utilizzo di scale adeguate e atte alla valutazione della motricità, livello di coscienza e del linguaggio (come indicato dall'EBN S.Orsola, Smith et al, Playford et al, Clarke et al);

- Valutare la deglutizione all'ingresso (entro 24 ore per Kalra et al e EBN S.Orsola, entro 48 per Smith et al) o prima di iniziare l'alimentazione o la somministrazione di farmaci per via orale (EBN S.Orsola) e ripeterla nel corso del ricovero (almeno tre volte la settimana per Playford et al);
- Effettuare lo screening della deglutizione, attraverso l'osservazione diretta, facendo molta attenzione ai segni di disfagia quali tosse, voce gorgogliante, ecc eseguito dal personale infermieristico o da logopedisti (si possono utilizzare scale o test quali: GUSS per Sorensen et al, Water test e PASS per Zhon et al, solo *Water test* per Frey et al, *Food Intake Scale* per Kojima et al oppure la scala di *Acute Stroke Dysphagia Screen* per Edmiaston et al);
- Effettuare test strumentali (Kojima et al e Clearke et al) e non strumentali (Clearke et al: auscultazione cervicale, pulsossimetria, valutazione secrezioni orali/igiene orale, osservazione della postura durante l'alimentazione; Kojima et al: esame fisico);
- Effettuare il potenziamento muscolare sopraioidea (Clearke et al);
- Alimentare i pazienti disfagici attraverso sonda per evitare la malnutrizione e disidratazione (come indicato nello studio di Dennis et al, Clearke et al);

Tra gli interventi assistenziali personalizzati in letteratura troviamo:

- Progettare ed effettuare un'educazione riabilitativa personalizzata (sui reali bisogni della persona rilevati dai professionisti durante l'osservazione diretta) coinvolgendo nella pianificazione e attuazione degli interventi: i pazienti, il *care giver*/ famigliari e tutta l'equipe multidisciplinare (Ministero della Salute, Smith et al, New Zeland, Sorensen et al, Kojima et al, Clearke et al);

Cinque studi (Smith et al, Playford et al, Ministero della Salute, Kaspar et al e Kalra et al) sottolineano l'importanza di istituire un *Stroke Unit* al fine di garantire ai pazienti affetti da ictus le migliori cure disponibili (collaborazione costante di un *team* multidisciplinare).

Alcuni degli interventi assistenziali proposti, come la valutazione della motricità, il livello di coscienza, il linguaggio la rivalutazione della deglutizione almeno tre volte la settimana, il potenziamento muscolare e la corretta igiene orale, vengono proposti sia come standard sia come personalizzati.

Inoltre vi sono delle evidenze che indicano l'inefficacia di alcuni interventi assistenziali utilizzati e proposti da alcuni documenti scientifici come ad esempio quello fornito da Terrè et al che pur dimostrando che l'uso della posizione *chin down* (capo flesso in avanti) eviti il 55% delle polmoniti non raccomanda di usare tale postura.

Mentre lo studio di Smith et al definisce che la figura del logopedista deve essere sempre presente fin dal ricovero della persona con ictus il Ministero della Salute cita due metanalisi dove una conferma l'ipotesi di Smith et al e una definisce che il logopedista deve essere interpellato a paziente stabilizzato.

Un fattore è però sottolineato dallo studio di Smith et al e Kojima et al: il paziente deve essere motivato (deve voler guarire e deve partecipare alle cure) pena la riuscita degli interventi.

Tutti i documenti propongono un accurato screening della disfagia in modo tale da prevenire al 100% la polmonite *ab ingestis*. Gli strumenti proposti dalla letteratura scientifica sono molti e permettono di identificare al meglio i pazienti a rischio di polmonite secondaria a disfagia con tutti i fattori di rischio al riguardo.

Rimane però necessario che ogni Azienda, o se necessario singolo servizio:

- individui la scala di valutazione del rischio di disfagia da adottare nel proprio contesto;
- elabori una lista comprendente i fattori di rischio non indagati dalla scala che necessitano di valutazione;
- elabori delle procedure/ *check list* che permettano:
 - di ufficializzare quali sono gli interventi standard da proporre a tutti i nuovi ingressi;
 - di guidare anche l'infermiere meno esperto nella scelta di interventi assistenziali personalizzati che servano per prevenire la polmonite post ictus;
 - di guidare anche l'infermiere meno esperto nella comunicazione dei fattori di rischio individuati all'equipe, paziente e *caregiver*;
 - guidare anche l'infermiere meno esperto nella conduzione di un intervento informativo personalizzato rivolto a paziente e *caregiver*.

Discussione

Tutti i pazienti che hanno avuto un caso di ictus ischemico/emorragico sono soggetti ad avere come complicanza, oltre al deficit motorio, la disfagia. Gli effetti della disfagia possono ripercuotersi negativamente sulla durata del ricovero e sulla qualità di vita del paziente e dei famigliari. È

compito del *team* multidisciplinare identificare i fattori di rischio e attuare opportune strategie preventive.

In Italia quanto esposto dal Ministero della Salute il fenomeno non sembra arrestarsi.

La letteratura esaminata sottolinea l'importanza di integrare, per ogni paziente affetto da ictus, un programma costituito da interventi assistenziali preventivi "standard" con un programma costituito da interventi assistenziali "personalizzati".

La valutazione della disfagia, che rientra tra gli interventi assistenziali standard, permette di individuare quanto la persona assistita è a rischio di disfagia (livello basso, medio e alto rischio di disfagia). Tale valutazione dovrebbe essere effettuata più volte durante la degenza (la prima volta entro 24/48 ore dall'ingresso o comunque prima di permettere al paziente di alimentarsi, bere o assumere farmaci per via orale) al fine di poter individuare la comparsa di nuovi fattori di rischio che richiedono una tempestiva rivisitazione del piano assistenziale. Inoltre è raccomandato far effettuare la valutazione del rischio della persona assistita da un'equipe multidisciplinare composta da infermiere, logopedista, fisioterapista e medico.

La singola unità operativa di medicina o geriatria o riabilitazione può scegliere di utilizzare una tra le numerose scale di valutazione del rischio riportate in letteratura (Water test, ecc) e nel caso questa non fosse sufficiente a indagare tutti i fattori di rischio della persona si può procedere integrando la scala con una valutazione individuale o integrarla con altre scale/test.

Una corretta valutazione del rischio, attraverso scala/test e valutazione del professionista, è il fulcro nella prevenzione delle polmoniti nei pazienti affetti da ictus; infatti guida l'infermiere verso la scelta di interventi assistenziali personalizzati efficaci e di qualità.

L'obiettivo di questa tesi è descrivere gli interventi assistenziali raccomandati in letteratura per prevenire la polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus e allo stesso tempo di far emergere quali sono gli interventi di competenza infermieristica.

Il ruolo dell'infermiere in questi casi è quello di pianificare, mettere in atto, monitorare e valutare interventi al fine di garantire un'alimentazione/idratazione adeguate e sicure al paziente ed evitare di conseguenza l'insorgere di polmoniti *ab ingestis* causata dall'aspirazione del cibo/acqua all'interno delle vie aeree. Questo intervento prevede una valutazione che solo un professionista può compiere:

- Fornire al paziente un ambiente tranquillo, luminoso e senza distrazioni;

- Controllare il livello di coscienza del paziente e assicurarsi che non gli siano stati prescritti farmaci che potrebbero indurre sonnolenza (ansiolitici, antiepilettici, tranquillanti);
- Eseguire l'igiene orale del paziente per far sì che prima del pasto la mucosa orale sia ben idratata e per stimolare la salivazione, mentre dopo i pasti per evitare che rimangano dei residui di cibo e quindi vale a dire aumento del rischio di aspirazione e ridurre la carica batterica;
- Far sì che il processo dell'alimentazione sia guidata con suggerimenti verbali e visivi, per esempio descrivere come deglutire e valutare la comprensione del paziente e dei familiari;
- Il cibo deve essere somministrato in piccole quantità e deve avere un aspetto gradevole e invitante;
- Scegliere una dieta nutriente per la prevenzione della malnutrizione e della disidratazione;
- L'infermiere sceglie gli alimenti sulla base delle indicazioni offerte dal consulente logopedista/nutrizionista, che riguardano la consistenza (semisolido, semiliquido, solido, liquido), omogeneità, viscosità, temperatura e appetibilità.

Durante il processo dell'alimentazione è di competenza infermieristica:

- posizionare il paziente nella postura adeguata (seduto con anche e ginocchia a 90° e i piedi appoggiati sul pavimento o sgabello), nel caso in cui il paziente fosse impossibilitato ad assumere questa postura si può lasciare a letto ma con lo schienale con un'angolazione non inferiore a 30°;
- porsi alla stessa altezza del paziente e supervisionarlo durante il pasto;
- chiedere (o valutare) se ha difficoltà nella masticazione e nella deglutizione;
- controllare la durata del pasto (il pasto non può durare più di 45 minuti altrimenti di conseguenza la stanchezza e la distrazione del paziente aumenterebbero i rischi di aspirazione, è inoltre consigliato assicurarsi che il paziente si riposi durante il pasto);
- evitare di far parlare il paziente mentre mangia;
- evitare di toccare i denti o di posizionare il cibo troppo in profondità nella bocca;

- riconoscere in maniera precoce segni e sintomi della disfagia (tosse, soffocamento, ecc) che possono far sospettare problemi di aspirazione;
- controllare i residui di cibo trattenuto in fondo alla bocca;
- chiedere al paziente di rimanere seduto in posizione eretta per almeno 30 minuti dopo il pasto;

Per un'alimentazione orale gli alimenti da evitare sono:

- solidi e liquidi a temperature estreme;
- latte;
- prodotti che si fondono in bocca fino a diventare liquidi;
- secchi, friabili o che si frammentano in piccole unità;
- filamentosi;
- che richiedono una lunga masticazione;
- con semi;
- che "impastano" la bocca

L'alimentazione enterale tramite sondino naso-gastrico (SNG) o gastrostomia percutanea (PEG) è indicata nei casi di disfagia grave. Il sondino naso-gastrico è indicato per un'alimentazione a breve termine, vale a dire di una durata massima di 4 settimane, mentre la gastrostomia percutanea posizionata per via chirurgica sono utilizzati preferibilmente per l'alimentazione a lungo termine (più di 4 settimane), al fine di ridurre il disagio di un sondino nasale e di fornire un accesso più sicuro e affidabile.

I metodi di alimentazione con sondino naso-gastrico possono essere sotto forma di bolo o continua nelle 24 ore attraverso pompe peristaltiche. Un compito cruciale dell'infermiere prima della somministrazione dell'alimentazione a bolo è quello di verificare il corretto posizionamento del sondino, valutare il ristagno gastrico (se superiore a 100 ml è necessario ritardare la somministrazione di 1 ora. Se alla prossima valutazione persiste avvisare il medico.) Nel caso in cui si tratti di alimentazione continua nelle 24 ore, è di responsabilità infermieristica controllare il ristagno gastrico ogni 4-6 ore (se inferiore a 100 ml bisogna reintrodurre il contenuto gastrico, pulire il sondino con 30 ml di acqua e procedere con la somministrazione

dell'alimentazione; nel caso in cui il ristagno sia superiore a 100 ml bisogna reintrodurre il contenuto gastrico, pulire il sondino con 30 ml di acqua e ridurre la velocità di infusione. Se alla successiva valutazione si ripresenta un contenuto superiore a 100 ml nonostante si sia ridotta la velocità di infusione è necessario sospendere la somministrazione ed avvisare il medico).

Conclusioni

L'analisi della letteratura analizzata suggerisce di attuare ai pazienti che presentano difficoltà nella deglutizione o che presentano una valutazione positiva per la disfagia secondaria ad ictus sia interventi standard sia personalizzati al fine di prevenire gli episodi di polmonite *ab ingestis*. Possiamo concludere che la gestione della disfagia è complessa e richiede la valutazione precoce da parte dell'infermiere, in quanto ricopre un ruolo chiave nella valutazione della disfagia, ma necessita di una collaborazione tra più professionisti (logopedisti, fisioterapisti e medici). Infatti dagli studi emerge che solo con l'impegno comune di tutto il *team* multidisciplinare può migliorare l'approccio al problema, assicurare un ricovero/riabilitazione sicuro a tutti i degenti affetti da ictus, una riduzione delle complicanze della disfagia e la riduzione della mortalità. Nonostante ciò l'infermiere, essendo la figura professionale più a contatto con il paziente, ricopre un ruolo centrale e sarà di sua competenza e responsabilità: accertare/osservare il grado di disfagia, rilevare, monitorare, valutare e documentare i segni precoci di disfagia, di miglioramento o peggioramento.

Nonostante gli articoli presi in analisi non riportino studi condotti in Italia (Australia, Francia, Stati Uniti, Germania) gli interventi assistenziali proposti, sia standard sia personalizzati, risultano essere spendibili nel contesto sanitario ospedaliero/riabilitativo italiano.

Bibliografia

1. Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, Brunner S. Nursing Medico-Chirurgico. Casa Editrice Ambrosiana. Seconda edizione settembre 2001
2. Ministero della Salute Ictus 2013 In: http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Malattie_cardiovascolari (ultimo accesso 6/2/2019)
3. Paparatti M. Medicina Preventiva Per Tutti. Arrivare a cento anni in buona salute. Roma Armando Editore 2013
4. Berardelli A, Cruccu G. La Neurologia della Sapienza. Società Editrice Esculapio. Prima edizione ottobre 2012
5. Volterrani D, Erba P.A., Mariani G. Fondamenti di medicina nucleare. Tecniche e applicazioni. Springer - Vertag Italia 2010
6. Schindler O. Manuale operativo di fisiopatologia della deglutizione. Torino Omega Edizioni 1990
7. Urkhead LM, Sapienza CM, Rosenbek JC. Strength-Training Exercise in Dysphagia Rehabilitation: Principles, Procedures, and Directions for Future Research Dysphagia. 2007; 22:251–65
8. Logemann JA. Evaluation and treatment of swallowing disorders. 2nd ed. Austin. 1998; 1–22.
9. Disfagia_adulto In: <http://www.evidencebasednursing.it/traduzioniJB/4%282%29.pdf> (ultimo accesso il 2/02/2019)
10. Splaingard ML, Hutchins B, Sulton LD, Chauhuri G. Aspiration in rehabilitation patients: videofluoroscopy vs. bedside clinical assessment. Arch Phys Med Rehabil 69:637–640, in Logemann JA., Veis S, Colangelo L. (1999). Op. Cit.
11. Leder SB, Espinosa JF. Aspiration risk after acute stroke comparison of clinical examination and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. Dysphagia. Summer; 2002; 17(3):214-8.
12. Logemann JA. Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders. San Diego: College-Hill Press, 1983
13. Logemann JA. Manual for the Videofluorographic Study of Swallowing, 2nd ed. Austin, Texas: Pro-Ed, 1993

14. Langmore SE, Schatz K, Olsen N. Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 2:216–219, 1988.
15. Langmore SE, Schatz K, Olson N. Endoscopic and videofluoroscopic evaluations of swallowing and aspiration. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 100:678–681, 1991
16. De Pippo KL, Holas MA, Reding MJ. 1992. Op.Cit.
17. Zaidi NH, Smith HA, King SC, Park C, O’Neill PA, Connolly MJ. 1995 Op.Cit.
18. Teramoto S, Fukuchi Y, Ouchi Y..Oxygen desaturation on swallowing in patients with stroke: what does it mean? *Age Ageing*. 1996;25:333–6
19. Lim SH, Lieu PK, Phua SY, et al. 2001 Op. Cit.
20. Colodny N. 2000 Op.Cit
21. Selina H.B. Lim, Lieu P.K. S.Y, Seshadri R, Venketasubramanian N, Lee S.H, Philip W.J.Choo. Accuracy of Bedside Clinical Methods Compared with Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing (FEES) in Determining the Risk of Aspiration in Acute Stroke Patients. *Dysphagia*.2001;16:1–6
22. Sherman B. 1999 Op.Cit.
23. Ramsey DJC. 2006 Op.Cit.
24. Higo R. 2003 Op. Cit.
25. Sellars C. 1998 Op.Cit.
26. Smith HA, Lee SH, O’Neill PA, Connolly MJ. 2000 Op.Cit.
27. Selina et al., 2001 Op Cit
28. Logemann JA Veis S, Colangelo L. A Screening Procedure for Oropharyngeal Dysphagia *Dysphagia* 1999;14:44–51
29. Easterling C S, Robbins E. Dementia and Dysphagia. *Geriatr. Nurs.* 2008; 29:275-285
30. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. 2005 Op.Cit

31. Nacci A, Ursino F, La Vela R, Matteucci F, Mallardi V, Fattori B. Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing (FEES): proposal for informed consent Acta Otorhinolaryngol Ital. 2008; 28(4): 206–211
32. Masotti L. La diagnosi oro-faringea nell'anziano: eziologia, diagnosi, complicanze e trattamento. Giornale di Gerontologia 2000;48:452-62
33. Gordon C, Hewer RL, Wade DT. Dysphagia in acute stroke. Br Med J 1987;295:41-4
34. Horner J, Brazer SR, Massey EW. Aspiration in bilateral stroke patients. Neurology 1993;43:430-3.
35. Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing function after stroke: prognosis and prognostic factors at 6 months. Stroke 1999;30:744-8.
36. Young EC, Durant-Jones L. Developing a dysphagia program in acute care hospital: a needs assessment. Dysphagia 1990;5:159-65
37. Didilescu A, Skaug N, Marica C, Didilescu C. Respiratory pathogens in dental plaque of hospitalized patients with chronic lung diseases. Clin Oral Invest 2005;9:141-7
38. Berzlanovich A, Fazeny-Dörner B, Waldhoer T, Fasching P, Keil W. Foreign body asphyxia. A preventable causa of death in the elderly. Am J Prev Med 2005;28:65-9
39. Playford D, Ali K, Bird M, Cant R, et al. Long-term rehabilitation after stroke. National Clinical Guideline Centre. National Government Agency Stroke rehabilitation. 2013 In <https://www.nice.org.uk/guidance/cg162> (ultimo accesso 22/02/2019)
40. Management of patients with stroke: identification and management dysphagia. In: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/119/section2.html> (ultimo accesso 22/02/2019)
41. Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning. In: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf> (ultimo accesso il 20/02/2019)
42. New Zealand Clinical Guidelines for Strokes Management 2010 (January 2010) In: <http://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-clinical-guidelines-stroke-management-2010> (ultimo accesso il 22/02/2019)
43. Evaluating feeding policies in patients admitted to hospital with a recent stroke

44. A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care
45. Kojima A, Imoto Y, Osawa Y, Fujieda S. Predictor of rehabilitation outcome for dysphagia. *Auris Nasus Larynx*. 2014 Jun;41(3):294-8. doi: 10.1016/j.anl.2013.12.009. Epub 2014 Feb 20. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24560094> (ultimo accesso il 22/02/2019)
46. Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke. *J Neurosci Nurs*. 2013 Jun;45(3):139-46. doi: 10.1097/JNN.0b013e31828a412c. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23636069> (ultimo accesso il 22/02/2019)
47. Kaspar K, Ekberg O. Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care. *Nestle Nutr Inst Workshop Ser*. 2012;72:19-31. doi: 10.1159/000339977. Epub 2012 Sep 24. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23051997> (ultimo accesso il 22/02/2019)
48. Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes NG, de Araujo TL, Lopes MV, Damasceno MM, Lima FE. Nursing interventions for stroke patients: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP*. 2011 Dec; 45(6): 1495-500 In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22241212> (ultimo accesso il 22/02/2019)
49. Terré R, Mearin F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study. *Neurogastroenterol Motil*. 2012 May;24(5):414-9, e206. doi: 10.1111/j.1365-2982.2011.01869.x. Epub 2012 Feb 6. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22309385> (ultimo accesso il 22/02/2019)
50. Frey KL, Ramsberger G. Comparison of outcomes before and after implementation of a water protocol for patients with cerebrovascular accident and dysphagia. *J Neurosci Nurs*. 2011 Jun; 43(3):165-71. doi: 10.1097/JNN.0b013e3182135adf. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21796034> (ultimo accesso il 22/02/2019)
51. Zhou Z, Salle J, J Daviet, Stuit A, Nguyen C. Combined approach in bedside assessment of aspiration risk post stroke: PASS. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2011 Sep;47(3):441-6. Epub 2011 Apr 20. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21508917> (ultimo accesso il 22/02/2019)

52. Edmiaston J ; Connor LT , Loehr L ; Nassief A .Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients. Am J Crit Care. 2010 Jul;19(4):357-64. doi: 10.4037/ajcc2009961. Epub 2009 Oct 29. In: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/19875722> (ultimo accesso il 22/02/2019)
53. Ministero della Salute. Quaderni del Ministero della Salute: organizzazione dell'assistenza all'ictus 2010. In: <http://www.quadernidellasalute.it/quaderni-html/2-marzo-aprile-2010.php> (ultimo accesso il 22/02/2019)
54. Valutazione dell'ictus attraverso il continuum di assistenza. Centro Studi EBN A.O. Universitaria S. Orsola Malpighi. In: http://www.evidencebasednursing.it/traduz_RNAO/Valutazione_ictus.pdf (ultimo accesso il 22/02/2019)

Allegato 1: PICOS

P	I	C	O	S
pazienti disfagici con ictus	interventi assistenziali per la prevenzione la polmonite		prevenzione della polmonite - riduzione % polmoniti rispetto i dati della letteratura	Revisioni Sistematiche, Linee Guida/protocolli

Allegato 2: Griglia di ricerca.

Banca dati	Parole chiave con limiti	Documenti rilevati	Documenti selezionati	Autori e titolo degli articoli selezionati
National Guideline Clearinghouse	stroke AND dysphagia AND aspiration pneumonia AND prevention & control	13	1	<ul style="list-style-type: none"> Playford D et al. <u>Long-term rehabilitatic</u>
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	stroke AND dysphagia AND aspiration pneumonia AND prevention & control	2	2	<ul style="list-style-type: none"> L.G. 119. Clarke I et al. Management o phagia L.G. 118. Smith L et al. <u>Management of prevention of complications, and discharge pla</u>

New Zealand Guidelines Group	stroke AND dysphagia AND aspiration pneumonia AND prevention & control	1	1	<ul style="list-style-type: none"> • New Zealand Clinical Guidelines for Stroke
National Institute for Clinical Excellence	stroke AND dysphagia AND aspiration pneumonia AND prevention & control	31	3	<ul style="list-style-type: none"> • Clarke I et al. Management of patients with a stroke in hospital with a recent stroke • Dennis M, Lewis S, Crenswich G, For hospital with a recent stroke • Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Sykes R. Management of alternative strategies in stroke care
Cochrane Library	stroke AND dysphagia AND aspiration pneumonia AND prevention & control published in the last 5 years	3	0	

Pub Med	("stroke"[MeSH Terms] OR "stroke"[All Fields]) AND ("deglutition disorders"[MeSH Terms] OR ("deglutition"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "deglutition disorders"[All Fields] OR "dysphagia"[All Fields]) AND ("pneumonia, aspiration"[MeSH Terms] OR ("pneumonia"[All Fields] AND "aspiration"[All Fields]) OR "aspiration pneumonia"[All Fields] OR ("aspiration"[All Fields] AND "pneumonia"[All Fields])) AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "prevention"[All Fields]) AND ("prevention and control"[Subheading] OR ("prevention"[All Fields] AND "control"[All Fields]) OR "prevention and control"[All Fields] OR "control"[All Fields] OR	16	8	<ul style="list-style-type: none"> • Kojima A, Imoto Y, Osawa Y, Fujieda S • Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard <u>screening and intensified oral hygiene re</u> • Kaspar K, Ekberg O. <u>Identifying vulner</u> <u>team for early intervention and compreh</u> • Cavalcante TF, Moreira RP, Guedes N <u>Nursing interventions for stroke patients</u> • Terré R, Mearin F. <u>Effectiveness of ch</u> <u>gia secondary to acquired brain injury. A</u> • Frey KL, Ramsberger G. <u>Comparison of</u> <u>tocol for patients with cerebrovascular a</u> • Zhou Z, Salle J, J Daviet, Stuit A, Nguy <u>tion risk post stroke: PASS.</u> • Edmiaston J ; Connor LT , Loehr L ; N <u>stroke patients.</u>
---------	--	----	---	---

	<p>"control groups"[MeSH Terms] OR ("control"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "control groups"[All Fields]) AND ("2010/02/19"[PDat] : "2015/02/17"[PDat])</p>			
--	--	--	--	--

Ministero della Salute	ictus e disfagia	1	1	<ul style="list-style-type: none"> Valutazione dell'ictus attraverso il conti
E.B.N. S.Orsola Malpighi		1	1	<ul style="list-style-type: none"> RNAO traduzione di Luciana Modena c ganizzazione dell'assistenza all'ictus

Allegato 3: Descrizione sintetica di ogni articolo selezionato

Autore- titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato
Playford D et al. Long-term rehabilitation after stroke.	Pazienti affetti da ictus	Effettuare una riabilitazione post ictus	<p>Istituire un team multidisciplinare (medico, infermiere, psicologo, logopedista, assistente sociale, fisioterapista).</p> <p>Effettuare una valutazione della deglutizione periodica.</p> <p>Garantire la continuità delle cure da ospedale a domicilio/struttura di riabilitazione</p>	La rivalutazione alme mana dim di polmoni
Autore- titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato

<p>Clarke I et al. Management of patients with stroke: identification and management dysphagia</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Questa linea guida fornisce raccomandazioni basate su prove attuali riguardo le migliori pratiche per l'identificazione e la gestione della disfagia dopo l'ictus</p>	<p>Modalità di prevenzione della polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus: Valutare la qualità della voce (roca, tosse debole volontaria, funzione laringea ridotta); Valutare il livello di coscienza del paziente; Effettuare uno screening per valutare la ridotta funzione laringea (il Laryngopharyngeal sensory testing non ha fornito prove sufficienti per raccomandarlo mentre è consigliato il water swallow test); Valutare il grado di disfagia con il clinical bedside assessment (logopedisti); Effettuare l'indagine strumentale modified barium swallow (MBS); Auscultazione cervicale (prevede il posizionamento di uno stetoscopio sulla parte laterale della laringe e ascoltando il flusso d'aria durante la respirazione normale e la deglutizione); Effettuare una pulsossimetria Ci sono diversi studi che valutano la relazione tra i cambiamenti della saturazione di ossigeno (misurata in flusso di sangue arterioso per pulsossimetria) e aspirazione; Individuare i fattori di rischio (intervento che può essere svolto da professionisti sanitari qualificati); Osservare le secrezioni orali;</p>	<p>Variazioni l'uso di po dimostrato identificar dei pazien ottenuto a della vide è rivelata u stione del tus). Inoltre di screenir di disfagia Gli alimen sentati in appetitosa È citato u zato riguar di esercizi scolare so mostrato n cativi. Qu rafforzame stato proge fetto sulla gea della guenti inte sorgenza d Valutazionabile infe Valutazion scienza (i miere); Valutazion gia (test d (responsab gopedista) Effettuare sponsabilit zione infer</p>
--	----------------------------------	--	--	---

			<p>Osservare il grado di controllare la postura;</p> <p>Valutare il rischio di disidratazione e malnutrizione.</p> <p>E' generalmente accettato che gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nella identificazione precoce delle difficoltà di deglutizione. Una revisione sistematica citata nella linea guida raccomanda che la conoscenza e la pratica infermieristica dovrebbero includere: i fattori di rischio, i primi segni, l'osservazione di abitudini alimentari e il controllo del peso e l'indice di massa corporea e l'idratazione.</p> <p>Inoltre è consigliato di: Fornire un pacchetto di formazione per infermieri non esperti e familiari dovrebbe includere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fattori di rischio per la disfagia • primi segni di disfagia; • Eseguire il Test dell'acqua; • monitorare l'idratazione e • il peso; le modificazioni di posizionamento (compreso il posizionamento del paziente durante l'alimentazione) • e di dieta; • Gestire i fattori comportamentali e ambientali; 	<p>Individuare (responsabile);</p> <p>Elaborare (responsabile);</p> <p>Effettuare (responsabile);</p> <p>scolare (responsabile);</p> <p>rapista o infermiere su consulenti logisti);</p> <p>Alimentare PEG o SNG (responsabile);</p> <p>Effettuare (responsabile);</p> <p>Garantire (responsabile);</p> <p>orale (responsabile);</p> <p>stica e in all'OSS);</p> <p>Prestare (responsabile);</p> <p>farmaceutici ministrati e interventi infermieristici Coinvolge familiari (disciplinari)</p>
--	--	--	--	---

			<p>Controllare l'igiene orale e i segni da soffocamento.</p> <ul style="list-style-type: none">• I risultati della valutazione e le raccomandazioni di gestione devono essere accuratamente documentati e comunicati ai professionisti competenti (team), ad assistenti e pazienti. <p>È inoltre importante effettuare esercizi di potenziamento muscolare.</p> <p>Non sono consigliati interventi di stimolazione elettrica e biofeedback.</p> <p>Iniziare l'alimentazione tramite PEG (lungo termine) o SNG (breve termine).</p> <p>Effettuare una rivalutazione periodica sul paziente per monitorare miglioramenti o peggioramenti.</p> <p>Prestare attenzione alle forme farmaceutiche dei farmaci somministrati.</p> <p>Coinvolgere sempre paziente e familiari.</p>	
--	--	--	--	--

Autore-titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato

<p>Smith L et al. Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Gestire la riabilitazione, la prevenzione e le complicanze dei pazienti con ictus.</p> <p>L'obiettivo di questa linea guida è di guidare tutto il personale di pronto soccorso e dei reparti ospedalieri verso un'eccellenza gestione dei pazienti affetti da ictus.</p> <p>L'obiettivo generale è gestire la riabilitazione, la prevenzione, la gestione delle complicanze e la pianificazione di dimissione, con particolare attenzione per i primi 12 mesi dopo l'ictus</p>	<p>Modalità di prevenzione della polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus.</p> <p>I pazienti con ictus che richiedono il ricovero in ospedale devono essere ammessi ad una <i>stroke unit</i> gestito da un team multidisciplinare coordinato con un interesse particolare nella cura dell'ictus.</p> <p>Il team multidisciplinare dovrebbe includere adeguati livelli di assistenza infermieristica, medica, fisioterapia, terapia occupazionale, logopedia, e il personale del servizio sociale.</p> <p>I pazienti e gli accompagnatori devono avere un coinvolgimento attivo nelle prime fasi del processo di riabilitazione.</p> <p>La valutazione del rischio nutrizionale deve essere effettuata entro le prime 48 ore con rivalutazione regolare successivamente durante il recupero del paziente e registrata prima della dimissione.</p> <p>Il monitoraggio continuo dello stato nutrizionale dopo un ictus dovrebbe includere una combinazione dei seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misure biochimiche; • Lo stato di deglutizione; • La perdita di peso non intenzionale; • La valutazione della dipendenza del paziente; 	<p>I precedenti riducono l'...</p>
--	----------------------------------	---	--	------------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> • Apporto nutrizionale. <p>Per tutti i pazienti che hanno disfagia per più di una settimana dovrebbe essere istituito un programma riabilitativo personalizzato.</p> <p>Occorre prendere in considerazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La natura della perdita della deglutizione; • L' idoneità del paziente in termini di motivazione e lo stato cognitivo. <p>I pazienti con disfagia dovrebbero avere un programma di riabilitazione di deglutizione orofaringea che include esercizi di restauro, oltre a modificazione della dieta.</p> <p>I pazienti ricoverati per ictus dovrebbero essere trattati 24 ore al giorno da infermieri specializzati in ictus</p> <p>I logopedisti dovrebbero essere coinvolti in tutte le fasi del processo di recupero</p> <p>I pazienti con ictus e i loro familiari dovrebbero essere informati sulla riabilitazione (personalizzazione dell'assistenza)</p>
--	--	--	--

Autore- titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato
New Zealand Clinical Guidelines for Strokes Management 2010 (January 2010)	Pazienti affetti da ictus	Illustrare le raccomandazioni per gestire il paziente con ictus dall'ospedale a domicilio/riabilitazione	Illustra, dividendoli per macroaree, gli interventi consigliabili (es: per prevenire la malnutrizione provvedere a monitorare il peso del paziente, con che cibi si è alimentato e in che dosi, ecc)	In tutta la una solo v gia. "Tutti i pa quelli con zione, dov stenza e / zione sul c buona igi (comprese miliari pe strati a m igiene oral
Autore – titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato

<p>Dennis M, Lewis S, Crenswich G, Forbes J. Evaluating feeding policies in patients admitted to hospital with a recent stroke</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Gli obiettivi di questo RCT sono: stabilire se la nutrizione enterale precoce migliora la disfagia dei pazienti con ictus; quale alimentazione riduce il rischio di polmonite tra gastrostomia percutanea endoscopica e alimentazione tramite sondino nasogastrico; se un supplemento nutrizionale orale alla dieta normale migliora i risultati dopo ictus.</p>	<p>Modalità di prevenzione della polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus.</p>	<p>È stato condotto un campione di studio. Prova 1: confronto tra alimentazione orale e alimentazione tramite sondino nasogastrico. Prova 2: confronto tra gastrostomia percutanea endoscopica e alimentazione tramite sondino nasogastrico. Prova 3: confronto tra alimentazione orale e alimentazione tramite sondino nasogastrico.</p>
--	----------------------------------	---	--	---

<p>Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Swift C, Donaldson N. A randomised controlled comparison of alternative strategies in stroke care</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Confrontare il trattamento offerto ai pazienti con ictus erogato da una stroke unit, da un trattamento offerto da un reparto di medicina generale e uno offerto a domicilio (valutati in termine di costo-efficacia e soddisfazione di pazienti, assistenti e professionisti) .</p>	<p>Modalità di prevenzione della polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus</p>	<p>La stroke unit di assistenza multidisciplinare Il team di medicina generale ha il supporto di i consigli pedici e fisioterapisti. Il team di cure e supervisione del n</p>
<p>Autore – titolo dello studio</p>	<p>Paziente</p>	<p>Obiettivo</p>	<p>Intervento</p>	<p>Risultato</p>

<p>Kojima A, Imoto Y, Osawa Y, Fujieda S. Predictor of rehabilitation outcome for dysphagia.</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Illustrare gli interventi attuati durante la riabilitazione per migliorare la disfagia nei pazienti affetti da ictus.</p>	<p>Prevedere se la disfagia si risolverà è molto difficile, ma è ovviamente importante per i pazienti e le loro famiglie, nonché per i sanitari. Al fine di raggiungere questo traguardo bisogna effettuare i seguenti interventi: Esame fisico; Video endoscopia della deglutizione (fees); Video fluorografia/scopia (dinamica della deglutizione: il paziente viene posizionato in modo eretto e viene invitato a deglutire liquidi, semisolidi e solidi); Somministrazione di scala Food Intake Scale per classificare la gravità della disfagia (stadio I: punteggio 1-3, stadio II: punteggio 4-6, stadio III: punteggio 7-10)</p>	<p>Associazioni con disfebandono non in termini di miglioramenti statisticamente sensibili 71,4%</p>
--	----------------------------------	--	--	--

Autore- titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato
Sørensen RT, Rasmussen RS, Overgaard K, Lerche A, Johansen AM, Lindhardt T. Dysphagia screening and intensified oral hygiene reduce pneumonia after stroke.	Pazienti affetti da ictus	verificare se si può prevenire la polmonite nei pazienti affetti da ictus disfagici	Precoce screening per la disfagia attraverso la scala di Guss (deglutizione di saliva, acqua addensata, acqua, cibi solidi (tocchetti di pane). Dosi di acqua consigliate da assumere in sequenza: 3,5,10,20 cc. screening da ripetere più volte durante il ricovero/riabilitazione intensificato programma educativo (insegnare come deglutire)	l'incidenza 4/58 nel (pazienti) ventennio precedente il gruppo c
Autore- titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato
Kaspar K, Ekberg O. Identifying vulnerable patients: role of the EAT-10 and the multidisciplinary team for early intervention and comprehensive dysphagia care.	Pazienti affetti da ictus	Sottolineare il ruolo di un team multidisciplinare nella cura dei pazienti affetti da ictus con disfagia	Eseguire una corretta diagnosi della disfagia; Eseguire una valutazione strutturale; Effettuare uno screening per individuare il grado di gravità della disfagia	Un trattamento ridurre polmonite

<p>Cavalcante TF; Moreira RP; Guedes NG; de Araujo TL; Lopes MV; Damasceno MM; Lima FE. Nursing interventions for stroke patients: an integrative literature review.</p>	<p>Paziente affetti da ictus</p>	<p>Analizzare gli interventi infermieristici attuati ai pazienti con ictus</p>	<p>Attuare interventi motori e riabilitazione funzionale, somministrazione farmaci, monitorare funzioni psicologiche, pianificare interventi per la dimissione, cura delle emozioni, cura e prevenzione dei traumi e complicanze, valutazione per l'uso di farmaci trombotici, screening di urgenza, valutare gli elementi clinici e neurologici, prendersi cura di sé, uso del catetere vescicale, dell'ossigeno terapia e dell'igiene orale, corretta posizione del paziente nel letto, prevenzione della polmonite, massaggio, annotare il peso del paziente.</p>	<p>Gli studi base al livello guardano affetta da i</p>
<p>Autore- titolo dello studio</p>	<p>Paziente</p>	<p>Obiettivo</p>	<p>Intervento</p>	<p>Risultato</p>

Terré R, Mearin F. Effectiveness of chin-down posture to prevent tracheal aspiration in dysphagia secondary to acquired brain injury. A videofluoroscopy study.	Pazienti affetti da ictus	Verificare l'efficacia della postura del capo flesso in avanti (verso il basso) per evitare le polmoniti nei pazienti con disfagia secondaria a lesioni cerebrali.	Deglutire mantenendo la postura del capo flesso in avanti.	Facendo d sfagici m del capo f state evita moniti L'indicazi sizione chi sere valuta di videoflu
Frey KL, Ramsberger G. Comparison of outcomes before and after implementation of a water protocol for patients with cerebrovascular accident and dysphagia.	Pazienti affetti da ictus	Confrontare i risultati in termine di numero di polmoniti avvenute prima e dopo la realizzazione di un protocollo di somministrazione d'acqua (test dell'acqua) applicato ai pazienti con ictus e disfagia.	Numero polmoniti prima dell'inserimento del protocollo vs numero di polmoniti dopo inserimento del protocollo	Nessun pa il protocol polmonite
Autore – titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato

<p>Zhou Z, Salle J, J Daviet, Stuit A, Nguyen C. Combined approach in bedside assessment of aspiration risk post stroke: PASS.</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Valutare l'efficacia delle scale per prevenire la polmonite nei pazienti con ictus disfagici</p>	<p>Somministrare ai pazienti affetti da ictus e con disfagia le scale: CPSA (Clinical Predictive Scale of Aspiration), PASS (Practical Aspiration Screening Scheme) e test di deglutizione (Water swallow Test)</p>	<p>La combinazione, valutata in termini di sensibilità (PASS: 89% specificità) (WT: 87,3% specificità) (CPSA: 50% specificità)</p>
<p>Edmiaston J ; Connor LT , Loehr L ; Nasief A .Validation of a dysphagia screening tool in acute stroke patients</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Progettare e validare uno strumento di screening deglutizione per professionisti sanitari non logopedisti per identificare la disfagia e il rischio di polmoniti nei pazienti con ictus.</p>	<p>Somministrare the Acute Stroke Dysphagia Screen a 300 pazienti con ictus</p>	<p>Il tempo di somministrazione è stato stabilito e la sensibilità è del 91% e la specificità del 74% per il rischio di polmonite e una specificità del 74% per il rischio di polmonite</p>

Ministero della Salute. Quaderni del Ministero della Salute: organizzazione dell'assistenza all'ictus	Pazienti affetti da ictus	Dimostrare come un Stroke Unit sia vantaggioso. Evidenziare gli effetti, in termine di riduzione di mortalità e inviati vivi a domicilio, degli interventi attuati ai pazienti affetti da ictus.	Modalità di prevenzione della polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus	Progettare litativo, coinvolger ver istituire p multidiscip lisi dimos va iniziata parse dell' sioni siste appoggiate
Autore – titolo dello studio	Paziente	Obiettivo	Intervento	Risultato

<p>RNAO traduzione di Luciana Modena centro studi EBN . Valutazione dell'ictus attraverso il continuum di assistenza.</p>	<p>Pazienti affetti da ictus</p>	<p>Indirizzare gli infermieri verso la buona pratica: come prendersi cura dei pazienti affetti da ictus</p>	<p>Modalità di prevenzione della polmonite nei pazienti con disfagia secondaria a ictus</p>	<p>Il documento interviene di prevenzione nei pazienti con disfagia secondaria a ictus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accerchiamento dei fattori di rischio e valutazione del livello di rischio individuale - Identificazione dei rischi e delle voci di degenza - Servizio di assistenza e valutazione delle voci di degenza - Pianificazione delle attività di prevenzione - Standard: linee guida e del linguaggio dei cibi assunti
---	----------------------------------	---	---	--

				<u>Personaliz</u> bilitativa n persona
--	--	--	--	--

