

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 1 di 44

PDTA PAZIENTE AFFETTO DA DISFAGIA ASL CN2


	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 2 di 44

Sommario

1	INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO	4
2	REDAZIONE	4
3	DESTINATARI e LISTA DI DISTRIBUZIONE	5
4	GRUPPO DI LAVORO e COORDINAMENTO	6
5	GLOSSARIO	8
6	SCOPO	9
7	ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PDTA	9
7.1	DEFINIZIONE	9
7.2	EPIDEMIOLOGIA	10
7.3	EZIOLOGIA	11
7.4	COMPLICANZE	12
7.4.1	Aspetti Nutrizionali	13
8	LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO	13
9	CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO	15
10	CRITERI DI INGRESSO/ELEGGIBILITÀ	15
10.1	Criteri di inclusione	15
10.2	Criteri di esclusione	15
11	DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PDTA	16
11.1	Disfagia nel paziente sul territorio: la valutazione in regime Ambulatoriale	16
11.1.1	La Visita Medica: il sospetto clinico di Disfagia orofaringea	17
11.1.2	Lo screening della deglutizione per pazienti ambulatoriali collaboranti	18
11.1.3	Lo screening della deglutizione per pazienti ambulatoriali non collaboranti	18
11.1.4	La visita FoniATRica – Ambulatorio Disturbi della Deglutizione/Disfagia Adulti	22
11.1.5	Lo studio Videofluorografico della Deglutizione	24
11.1.6	Gestione del paziente con diagnosi di disfagia grave	25

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 3 di 44

11.1.7	Presa in carico logopedica ambulatoriale.....	26
11.1.8	Screening della malnutrizione per il paziente sul territorio o in regime ambulatoriale	28
11.1.9	Modalità di invio alla Nutrizione Clinica	28
11.1.10	Valutazione Dietistica Ambulatoriale	29
11.1.11	Visita Dietologica Ambulatoriale	30
11.2	Il ricovero ordinario.....	30
11.2.1	Screening Della Disfagia	31
11.2.2	Valutazione Logopedica Bedside della Deglutizione (“Bedside Examination”- BSE)	35
11.2.3	La Consulenza Foniatria per Disfagia	37
11.2.4	Il trattamento Riabilitativo per Disfagia orofaringea.....	38
11.2.5	Trasferimento di reparto ospedaliero – modifica del setting assistenziale	39
11.2.6	Screening Della Malnutrizione In Regime Di Ricovero Ordinario	39
11.2.7	Consulenza Dietistica	39
11.2.8	Consulenza Dietologica	40
12	RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PDTA.....	42
12.1	Diagramma di Flusso Percorso Regime Ambulatoriale.....	42
12.2	Diagramma di Flusso Percorso Regime di Ricovero Ospedaliero	42
12.3	Matrice delle Responsabilità Regime Ambulatoriale.....	42
12.4	Matrice delle Responsabilità Regime di Ricovero Ordinario.....	43
13	MONITORAGGIO, VERIFICA DELL’APPLICAZIONE E INDICATORI	43
14	AGGIORNAMENTO	44
15	ARCHIVIAZIONE	44
16	ALLEGATI.....	44

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 4 di 44

1 INTRODUZIONE E PRESENTAZIONE DEL DOCUMENTO

Il presente documento si pone l’obiettivo di definire un percorso di diagnosi e gestione integrata multidisciplinare dei quadri di disfagia orofaringea (DO) nel paziente adulto e geriatrico all’interno della ASL CN2, al fine di ottenere una presa in carico precoce dei pazienti affetti, ridurre le complicanze derivanti, ottimizzare gli outcomes riabilitativi.

Ciò si giustifica considerando la gravità delle potenziali complicanze della DO, come malnutrizione, disidratazione, polmonite ab ingestis, soffocamento e, nei casi più gravi, morte prematura.

Oltre a rappresentare un rischio concreto per la sopravvivenza del paziente, la DO ne compromette la qualità di vita e l’autonomia, con handicap rilevanti anche per la vita di relazione pregiudicando spesso la condivisione e il piacere del pasto.

La condizione, inoltre, impatta sull’organizzazione del sistema sanitario a causa delle frequenti ospedalizzazioni, prolungate degenze, aumentati rischi di malnutrizione e fragilità, con ripercussioni economiche rilevanti.

La gestione è complessa e richiede risorse dedicate e una presa in carico multidisciplinare, sia in contesto territoriale che ospedaliero. La diagnosi precoce, la tempestiva valutazione nutrizionale e un intervento terapeutico adeguato sono elementi fondamentali per ridurre il rischio di complicanze e migliorare gli esiti clinici.


In Italia la gestione del paziente disfagico risente di una significativa variabilità nella pratica clinica. Purtroppo, ad oggi, non sono disponibili Linee guida nazionali nel campo della Deglutologia e quelle emesse da società scientifiche estere sono spesso dedicate a singole patologie (ad es, Disfagia nello Stroke o nel Parkinson) e non sempre risultano applicabili alla realtà sanitaria italiana.

Pertanto, considerando lo scopo del lavoro, oltre a recenti articoli di letteratura scientifica, i documenti nazionali più autorevoli utilizzati per la stesura del presente PDTA sono rappresentati dal “Position Statement della Società Italiana di Deglutologia in tema di diagnostica della Disfagia e di gestione del paziente disfagico”, pubblicato nel 2024, oltre al “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale della Disfagia” commissionato dalla Regione Piemonte e pubblicato nel 2013.

2 REDAZIONE

Il committente e il promotore del presente PDTA è l’ASL CN2.

DATA	REV	
30 settembre 2025	0	Prima emissione
28 maggio 2026	1	Variazione paragrafo 11.1.6 “Gestione del paziente con diagnosi di disfagia grave”; variazione paragrafo 12.3 “Matrice delle Responsabilità Regime Ambulatoriale”; aggiornamento allegato

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 5 di 44

		10 "Flowchart Ambulatorio"; inserimento allegato 12 ed allegato 13.
--	--	---

Approvazione ed Emissione 28 maggio 2026

Direzione Generale ASL CN 2:


Dott. Luca Burroni, Direttore Sanitario ASL CN2

Data di entrata in vigore: 8 giugno 2026

3 DESTINATARI e LISTA DI DISTRIBUZIONE

Ai Direttori/Responsabili e Coordinatori delle seguenti strutture per opportuna diffusione al personale interessato.


ASLCN2
Dipartimento Area Medica
Direzione Medica Di Presidio
SC Anestesia e Rianimazione – SS Terapia Antalgica
SC Chirurgia Generale
SC Direzione delle Professioni Sanitarie
SC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva
SC Medicina di Emergenza e Urgenza - SS Pronto Soccorso
SC Medicina Interna
SC Neurologia
SC Nutrizione Clinica e Disturbi del Comportamento Alimentare
SC Oncologia
SC Otorinolaringoiatria
SC Riabilitazione e Recupero Funzionale
COT – Centrale Operativa Territoriale
Ciclo Diurno

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 6 di 44

4 GRUPPO DI LAVORO e COORDINAMENTO

Gruppo di lavoro REVISIONE 0:

Cognome	Nome	Ruolo	Unità Operativa
Altavilla	Sabrina	Formazione e Sviluppo Risorse Professionali Sanitarie della Riabilitazione	SC DiPSa
Arlotto	Stefano	Dietista	SC Nutrizione Clinica
Battaglino	Rossana	Logopedista	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Benevello	Daisy	Infermiere	SC Neurologia
Cane	Elena	Logopedista	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Cappello	Emanuela	Coordinatore	Ciclo Diurno
Casetta	Lorenza	MMG	SC Distretto 1
Cocchi	Chiara	Dirigente Medico	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Culla	Beatrice	Dirigente medico	SC Medicina Interna
Dalla Costa	Cloè	Direttore	SC Nutrizione Clinica
Destefanis	Eleonora	Dirigente Medico	SC Neurologia
De Roberto	Salvatore	Direttore ff	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Di Santo	Salvatore	Dirigente Medico	SC Anestesia e Rianimazione
Gorga	Elena	Incaricato di funzione organizzativa	SS Qualità, Risk Management
Grimaldi	Mario	Responsabile Gestione Operativa Territoriale	SC DiPSa
Isoardi	Ilaria	Coordinatore	SC Medicina Interna
La Terra	Maria Antonella	Direttore	SC Gastroenterologia
Lenta	Elena	Coordinatore	SC Nutrizione Clinica
Longoni	Domenico	Dietista	SC Nutrizione Clinica
Malfatto	Sabrina	Logopedista	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Nada	Daniela	Logopedista	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Panebianco	Sabrina	Infermiere	SC Medicina Interna
Pascuzzi	Michele	Infermiere	SC Anestesia e Rianimazione

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 7 di 44

Poglio	Anna	Direttore	SC Direzione Medica di Presidio
Pecchenino	Elisa	Coordinatore	SC Neurologia
Pomero	Fulvio	Direttore	SC Medicina Interna
Prigione	Amalia	Dir. Medico	SC Nutrizione Clinica
Rondina	Cristina Alicia	Logopedista	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale
Sciancalepore	Daniela	Coordinatore	Centrale Operativa Territoriale (COT)
Tambosco	Veronica	Medico Specializzando	SC Nutrizione Clinica
Testa	Francesco	Dirigente Medico	SC Radiologia
Uries	Claudia Melania	Infermiere	SC Neurologia
Vero	Luciano	Responsabile	SS Qualità, Risk Management
Zamuner	Alessio	Gestione Percorsi e Modelli Assistenziali	SC DiPSa
Zichi	Massimiliano	Coordinatore	SC Recupero e Riabilitazione Funzionale

Gruppo di lavoro per REVISIONE 1:

Bonsignore Veronica, Specialista Ambulatoriale Interno, Specialista in Audiologia e Foniatria
Dalla Costa Cloè, Direttore SC Nutrizione Clinica

Cappello Emanuela, Incaricato di funzione organizzativa e Coordinamento Ciclo Diurno

De Roberto Salvatore, Direttore ff SC Recupero e Riabilitazione

Di Santo Salvatore, Responsabile SS Terapia Antalgica


Gorga Elena, Incaricato di Funzione Organizzativa Qualità, Risk Management

Pascuzzi Michele, Incaricato di funzione professionale PICC Team

Pomero Fulvio, Direttore di Dipartimento Area Medica


Poglio Anna, Direttore ff Direzione Medica di Presidio

Zichi Massimiliano, Incaricato di funzione organizzativa e Coordinamento Recupero e Riabilitazione

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 8 di 44

5 GLOSSARIO

- ADI Assistenza Domiciliare Infermieristica
- AFSM Alimenti a fini medici speciali
- ASL Azienda Sanitaria Locale
- BIA bioimpedence analysis
- BSE Bedside Swallowing Evaluation
- CPAP Pressione positiva continua
- DO Disfagia orofaringea
- iEAT-10 italian Eating Assessment Tool-10
- EGDS Esofagogastroduodenoscopia
- FEES Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing
- GISD Gruppo Italiano di Studio della Disfagia
- GLIM Globa Leadership Initiative on Malnutrition
- HST Handgrip Strenght Test
- IDDSI International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
- IFEC Infermiere di Famiglia e di Comunità
- MUST Malnutrition Universal Screening Tool
- MMG Medico Medicina Generale
- NAD Nutrizione Artificiale Domiciliare
- NE Nutrizione Enterale
- NRS 2002 Nutritional Risk Screening
- ONS Oral Nutritiona Supplements
- PDTA Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
- PEG Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
- PRI Progetto Riabilitativo Individuale
- RSA Residenza Sanitaria per Anziani
- SID Società Italiana di Deglutologia
- SLA Sclerosi Laterale Amiotrofica
- SM Sclerosi Multipla
- SNG Sondino nasogastrico
- VFG Videofluorografia

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 9 di 44

6 SCOPO

Il presente PDTA viene sviluppato per raggiungere gli obiettivi di salute e gestionali e, nello specifico, per:

- Descrivere il processo e le specifiche attività nella organizzazione di riferimento;
- Garantire un modello organizzativo multiprofessionale;
- Ridurre la variabilità nei comportamenti;
- Incrementare l'appropriatezza clinica ed organizzativa;
- Valutare e migliorare la gestione complessiva e la qualità del processo del paziente;
- Informare e formare il personale, gli utenti e i pazienti;
- Documentare le attività effettuate e i risultati raggiunti.

7 ANALISI DEL PROBLEMA DI SALUTE/PATOLOGIA OGGETTO DEL PDTA


7.1 DEFINIZIONE

Il Position Statement della Società Italiana di Deglutologia (SID) del 2024 definisce la disfagia orofaringea (D0) come “la menomazione della deglutizione orofaringea, ossia una sequenza di azioni rapide e altamente coordinate che consente il trasporto del bolo dall'esterno all'esofago cervicale senza passaggio nelle basse vie aeree e che inizia con la chiusura dello sfintere labiale e termina con la chiusura dello sfintere esofageo superiore successivamente al passaggio del bolo”.

Le fasi della deglutizione fisiologica che possono risultare alterate nei quadri di disfagia orofaringea sono pertanto schematicamente le seguenti:

- 1. Fase extraorale:** fase di preparazione delle sostanze che verranno ingerite (preparazione del cibo);
- 2. Fase buccale:** fase di preparazione orale delle sostanze da deglutire. Implica il coordinamento delle strutture bucco-linguo-facciali, al fine di proteggere la faringe da cadute di cibo premature;
- 3. Fase orale:** convogliamento del bolo verso l'istmo delle fauci e attivazione del riflesso di deglutizione faringea. Ha inizio la deglutizione riflessa, ossia non gestibile in modo volontario;
- 4. Fase faringea:** il riflesso faringeo coordina il passaggio sicuro del bolo dalla faringe all'esofago. La muscolatura faringea si contrae per spingere il bolo, mentre la glottide si chiude per impedire l'ingresso nelle vie aeree. Il bolo transita così attraverso il quadrivio faringeo, punto di incrocio tra via respiratoria e digestiva

Le fasi successive della deglutizione sono la fase esofagea (transito del bolo in esofago) e gastro-duodenale (passaggio del bolo nello stomaco e quindi nel duodeno) e sono di prevalente interesse gastroenterologico, risultando alterate nei quadri di disfagia esofago-gastrica.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 10 di 44

I professionisti coinvolti nella diagnosi e gestione della disfagia orofaringea sono schematizzabili nei seguenti gruppi:

- Professioni coinvolte nel segnalare la disfagia orofaringea/responsabili dello screening (per es. Operatori sanitari, Infermieri, Medici di famiglia o di reparto);
- Medici che hanno in carico il paziente (per es. Medico di Medicina Generale, Medico di reparto);
- Professioni coinvolte nella valutazione della deglutizione (per es. Logopedisti per la valutazione clinica, Audiologi-Foniatri per la valutazione endoscopica, Radiologi per la videofluoroscopia...);
- Professioni coinvolte nella valutazione e nella terapia della nutrizione (Dietologi e Dietisti);
- Medici responsabili della diagnosi e cura della malattia che causa la disfagia (per es. Neurologi per le malattie neurologiche...)
- Professioni coinvolte nella terapia della disfagia orofaringea (per es. Audiologi-Foniatri e Logopedisti per le terapie riabilitative, chirurghi di varie specializzazioni per le terapie chirurgiche).

Nel dettaglio, verranno a seguire definite le figure sanitarie specificatamente formate in ambito Deglutologico:


Il Medico Audiologo-Foniatra/Foniatra: in accordo con PDTA Disfagia Regione Piemonte, “In Italia, sono abilitati ad effettuare una Visita Foniatria per l’inquadramento dei disturbi della deglutizione i laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano conseguito il diploma di Specializzazione in Foniatria o in Audio-Foniatria”.

Altri specialisti con competenze Deglutologiche: “sono da considerare personale opportunamente formato a visita e valutazione deglutologica i laureati in Medicina e Chirurgia che abbiano completato un Master Universitario in Deglutologia od affine. In carenza, si richiede che il medico che effettua l’inquadramento abbia le abilità necessarie per effettuare una valutazione fibroendoscopica transnasale della deglutizione (FEES) e possessa le necessarie conoscenze”.

Il **Logopedista**, da profilo professionale, è il Professionista Sanitario laureato e abilitato che svolge la propria attività nella prevenzione, nella cura e nella riabilitazione delle patologie che provocano disturbi delle funzioni orali e deglutitorie.

7.2 EPIDEMIOLOGIA

Il PDTA della Disfagia della Regione Piemonte, pubblicato nel 2013 evidenziava come fosse necessaria una presa in carico coordinata della DO sulla base di considerazioni epidemiologiche: elevata incidenza di complicanze ed effetti avversi, riduzione della qualità di vita, impatto sociale, sanitario ed economico. Allo stesso tempo, tuttavia, sottolineava come fosse ancora comune una disomogeneità di diagnosi, trattamento e assistenza. Tale disomogeneità persiste anche ora, come sottolineato da una recente metanalisi che mette in luce la diversità della prevalenza e dell’incidenza di tale fenomeno in diversi studi. La prevalenza della disfagia orofaringea nelle diverse popolazioni

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 11 di 44

viene stimata pari al 43,8%, con una discreta variabilità nella prevalenza di OD riportata dai diversi studi (96% sec Almeida et al, 7,3% Warson&Lally, 29% Wolf).

Le cause più frequenti di disfagia sono gli esiti di stroke (con una prevalenza di disfagia del 80%), gli esiti di lesioni cerebrali traumatiche e le patologie neurologiche, con particolare riferimento al morbo di Parkinson, in cui viene stimata una prevalenza di disfagia è compresa fra l'8,1 e l'81%.

L'incidenza di disfagia è in costante aumento, a causa delle seguenti cause principali: crescita dell'età media della popolazione (e conseguente incremento nell'incidenza di presbifagia), maggior sviluppo di patologie neurodegenerative, aumento degli incidenti stradali e delle patologie cerebrovascolari, maggiore diffusione della chirurgia demolitiva cervico-cefalica. Inoltre anche la necessità crescente di polifarmacoterapia costituisce un fattore di rischio per lo sviluppo di disfagia. In particolare un recente studio ha evidenziato un'associazione fra disfagia e utilizzo di antipsicotici, benzodiazepine, farmaci dopaminergici, antidepressivi, antiepilettici. Anche l'utilizzo di altre categorie di farmaci (betabloccanti, oppioidi, antiemetici, diuretici e antistaminici...) può determinare un peggioramento della disfagia o la sua insorgenza.

Proprio per la sua correlazione con la fragilità e la polimorbilità, la disfagia presenta una prevalenza maggiore nei pazienti istituzionalizzati. Nonostante possa manifestarsi a qualsiasi età, la prevalenza aumenta all'avanzare dell'età, arrivando ad interessare oltre il 51% degli anziani residenti in strutture residenziali (RSA).


Per quanto concerne la prevalenza di DO in Piemonte, il PDTA della Regione Piemonte stimava una prevalenza totale di DO con numeri compresi tra 38.346 e 65.705 individui. Le cause principali di DO in ordine di prevalenza erano ritenute essere: Demenza non Alzheimer, Demenza Alzheimer, Stroke, Malattia di Parkinson, Sclerosi Multipla, SLA. In termini di incidenza, le principali cause di DO nella Regione Piemonte sono state rilevate essere le seguenti: demenza (tutti i tipi), stroke, malattia di Parkinson, sclerosi multipla, SLA.

La prevalenza della disfagia nella popolazione adulta è elevata, un recente studio condotto su oltre 31.000 adulti ha rilevato che circa un adulto su sei (16,7%) riferisce difficoltà nella deglutizione [Adkins et al.].

7.3 EZIOLOGIA

La DO è prevalentemente causata da disfunzioni neurologiche, neuromuscolari o strutturali che compromettono la coordinazione, la forza o la tempistica dei movimenti necessari per una deglutizione sicura ed efficace. Le principali patologie responsabili includono:

- Ictus cerebrale: principalmente nella fase acuta (prima settimana), con una prevalenza che tende a ridursi dopo il primo mese;
- Malattie neurodegenerative (Malattia di Parkinson, Sclerosi laterale amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla (SM);

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 12 di 44

- Demenze, in particolare la malattia di Alzheimer;
- Disordini della giunzione neuromuscolare (Miastenia gravis);
- Miopatie primitive o infiammatorie (es. distrofie muscolari, dermatomiositi, polimiositi);
- Traumi cranici.

Inoltre, è di comune riscontro dopo interventi chirurgici demolitivi (es. tumori del distretto cervico-cefalico), radioterapia nella regione testa-collo, o a causa di condizioni iatrogene (es. uso di farmaci psicotropi, neurolettici, antidepressivi, anticolinergici).

Nei soggetti anziani, anche in assenza di patologie neurologiche manifeste, la disfagia può insorgere a causa di modificazioni anatomofunzionali legate all'età (presbifagia), tra cui: riduzione della forza muscolare, sarcopenia, ridotta salivazione, compromissione sensoriale (olfatto e gusto), rallentamento del riflesso deglutitorio e minore coordinazione neuromuscolare.

7.4 COMPLICANZE

L'importanza del precoce riconoscimento e della gestione della DO appare evidente considerando le possibili complicanze che ne derivano: disidratazione, malnutrizione, perdita di massa muscolare, impairment della qualità della vita del paziente fino a polmonite da aspirazione/polmonite ab ingestis e morte per soffocamento.


Con il termine "polmonite da aspirazione" si fa riferimento al passaggio di bolo alimentare (proveniente dall'orofaringe o dall'esofago cervicale) attraverso la laringe e la trachea fino ai polmoni. Per motivi anatomici, il sito più comunemente interessato da questo passaggio è il bronco destro, rendendo la polmonite da aspirazione del lobo polmonare destro più frequente di quella del lobo sinistro.

La polmonite da aspirazione riconosce un'eziopatogenesi multifattoriale, tuttavia la DO e la scarsa igiene orale rappresentano importanti fattori di rischio (spesso presenti contestualmente).

La mortalità dei pazienti con stroke che sviluppano DO è 6 volte maggiore e la polmonite ab ingestis rappresenta la principale causa di mortalità ospedaliera considerando tutte le cause di polmonite. Inoltre, questa complicanza determina un significativo incremento dei costi associati al ricovero (che aumentano mediamente del 40,36%) e del tempo medio di degenza (che incrementa in media dai 2 agli 8 giorni).

Le complicanze della DO contribuiscono significativamente a un aumento della morbidità e mortalità, aggravano lo stato di fragilità clinica del paziente e possono determinare un progressivo deterioramento dello stato generale di salute.

Particolare attenzione deve essere rivolta all'impatto della disfagia sulla qualità di vita, spesso gravemente compromessa a causa delle restrizioni alimentari, della perdita di autonomia e dell'isolamento psico-sociale che ne conseguono.


	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 13 di 44

7.4.1 Aspetti Nutrizionali


Il paziente disfagico è ad alto rischio di malnutrizione per difetto e disidratazione a causa dell'alterata meccanica deglutitoria che può compromettere l'assunzione di liquidi e alimenti. In particolare, il transito orofaringeo può risultare rallentato e particolarmente difficoltoso, esitando in una carenza di calorie, macro e micronutrienti quali vitamine e oligoelementi. La limitazione nell'assunzione di liquidi può invece risultare sia dalla difficoltà deglutitoria, sia dalla ridotta sensazione di sete o da limitazione prescrittive. La valutazione dello stato nutrizionale, degli eventuali stati carenziali e dello stato di idratazione sono pertanto aspetti cruciali della gestione e presa in carico del paziente.

8 LETTERATURA SCIENTIFICA DI RIFERIMENTO

- Adkins, C., Takakura, W., Spiegel, B.M.R., Lu, M., Vera-Llonch, M., Williams, J., Almario, C.V., 2020. Prevalence and Characteristics of Dysphagia Based on a Population-Based Survey. Clin Gastroenterol Hepatol 18, 1970-1979.e2.
- Almeida TMD, Cola PC, Magnoni D, França JÍD, Silva RGd. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke after cardiac surgery. Revista CEFAC. 2015;17:1415–9.
- Attrill, S., White, S., Murray, J., Hammond, S. & Doeltgen, S., 2018. Impact of OD on healthcare cost and length of stay in hospital: a systematic review. BMC Health Serv. Res. 18, 594.
- Cantón Blanco, A., Bischoff, S.C., Austin, P., Bowyken, K., Chourdakis, M., De La Cuerda Compés, C., Jonkers-Schuitema, C., Lichota, M., Nyulasi, I., Schneider, S.M., Stanga, Z., Pirone, L., 2023. ESPEN practical guideline: Home enteral nutrition. Nutr Hosp.
- Cederholm, T., Jensen, G.L., Correia, M.I.T.D., Gonzalez, M.C., Fukushima, R., Higashiguchi, T., Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans, D.C., Gramlich, L., Fuchs-Tarlovsky, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K.M., Morley, J.E., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Pisprasert, V., De Van Der Schueren, M.A.E., Siltharm, S., Singer, P., Tappenden, K., Velasco, N., Waitzberg, D., Yamwong, P., Yu, J., Van Gossum, A., Compher, C., Jensen, Gordon L., Charlene, C., Cederholm, Tommy, Van Gossum, Andre, Correia, Maria Isabel T.D., Gonzalez, M. Cristina, Fukushima, Ryoji, Higashiguchi, Takashi, Baptista, G., Barazzoni, R., Blaauw, R., Coats, A., Crivelli, A., Evans, D.C., Gramlich, L., Fuchs, V., Keller, H., Llido, L., Malone, A., Mogensen, K.M., Morley, J.E., Muscaritoli, M., Nyulasi, I., Pirlich, M., Pisprasert, V., De Van Der Schueren, M.A.E., Siltharm, S., Singer, P., Tappenden, K., Velasco, N., Waitzberg, D., Yamwong, P., Yu, J., 2019. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. Clinical Nutrition 38, 1–9.
- Coyle, J.L., Davis, L.A., Easterling, C., Graner, D.E., Langmore, S., Leder, S.B., Lefton-Greif, M.A., Leslie, P., Logemann, J.A., Mackay, L., Martin-Harris, B., Murray, J.T., Sonies, B., Steele, C.M., 2009. Oropharyngeal dysphagia assessment and treatment efficacy: setting the record straight (response to Campbell-Taylor). J Am Med Dir Assoc 10, 62–66; discussion 79-83.
- Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., Bischoff, S.C., 2016a. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition 35, 545–556.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 14 di 44

- Druml, C., Ballmer, P.E., Druml, W., Oehmichen, F., Shenkin, A., Singer, P., Soeters, P., Weimann, A., Bischoff, S.C., 2016b. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition* 35, 545–556.
- Kertscher B, Speyer R, Fong E, Georgiou AM, Smith M. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in the Netherlands: a telephone survey. *Dysphagia*. 2015;30(2):114–120.
- Oberhofer, E. Psychopharmaka in Altenheimen zu sorglos eingesetzt?. *Geriatr. Rep.* 13, 9. (2018).
- PDTA della DISFAGIA – Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari (AReSS) Regione Piemonte – 2013
- Position Statement della Società italiana di Deglutologia in tema di Diagnostica della Disfagia e di Gestione del paziente disfagico, Società Italiana di Deglutologia, 2024
- Rajati F, Ahmadi N, Naghibzadeh ZA, Kazeminia M. The global prevalence of oropharyngeal dysphagia in different populations: a systematic review and meta-analysis. *J Transl Med*. 2022 Apr 11;20(1):175.
- Schindler A, Mozzanica F, Monzani A, Ceriani E, Atac M, Jukic-Peladic N, Venturini C, Orlandoni P. Reliability and validity of the Italian Eating Assessment Tool. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2013 Nov; 122(11):717-24. doi: 10.1177/000348941312201109. PMID: 24358633.
- Takizawa C, Gemmell E, Kenworthy J, Speyer R. A systematic review of the prevalence of oropharyngeal dysphagia in stroke, Parkinson’s disease, Alzheimer’s disease, head injury, and pneumonia. *Dysphagia*. 2016;31(3):434–441.
- Volkert, D., Beck, A.M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C.C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., Bischoff, S.C., 2019. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition* 38, 10–47.
- Volkert, D., Beck, A.M., Faxén-Irving, G., Frühwald, T., Hooper, L., Keller, H., Porter, J., Rothenberg, E., Suominen, M., Wirth, R., Chourdakis, M., 2024. ESPEN guideline on nutrition and hydration in dementia – Update 2024. *Clinical Nutrition* 43, 1599–1626.
- Volkert, D., Chourdakis, M., Faxen-Irving, G., Frühwald, T., Landi, F., Suominen, M.H., Vandewoude, M., Wirth, R., Schneider, S.M., 2015. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clinical Nutrition* 34, 1052–1073.
- Watson DI, Lally CJ. Prevalence of symptoms and use of medication for gastroesophageal reflux in an Australian community. *World J Surg*. 2009;33(1):88–94.
- Wilson, J.M., Marin, P.J., Rhea, M.R., Wilson, S.M.C., Loenneke, J.P., Anderson, J.C., 2012. Concurrent training: a meta-analysis examining interference of aerobic and resistance exercises. *J Strength Cond Res* 26, 2293–2307.
- Wolf U, Eckert S, Walter G, Wienke A, Bartel S, Plontke SK, et al. Prevalence of oropharyngeal dysphagia in geriatric patients and real-life associations with diseases and drugs. *Sci Rep*. 2021;11(1):1–14.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 15 di 44

9 CONTESTO ORGANIZZATIVO DI RIFERIMENTO

Il presente documento nasce in risposta alla necessità di definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali strutturati per garantire una efficace e adeguata presa in carico dei pazienti. Si sviluppa nel contesto dell'attività svolta presso l'ASL CN2 con lo scopo di standardizzare l'identificazione del paziente disfagico, definire l'assessment diagnostico e migliorare la gestione di cura multidisciplinare.

Il team Deglutologico afferente alla S.C Recupero e Riabilitazione Funzionale (RRF) è composto da 1 medico Audiologo-Foniatra, da 5 Logopedisti e da 1 Coordinatore. Per la diagnosi strumentale di disfagia per i pazienti ricoverati è disponibile 1 endoscopio flessibile portatile a batteria, per la diagnosi strumentale dei pazienti ambulatoriali è disponibile 1 videonasoendoscopio flessibile a colonna.

10 CRITERI DI INGRESSO/ELEGGIBILITÀ

10.1 Criteri di inclusione

Il presente percorso si applica a pazienti adulti e anziani con disfagia orofaringea (DO).


Verranno inclusi pazienti con DO principalmente dovuta a:

- Patologie neurologiche: ictus, trauma cranio-encefalico, patologie neurodegenerative (Malattia di Parkinson, Parkinsonismi atipici, SLA, demenze ecc...)
- Età avanzata: Presbifagia Primaria e Presbifagia Secondaria
- Causa mista/combinazione di cause capaci di determinare una DO anche transitoria (stati infettivi, polifarmacoterapie ecc...) passibile di intervento riabilitativo.

10.2 Criteri di esclusione

Vengono descritti e applicati i criteri di esclusione:

- Pazienti in età pediatrica (≤ 18 anni)
- Disfagia correlata a patologia oncologica
- Disfagia ostruttiva, definita come difficoltà alla progressione del bolo dovuta a ostruzione delle strutture cave deputate alla deglutizione o a loro compressione estrinseca con ristagno del bolo a monte dell'ostruzione
- Disfagia esofagea, ovvero disfagia causata da patologie organiche che interessano l'esofago con sintomi quali pirosi, rigurgito, sensazione di rallentamento o arresto del cibo in sede retrosternale e dolore retrosternale
- Disfagia di origine respiratoria, ossia le situazioni di difficoltà di deglutizione dove il ruolo eziologico delle patologie dell'apparato respiratorio è predominante, quali ad esempio: dissociazione chirurgica delle vie aereodigestive (laringectomie totali, tracheotomia)...

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 16 di 44

- Disfagia psicogena.

Nei casi sopra descritti, i pazienti dovranno essere inviati ai servizi di competenza (ORL, gastroenterologia, psichiatria, CAS...).

11 DESCRIZIONE DELLO SVILUPPO COMPLESSIVO DEL PDTA

In linea con PDTA Regione Piemonte, il percorso verrà diviso nei seguenti setting:

- Disfagia nel paziente in regime ambulatoriale (comprensivo dei pazienti domiciliati in RSA)
- Disfagia nel paziente in regime di ricovero ordinario.

Per quanto concerne la classificazione delle consistenze degli alimenti utilizzata nel presente PDTA, si è concordato di utilizzare la storica classificazione codificata dal GISD (Gruppo Italiano di Studio della Disfagia), associandola alla più recente classificazione IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative), a valenza internazionale (vedi allegato 1).

L'obiettivo di tale scelta è quella di mantenere una comunicazione efficace e facilmente comprensibile tra i componenti del team multiprofessionale che ha in cura il paziente disfagico, iniziando gradualmente ad applicare all'interno dell'ASLCN2 una terminologia standardizzata a livello italiano e internazionale.


11.1 Disfagia nel paziente sul territorio: la valutazione in regime Ambulatoriale

Il presente percorso si applica alla presa in carico e alla gestione della disfagia sul territorio.

Alcuni segni e sintomi clinici possono indirizzare i medici e gli infermieri nel territorio dell'ASL CN2 (Medici di Medicina Generale, Medici operanti in strutture sanitarie territoriali, Infermieri di cure domiciliari, IFeC) ad attivare il percorso di diagnosi, adeguata gestione della disfagia orofaringea e delle sue complicanze, successivamente valutate in ambulatorio specialistico.

I segni e sintomi clinici derivanti da disturbo e dalle sue complicanze sono:

- alterato livello di coscienza o riduzione delle risposte;
- linguaggio mal articolato;
- difficoltà a deglutire, riferita o constatata;
- allungamento del tempo di deglutizione;
- atti di deglutizione ripetuti per un singolo bolo;
- difficoltà a masticare o allungamento dei tempi di masticazione;
- persistenza di residui alimentari nel cavo orale;
- rigurgito nasale;
- fascicolazioni della lingua e raucedine;
- modificazione spontanea della consistenza degli alimenti ingeriti;
- rilievo di posture e/o manovre protettive assunte spontaneamente;
- rilievo di riflessi patologici nel distretto buccale;
- alterazioni riferite delle sensibilità termica, tattile e gustativa;

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 17 di 44

- gestione difficoltosa delle secrezioni orali e/o scialorrea;
- voce umida o gorgogliante durante e/o dopo i pasti;
- voce debole;
- presenza di qualsiasi segno indicatore di ridotta funzione laringea;
- segnalazione di episodi di tosse/soffocamento mentre il paziente mangia e beve;
- rischio documentato di disfagia o aspirazione durante ricoveri precedenti;
- tosse volontaria debole/assente;
- odinofagia;
- dolore toracico atipico;
- sospetto di polmonite ab ingestis;
- infezioni polmonari ricorrenti;
- rialzo termico ricorrente senza cause note;
- frequenza respiratoria maggiore di 30 atti per minuto.

11.1.1 La Visita Medica: il sospetto clinico di Disfagia orofaringea


Il Medico curante (Medico di Medicina Generale o altro specialista) è il responsabile della raccolta dei dati anamnestici e obiettivi relativi al sospetto di DO.

Il sospetto di DO dovrà essere posto in particolare per quanto concerne i pazienti affetti dalle seguenti patologie:

- anziano fragile;
- rischio documentato di disfagia o aspirazione durante ricoveri precedenti;
- patologie ORL: paralisi cordale o laringea;
- patologie neurologiche, con particolare riferimento a:
 - stroke;
 - malattia di Parkinson e altre patologie extrapiramidali;
 - SLA;
 - demenze;
 - sclerosi multipla;
 - patologie dei nervi cranici;
 - fase di risveglio dopo coma di qualsiasi origine.

La presenza di DO dovrà inoltre essere indagata nei pazienti in cui è noto che la disfagia possa insorgere come effetto collaterale secondario all'assunzione di alcuni farmaci, di cui si citano a seguire le principali classi a titolo esemplificativo:

- Medicinali che causano xerostomia (antidepressivi, diuretici ecc...)
- Medicinali che deprimono il SNC (antiepilettici, benzodiazepine ecc...)
- Farmaci che agiscono sulla muscolatura striata dell'esofago e sulla pressione basale dello sfintere esofageo inferiore (neurolettici ecc...).

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 18 di 44

11.1.2 Lo screening della deglutizione per pazienti ambulatoriali collaboranti

In caso di pazienti collaboranti e comunque in assenza di deterioramento cognitivo, è indicato somministrare in contesto ambulatoriale (Medico di Medicina Generale o altri ambulatori specialistici) l'Italian Eating Assessment Tool-10 (I-EAT-10), questionario validato in lingua italiana in pazienti affetti da disfagia orofaringea e teso a inquadrare velocemente i sintomi riferiti dal paziente (vedi allegato 2). In presenza di punteggio totale di I-EAT $10 \geq 3$, il test è considerato positivo e suggestivo di disfagia orofaringea, con indicazione ad attivare l'iter diagnostico foniatico (vedi paragrafo 11.1.4). In caso di punteggio totale < 3 e in base alle risposte fornite dal paziente, il Medico di Medicina Generale o altro specialista potrà valutare l'indicazione all'esecuzione di altri accertamenti specialistici.


11.1.3 Lo screening della deglutizione per pazienti ambulatoriali non collaboranti

In caso di pazienti non collaboranti o comunque in presenza di declino neurocognitivo, dopo attenta anamnesi delle abitudini alimentari del paziente con il caregiver di riferimento, è indicata l'esecuzione di una procedura di **Screening della Deglutizione** da parte del personale sanitario che ha in carico o assiste il paziente, al fine di indirizzare il paziente nel percorso assistenziale adeguato sulla base dell'esito dello Screening e ridurre i tempi di presa in carico.

In generale, le procedure di Screening valutano in primis la presenza dei prerequisiti per la deglutizione, ossia delle condizioni cliniche indispensabili per alimentare il paziente per os in sicurezza. Attualmente l'unico test clinico della deglutizione validato in ciascun setting assistenziale è il test del bolo d'acqua ("Water Swallow Test"), descritto a seguire. In base alla patologia di base, il medico o l'infermiere che ha in carico il paziente potrà scegliere di applicare un test di screening alternativo, validato, idoneo per quel contesto o caso (ad esempio "Gugging Swallowing Screen" per i pazienti affetti da stroke).

In contesto di RSA o Cure Domiciliari, o comunque nei contesti assistenziali in cui è presente una presa in carico infermieristica, si consiglia di applicare una procedura di Screening standardizzata, in linea con quanto descritto nel PDTA Disfagia Piemonte. Il ruolo dell'infermiere in questi contesti è significativo in quanto spesso (come conseguenza delle polipatologie di base o della farmacoterapia) tali pazienti (anziani, affetti da polipatologie, in polifarmacoterapia ecc...) possono presentare un rapido cambiamento della funzionalità deglutitoria o un peggioramento della disfagia già nota.

Le fasi per la valutazione dello Screening della disfagia sull'area territoriale sono riportate in allegato 3. Lo screening si compone di più fasi sequenziali, definiti come Step: al termine di ogni Step, in base all'esito (positivo o negativo), il personale procederà con la valutazione successiva o attiverà il percorso previsto.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 19 di 44

STEP 1: Osservazione iniziale - valutazione dei prerequisiti

Le procedure di screening per la deglutizione includono la valutazione dei seguenti prerequisiti per l'alimentazione orale:

- **Osservazione dello stato di vigilanza e capacità di collaborazione:** Il paziente deve possedere un adeguato livello di vigilanza, nonché manifestare la capacità di comprendere ed eseguire ordini semplici (compatibilmente con i diversificati quadri clinici) per almeno 10-15 minuti.
- **Valutazione della Funzionalità respiratoria:** In linea generale, il paziente deve essere in grado di respirare senza difficoltà e deve essere possibile elicitare la tosse volontaria. Il paziente non deve presentare una voce percettivamente umida o gorgogliante. In presenza di patologie polmonari in atto o in corso di trattamento, sarà necessario valutare se la funzionalità respiratoria del paziente possa definirsi complessivamente stabile.
- **Postura:** Una postura adeguata è importante al fine di garantire un atto deglutitorio sicuro: in linea generale, affinché un atto deglutitorio possa definirsi sicuro il paziente deve essere in grado di mantenere la postura del capo e del collo in asse in posizione seduta. Il ridotto controllo motorio e muscolare delle strutture capo-collo-torace non rappresenta una controindicazione assoluta agli steps successivi dello screening, ma andrà considerato un fattore di rischio per disfagia (in particolare per i malati neurologici). L'intervento dell'Infermiere e di altro personale sanitario risulta in ogni caso fondamentale nell'ottica di posizionare il paziente in adeguata postura seduta prima di procedere con i successivi steps dello screening. Si segnala che alcune situazioni cliniche, con particolare riferimento a fratture vertebrali necessitanti interventi ortopedici, possono necessitare di posture obbligate rappresentando una controindicazione all'alimentazione orale.

Esito Valutazione Prerequisiti.

Se i prerequisiti vengono rispettati, lo screening della deglutizione può procedere allo Step 2.


Se tali prerequisiti non vengono rispettati, si dovrà sospendere la valutazione e confrontarsi con il medico di riferimento che definirà il successivo iter diagnostico e di trattamento.

Sarà il curante a valutare la sospensione dell'alimentazione orale e l'eventuale cambio di setting assistenziale, al fine di garantire al paziente adeguato supporto nutrizionale in base alla gravità clinica.

STEP 2: Stato del cavo orale e presenza di segni clinici "Red Flags" per disfagia orofaringea

Il cavo orale deve essere esaminabile e valutabile sia dal punto di vista anatomico che funzionale.

È importante che il paziente non presenti riflessi orali patologici che rendano inaccessibile il cavo orale sia alla valutazione endorale sia all'introduzione di cibo.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 20 di 44

Il paziente deve, pertanto, essere libero da dispositivi respiratori che ostacolino l'esplorazione orale, come la CPAP, che devono poter essere rimossi per il tempo necessario alla valutazione.

Funzionalmente, il paziente deve riuscire ad effettuare deglutizioni spontanee di saliva e gestire autonomamente le secrezioni orali: in questo caso il cavo orale sarà sufficientemente deterso.

È indicato prestare attenzione alla presenza o insorgenza dei seguenti sintomi "Red Flags" per DO: assenza di tosse volontaria o tosse gravemente ipovalida e voce percettivamente "umida" o gorgogliante.

Se la funzione orale è alterata (ad esempio presenza di riflessi orali patologici che rendono difficoltosa la valutazione del cavo orale), sarà necessario confrontarsi con il medico di riferimento e valutare la necessità di sospensione dell'alimentazione orale. In base all'entità dell'alterazione e dei sintomi associati, il medico valuterà il cambio di setting assistenziale, la Visita Foniatria con valutazione strumentale della Deglutizione.

Se la funzione orale è conservata, la voce non è umida né gorgogliante, ed è presente tosse volontaria efficace, il personale infermieristico potrà procedere con lo Step 3 – Test clinici della Deglutizione.

STEP 3: Test Clinici Della Deglutizione

In linea con PDTA della Regione Piemonte e in base alla letteratura scientifica attuale, si consiglia di avvalersi del Test del Bolo d'acqua ("Water Swallow Test") come test clinico della deglutizione validato in ciascun setting assistenziale.

Test del bolo d'acqua

3a. Il test del bolo d'acqua consiste nella somministrazione di un piccolo volume d'acqua e nell'osservazione dell'inizio della deglutizione e della eventuale comparsa di tosse o alterazione della qualità della voce.


Dare inizialmente da bere al paziente in posizione seduta un cucchiaino d'acqua per tre volte, posizionando il dito a livello della laringe per avvertirne il sollevamento durante l'atto deglutitorio.

3b. Se il test è normale, proseguire osservando il paziente mentre beve senza interruzione un bicchiere d'acqua.

Se in una qualsiasi fase del test vi è assenza della deglutizione e/o comparsa di tosse e/o tosse ritardata e/o alterazione della qualità della voce (da valutare invitando il paziente ad eseguire una "A" prolungata), il test è considerato positivo.

In base a setting assistenziale, il test del bolo d'acqua dovrebbe essere ripetuto per circa 3 volte a distanza di 24-48 ore in accordo con il medico di riferimento.

Se il test del bolo d'acqua è negativo, si procede con il test dell'Acquagel-consistenza Semisolida IDDSI 4.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 21 di 44

Se il test del bolo d'acqua è positivo, è indicato evitare la somministrazione di liquidi. È indicata la richiesta di Visita Foniatria. *In caso di pazienti anziani e/o affetti da patologie neurodegenerative si consiglia invece di proseguire lo Screening effettuando il test della consistenza Semisolida IDDSI 4, anche in presenza di test del bolo d'acqua alterato in quanto è comune osservare una deglutizione maggiormente funzionale somministrando alimenti a consistenza lievemente incrementata.*

Si segnala, infatti, che in queste categorie può manifestarsi una maggiore difficoltà con la consistenza liquida, mentre si osserva una deglutizione maggiormente funzionale somministrando alimenti a maggiore consistenza.

Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4

Consiste nella somministrazione di Acquagel Semisolida IDDSI 4 pronta all'uso. Iniziare somministrando piccole quantità lentamente e incrementare progressivamente (da 1 a 3 cucchiaini). Il test è positivo se insorge tosse precoce e/o tosse ritardata e/o alterazione della qualità vocale, per cui si interrompe la somministrazione.

In presenza di Test bolo d'acqua POSITIVO e Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4 NEGATIVO: per inquadramento diagnostico è indicato richiedere Visita Foniatria presso Ambulatorio Deglutizione adulti (Visita Foniatria+Laringoscopia e altra trachescopia). Nell'attesa della visita, il Medico di Medicina Generale ha la possibilità di richiedere direttamente la prescrizione di addensanti al domicilio alla SC Nutrizione Clinica (vd. Paragrafo 11.1.9).

In presenza di Test bolo d'acqua NEGATIVO e Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4 POSITIVO: nella maggior parte dei casi, tali pazienti possono essere affetti da disfagia a eziopatogenesi ostruttiva o esofagea (vedi Criteri di esclusione), per cui si rimanda al relativo iter diagnostico-terapeutico.


Nel caso in cui tali patogenesi vengano escluse e il Medico di riferimento ritenga si tratti di disfagia orofaringea, dovrà richiedere Visita Foniatria+Laringoscopia e altra tracheoscopia presso Ambulatorio Deglutizione adulti.

Se il Test del bolo d'acqua è NEGATIVO e il Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4 è NEGATIVO, è possibile procedere alla Prova di Deglutizione con i Solidi.

Test con bolo SOLIDO IDDSI 6 (tenero-spezzezzato)

Compatibilmente con la dentatura propria del paziente o con la presenza di protesi dentali correttamente posizionate e funzionali alla masticazione, si può procedere alla valutazione con bolo solido categoria IDDSI 6 (consistenza tenero-spezzezzato), ad esempio somministrando un biscotto ammorbidito oppure la banana a pezzi.

La prova è alterata in caso di ristagno del bolo nel cavo orale e/o comparsa di tosse precoce o ritardata e/o alterazione della qualità vocale.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 22 di 44

In caso di test positivo solo con bolo solido IDDSI 6, indicato richiedere Esofagogastroduodenoscopia (EDGS) nel sospetto di Disfagia esofago-gastrica.

Conclusioni inerenti lo Screening per Disfagia.

- Lo Screening della deglutizione Step 1, Step 2 e Step 3 contiene la valutazione dei prerequisiti clinici necessari per l'alimentazione orale e i test di screening clinici della deglutizione.
- Al termine dello Screening della Deglutizione, in base all'esito dei diversi Step, dovrà essere fornita un'indicazione sulla tipologia di consistenza di dieta in attesa di eventuali approfondimenti diagnostici. La modalità di somministrazione dei farmaci dovrà essere in linea con quanto indicato per l'assunzione degli alimenti o tramite via di nutrizione alternativa già utilizzata.

11.1.4 La visita Foniatria – Ambulatorio Disturbi della Deglutizione/Disfagia Adulti

Per l'accesso all'ambulatorio "Disturbi della deglutizione/Disfagia adulti", rivolto all'inquadramento clinico e strumentale di Disfagia orofaringea, è necessaria la prescrizione in unica impegnativa di "Prima visita Foniatria" (897.15) e "Laringoscopia e altra tracheoscopia" (9813.2), con prenotazione del paziente tramite sistema CUP.


La visita e la valutazione strumentale si svolgono in ambulatorio dedicato presso l'Ospedale Michele e Pietro Ferrero (Verduno), S.C Recupero e Riabilitazione Funzionale, in presenza di personale infermieristico e/o OSS opportunamente formato in considerazione della complessità assistenziale, dell'utilizzo di strumenti endoscopici e del protocollo FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing) applicato. La visita può svolgersi in presenza del Logopedista per casi clinici già noti al servizio, in corso di trattamento riabilitativo e in linea generale per codici PRI 2.

La visita presso l'Ambulatorio Disturbi della Deglutizione/Disfagia adulti rappresenta il passaggio fondamentale per la diagnosi strumentale di disfagia, valutare le sue conseguenze e determinare gli aspetti riabilitativi.

La valutazione clinico-strumentale della disfagia comprende tre momenti principali: anamnesi, valutazione clinica, indagini strumentali.

L'indagine anamnestica ha l'obiettivo di raccogliere le informazioni principali relative a:

- situazioni patologiche pregresse o in atto, in particolare: epoca di insorgenza della disfagia; malattie, in particolare neurologiche, e/o interventi chirurgici o trattamenti correlabili; eventuali precedenti episodi di polmonite ab ingestis; presenza di particolari abitudini comportamentali (ad es.: abuso di alcool o stupefacenti).
- condizioni generali con particolare riferimento a: modalità di assunzione dell'alimentazione, sua consistenza e composizione, progressivo cambiamento delle

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 23 di 44

abitudini alimentari, variazioni ponderali; eventuale presenza di cannula tracheostomica; presenza di protesizzazione dentaria e sua adeguatezza;

- ricerca mirata di segni o sintomi indicativi di disfagia quali: allungamento del tempo dedicato al pasto; tosse non episodica durante il pasto; senso di corpo estraneo in gola; febbre senza cause apparenti;
- terapie farmacologiche in atto.

La **valutazione clinica** comprende innanzitutto una valutazione generale del livello di vigilanza e delle capacità comunicative del paziente. Si procede, quindi, all'ispezione del cavo orale, alla valutazione delle prassie bucco-linguo-facciali, della sensibilità del cavo orale ed alla ricerca dei riflessi fisiologici o patologici connessi alla deglutizione. Quando indicato possono essere effettuate prove cliniche di deglutizione bedside.

Lo **visita strumentale o Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)** viene effettuata in contesto ambulatoriale dal Medico Audiologo-Foniatra utilizzando un videonasofaringoscopia flessibile collegato a videoprocessore che consente di osservare la dinamica deglutitoria contemporaneamente alla somministrazione di cibi a diversa consistenza.

In considerazione dell'analisi funzionale effettuata, l'esame FEES viene registrato per poter analizzare a rallentatore le fasi della deglutizione, nonché poter confrontare quando necessario eventuali variazioni di funzionalità pre e post-trattamento insieme al Logopedista.


Il fibroscopio viene introdotto per via nasale fino al raggiungimento del tratto sovraglottico permettendo l'osservazione anatomica e funzionale di faringe e laringe. La successiva somministrazione di cibi di varia consistenza (semiliquida IDDSI 2 - IDDSI 3, semisolida IDDSI 4, solida IDDSI 6, liquida, o comunque personalizzata) consente l'osservazione diretta dello stadio faringeo della deglutizione ed uno studio della situazione locale post-deglutitoria.

È inoltre possibile la valutazione della sensibilità locale a livello di faringe, vestibolo laringeo e piano glottico.

Gli alimenti da somministrare vengono marcati dal personale infermieristico o dal Logopedista che collabora alla FEES utilizzando blu di metilene al fine di studiare la quantità di ristagni post-deglutitori e i fenomeni di penetrazione e inalazione. Il prodotto viene comunemente utilizzato in Italia per tale procedura in ambito medico e viene scelto per altri impieghi su larga scala anche nell'industria alimentare.

L'utilizzo di blu di metilene risulta generalmente controindicato in caso di:

- nota ipersensibilità al prodotto
- grave insufficienza renale
- metaemoglobinemia indotta da nitrito di sodio o da avvelenamento da clorato
- deficit di NADPH reduttasi
- deficit di glucosio-6-fosfato deidrogenasi
- gravidanza e allattamento.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 24 di 44

In questi casi, la FEES potrà essere eseguita ugualmente con alimenti non marcati ma è probabile che (in particolare in caso di alimenti a consistenza liquida) non sarà possibile verificare la presenza di fenomeni di penetrazione e di inalazione; in tali situazioni per il completamento diagnostico strumentale saranno necessarie indagini radiologiche come la Videofluoroscopia.

La preparazione all'esame e l'esame strumentale stesso (FEES) hanno una durata media di circa 30 minuti (la durata è variabile in base alla collaborazione del paziente).

La FEES ha l'obiettivo di valutare la sicurezza e l'efficacia deglutitoria.

In linea generale:

- verrà attivato supporto idratante/nutrizionale urgente (vd. Paragrafo 11.1.6) in presenza di compromissione della funzionalità deglutitoria o disfagia grave tale da esporlo a rischio di polmonite ab ingestis o morte per soffocamento: disfagia rapidamente evolutiva (ad esempio, come conseguenza di malattie del motoneurone ad esordio bulbare), disfagia esordita in modo acuto con sospetto interessamento del SNC; riscontro endoscopico di grave penetrazione e/o inalazione tracheale di bolo alimentare, che necessita di sospendere l'assunzione di alimenti di qualsiasi consistenza; elevato rischio di insorgenza di gravi complicanze derivanti dalla disfagia con impossibilità di adeguata gestione domiciliare della stessa.
- il paziente verrà inviato al Servizio di Nutrizione Clinica in presenza di disfagia di entità media e lieve con impegnativa di Prima visita Dietologica oppure Prima Valutazione Dietistica ("Plicometria, Valutazione dello Stato Nutrizionale") sulla base del rischio nutrizionale (vd. Paragrafo 11.1.9).


Al termine della Visita Foniatria + FEES per disfagia, potrà essere prescritto un trattamento riabilitativo logopedico per disfagia con diversa priorità di accesso in base al codice PRI (2 o 3) attribuito in sede di visita.

11.1.5 Lo studio Videofluorografico della Deglutizione

La FEES consente di studiare in modo dettagliato la fase faringea della deglutizione, mentre analizza in modo indiretto le disfunzioni della fase orale e della fase esofagea della deglutizione, pertanto il medico Audiologo-Foniatra potrebbe indicare l'esecuzione di altri esami strumentali per la conferma diagnostica di disfagia. In alcuni casi, inoltre, la FEES può risultare controindicata: grave ostruzione bilaterale, epistassi, instabilità cardiovascolare (come in recente sindrome coronarica acuta), talune sindromi psichiatriche.

Alcuni pazienti potrebbero infine non collaborare alla FEES, essere oppositivi o rifiutare l'esecuzione di un'endoscopia transnasale non consentendo un inquadramento diagnostico di DO.

In questi casi il medico Audiologo-Foniatra indicherà l'esecuzione di uno **studio Videofluorografico** della deglutizione (VFG). La FEES e la VFG vengono infatti parimenti considerati esami gold standard per la diagnosi di disfagia orofaringea e forniscono informazioni complementari.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 25 di 44

In ASL CN2 le attuali strutture tecnologiche a disposizione limitano l'eseguibilità dello studio a pazienti collaboranti, in grado di mantenere l'ortostasi o comunque una posizione seduta stabile sul piano del tavolo radiologico. Il paziente viene esaminato nella proiezione latero-laterale e antero-posteriore. L'esame viene eseguito somministrando per os un mezzo di contrasto della consistenza voluta, solida, semisolida o liquida, ed eventualmente viene ripetuto con boli di consistenza diversa e nelle posture desiderate. La VFG consente di dimostrare radiologicamente una disfunzione deglutitoria da alterazione sia della fase orale che della fase faringea; possono essere agevolmente documentati i casi di ritardo di innesco del riflesso della deglutizione ed i fenomeni di penetrazione o di aspirazione. In proiezione antero-posteriore è facilmente evidenziabile una eventuale lateralizzazione del deficit rilevando asimmetrie nel passaggio del bolo o la presenza di ristagno maggiore nel seno piriforme del lato malato. Dietro specifica richiesta è possibile estendere lo studio al tratto esofageo in toto.


11.1.6 Gestione del paziente con diagnosi di disfagia grave

Quando, durante la visita ambulatoriale, il foniatra formula una diagnosi di disfagia grave e il paziente non ha terapie nutrizionali già in corso, è necessario attivare con urgenza il supporto idratante/nutrizionale secondo il seguente percorso:

1. Il medico foniatra attiva il percorso ed in particolare:
 - a. Informa il paziente dando indicazioni alla necessità di un accesso venoso; le specifiche cliniche e tecniche sul posizionamento dell'accesso venoso verranno fornite al paziente dal personale del PICC Team
 - b. Richiede al paziente il consenso al percorso con la compilazione e firma dell'allegato 12 "Consenso al percorso di presa in carico del paziente in caso di disfagia grave"
 - c. Richiede posizionamento di accesso venoso
 - d. Richiede esami ematochimici: emocromo, na, k, ca, mg, p, creatinina, alt, ast, pcr, glicemia, pt, ptt.
 - e. Richiede Prima visita dietologica
 - f. Terapia infusione endovenosa

Sul referto medico deve essere riportata l'indicazione al supporto idratante con Elettrolitica 500 cc + Multivitaminico 1 fl vel 100 ml/h

2. Il foniatra contatta la COT e invia referto e impegnative dematerializzate tramite posta interna.
La COT provvede ad allertare il PICC Team, la SC Nutrizione Clinica e il Ciclo Diurno per la presa in carico urgente del paziente.
3. Il paziente viene indirizzato al Ciclo Diurno dove, al suo arrivo, vengono eseguiti gli esami ematochimici e avviata l'idratazione di routine.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 26 di 44

4. Il paziente viene inviato al posizionamento di accesso venoso; il personale del PICC Team informa il paziente sulle specifiche tecniche di posizionamento e gestione dell'accesso venoso con firma sull'allegato 13 "Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione di volontà per posizionamento accesso venoso"; al termine della procedura, rientra al Ciclo Diurno.
5. La visita dietologica viene effettuata presso il Ciclo Diurno non appena disponibili gli esiti degli ematochimici. A seguito della valutazione clinica, vengono definiti il percorso terapeutico e il programma domiciliare, con successiva attivazione dell'assistenza domiciliare da parte della COT. Il paziente può quindi rientrare al domicilio.
Qualora dalla valutazione nutrizionale emergesse la necessità di ricovero (es. necessità di posizionamento PEG urgente...), il medico dietologo contatterà il Bed Manager per l'invio diretto al reparto di competenza.

Contatti di riferimento per la gestione urgente del paziente con disfagia totale:

- COT: Mail cot@aslcn2.it - Telefono 4958
- PICC Team: Mail richiestepiccteam@aslcn2.it - Telefono 8198
- Nutrizione Clinica: Mail nutrizione.clinica@aslcn2.it - Telefono 8493
- Ciclo Diurno: Mail segreteria.ciclodgiurno@aslcn2.it - Telefono 8111/8110


11.1.7 Presa in carico logopedica ambulatoriale

Valutazione clinica della deglutizione

Alla valutazione strumentale effettuata dal medico foniatra può fare seguito una valutazione clinica standardizzata qualora venga indicato nel referto.

Essa deve comprendere:

- valutazione dei prerequisiti (vigilanza e attenzione);
- osservazione degli aspetti correlati alla deglutizione: esame completo della cavità orale (igiene, sensibilità, motricità volontaria e riflessa e prassie delle strutture orofaringee e laringee);
- osservazione delle posture spontaneamente assunte durante la deglutizione e di quelle possibili;
- manovre di protezione volontarie e riflesse delle vie aeree;
- deglutizioni spontanee e gestione delle secrezioni;
- deglutizione di cibi di consistenze diverse (come da indicazione foniatrica), con attenzione a eventuali segni clinici indiretti di sospetta aspirazione (quali tosse riflessa o raclage, voce gorgogliante) o di aspirazione accertata (come tracce di bolo presenti dalla cannula tracheale);
- utilizzo di eventuali compensi (modificazioni delle consistenze e compensi posturali)

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 27 di 44

- manovre, anche volontarie, di protezione delle vie aeree.

Le conclusioni della valutazione logopedica vengono condivise con il paziente e, se presente, con il caregiver tramite counselling.

Valutazione clinica della deglutizione: Osservazione del pasto

L'osservazione del pasto può essere effettuata nella fase di valutazione clinica e/o in fase di gestione del paziente durante il percorso di cura: pertanto è indicato che il professionista che la effettua sia un medico Audiologo-Foniatra o un Logopedista.

La scelta degli alimenti da testare durante l'osservazione del pasto è strettamente legata alla situazione clinica del paziente. Devono però essere prese in considerazione tutte le caratteristiche reologiche degli alimenti (consistenza, scivolosità, coesione, omogeneità, temperatura) nonché l'appetibilità ed il rispetto delle abitudini e della cultura dei pazienti. L'osservazione al pasto permette una valutazione di durata maggiore rispetto alle valutazioni clinica e strumentale, su un maggior numero di boli e di alimenti, rendendo quindi possibile osservare l'impatto delle funzioni motorie non deglutitorie, cognitive e comportamentali sulla deglutizione.

Monitoraggio e/o Riabilitazione Logopedica per Disfagia

L'avvio della presa in carico Logopedica avverrà nei tempi determinati dal codice di urgenza indicato nel referto di visita foniatria (PRI 2 o 3).

L'obiettivo del trattamento è minimizzare le conseguenze della disfagia.


Nel trattamento vengono impostate strategie per influenzare la velocità e il transito del bolo: modificazioni dietetiche (vale a dire variazioni della consistenza o della viscosità del cibo e dei liquidi), tecniche di compenso (come posture facilitanti e/o manovre di deglutizione), tecniche terapeutiche (esercizi e/o strategie per facilitare e stimolare la deglutizione).

A completamento del programma riabilitativo, il Logopedista potrà, attraverso il counselling, fornire elementi informativi relativi alla scelta delle consistenze degli alimenti, alle norme comportamentali e alla gestione dei fattori ambientali durante le assunzioni per os. Il counseling potrà essere rivolto al paziente e/o ai familiari/caregivers.

La presa in carico può variare nella modalità (interventi diretti, osservazioni e monitoraggi, counselling al paziente e/o ai caregivers) e nei tempi a seconda della gravità, della complessità clinica e degli obiettivi riabilitativi stabiliti dal logopedista. È competenza del Logopedista, in itinere, adattare alle necessità del singolo paziente le tempistiche, la frequenza e il numero di accessi e le modalità della presa in carico.

Qualora, in base ai risultati delle valutazioni logopediche in itinere, compresa l'osservazione del pasto, e della riabilitazione logopedica, si osservassero variazioni dei caratteri della disfagia, potrà essere consigliato al paziente di sottoporsi a visita foniatria di controllo.

Al termine del trattamento logopedico potrà essere proposta una visita foniatria di controllo con diverse priorità di accesso in base al codice PRI per DO. Il risultato del trattamento potrà essere

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 28 di 44

condiviso con il Medico di Medicina Generale e/o con il Medico Audiologo-Foniatra tramite relazione conclusiva.

11.1.8 Screening della malnutrizione per il paziente sul territorio o in regime ambulatoriale

Il paziente affetto da DO può andare incontro ad alterazione dello stato di nutrizione, per cui in assenza di controindicazioni all'alimentazione orale deve essere sottoposto a Screening per la malnutrizione utilizzando le modalità descritte dal MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) (Allegato 4). Tale screening potrà essere somministrato da personale qualificato ai pazienti, sia sul territorio (da parte di IFEC, infermiere di RSA/Cure Domiciliari), sia in corso di visita ambulatoriale specialistica (da parte di medico o infermiere). Il risultato dello screening verrà utilizzato come mezzo per stabilire la necessità di presa in carico dietologica e/o dietistica.


11.1.9 Modalità di invio alla Nutrizione Clinica

Punteggio MUST < 2 (rischio medio-basso). I pazienti disfagici per i liquidi non malnutriti (MUST <2) non necessitano di presa in carico nutrizionale, ma unicamente della prescrizione e fornitura di addensanti per i liquidi.

Gli addensanti sono alimenti a fini medici speciali (AFMS) e per la fornitura necessitano di prescrizione da parte del servizio di dietetica e nutrizione clinica. Per la prescrizione domiciliare, il paziente/caregiver/personale di RSA dovrà contattare la SC Nutrizione Clinica munito di impegnativa di "Plicometria, Valutazione dello Stato Nutrizionale (cod 93.07.2)" con quesito diagnostico "richiesta addensanti in disfagia ai liquidi".

Punteggio MUST ≥ 2 e < 5 (rischio medio-alto). È necessario richiedere una valutazione dietistica contattando la S.C. Nutrizione Clinica, tramite impegnativa con dicitura "Plicometria, Valutazione dello Stato Nutrizionale (cod. 93.07.2)". Tale valutazione è finalizzata alla definizione di un percorso nutrizionale personalizzato e, se ritenuto opportuno, potrà prevedere un successivo invio allo specialista dietologo da parte del dietista. Per pazienti con difficoltà di trasporto, si raccomanda al medico prescrivente di contattare preventivamente la S.C. Nutrizione Clinica per valutare la possibilità di programmare contestualmente la visita dietologica e quella dietistica, al fine di ridurre al minimo gli accessi ambulatoriali e gli spostamenti.

Punteggio MUST ≥ 5 (rischio alto) o impossibilità/controindicazione all'alimentazione orale. È indicata l'effettuazione di Prima Visita Dietologica (cod 897.27) per la presa in carico specialistica. Qualora il paziente non si alimenti per via orale e non abbia terapie nutrizionali in corso, è indicata l'attivazione di supporto idratante/nutrizionale urgente secondo la procedura indicata al Paragrafo 11.1.6.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 29 di 44

Contatti SC Nutrizione Clinica

Telefono per pazienti e utenti: 0172 1408490

Telefono ad uso esclusivo del personale interno ASL CN2 e MMG: 0172 1408492

Mail: nutrizione.clinica@aslcn2.it

11.1.10 Valutazione Dietistica Ambulatoriale

L'intervento nutrizionale si fonda sulla valutazione dello stato nutrizionale del paziente, che include:

- dati antropometrici;
- andamento ponderale;
- anamnesi alimentare qualitativa e quantitativa (attuale e pregressa);
- presenza di sintomi rilevanti;
- stima dei fabbisogni calorico-proteici teorici;
- livello di attività fisica.

Ove indicato, si procederà anche alla valutazione della composizione e funzionalità muscolare, mediante strumenti quali handgrip strenght test e/o bioimpedenziometria (BIA).

La pianificazione dell'intervento deve tener conto di molteplici fattori, tra cui:


- la capacità funzionale del paziente,
- le preferenze e avversioni alimentari,
- lo stato nutrizionale,
- le condizioni cliniche generali.

Il counselling dietistico riveste un ruolo centrale, con l'obiettivo di ottimizzare l'apporto calorico e proteico e supportare il paziente nel compiere scelte alimentari consapevoli, in linea con le consistenze consentite (come da indicazione foniatria/logopedica).

Qualora il paziente non riesca a coprire adeguatamente i fabbisogni proteico-calorici con l'alimentazione abituale, si interviene inizialmente con una ottimizzazione dell'introito orale, mediante selezione mirata degli alimenti compatibili con le indicazioni deglutologiche. Se tale strategia risultasse insufficiente, si raccomanda la prescrizione di supplementi nutrizionali orali (ONS) ipercalorici e iperproteici, con consistenza adeguata alle capacità deglutitorie del paziente.

La fornitura di ONS è regolamentata dalla normativa regionale vigente in Piemonte nell'ambito della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) ed è di esclusiva competenza delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica accreditate per la NAD.

Infine, qualora l'alimentazione orale sia controindicata o non sufficiente a garantire un adeguato apporto nutrizionale, è necessario richiedere una visita dietologica.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 30 di 44

11.1.11 Visita Dietologica Ambulatoriale

Durante la visita il medico dietologo procede all'inquadramento clinico complessivo, all'esame obiettivo e alla valutazione dello stato nutrizionale, con eventuale diagnosi di malnutrizione secondo i criteri GLIM (vd. Allegato 5). Sulla base di tale valutazione e dell'introito alimentare per os, vengono stimati i fabbisogni nutrizionali teorici e formulati gli obiettivi dell'intervento nutrizionale.

Se emerge l'impossibilità al raggiungimento di un adeguato compenso nutrizionale tramite alimentazione orale (anche a consistenza modificata) e utilizzo di ONS, viene valutata l'indicazione a un supporto nutrizionale artificiale.

La nutrizione enterale (NE) rappresenta la prima scelta nei pazienti con funzione intestinale conservata. L'impiego del sondino nasogastrico (SNG) è indicato esclusivamente per periodi limitati (<30 giorni), in attesa dell'eventuale posizionamento di sonde enterali a lunga permanenza (es. PEG), che avviene in regime di ricovero ordinario secondo Istruzione Operativa (IOSGQ30). Nei pazienti con indicazione a dieta a consistenza modificata, verrà inoltre valutata anche l'appropriatezza della via di somministrazione dei farmaci.


Dopo la presa in carico, viene attivato un percorso di follow-up essenziale per monitorare l'evoluzione del quadro clinico e dello stato nutrizionale, adattare l'intervento nutrizionale alle nuove esigenze, prevenire o gestire complicanze (cliniche, metaboliche, meccaniche...) e ridefinire periodicamente gli obiettivi terapeutici.

Quando il trattamento nutrizionale non apporta più benefici clinici significativi (ad esempio in caso di malattia in fase avanzata con aspettativa di vita <1 mese, grave deterioramento cognitivo e/o funzionale) l'intervento si orienterà verso un approccio palliativo, volto al comfort del paziente e alla non invasività, nel rispetto della volontà del paziente e dei suoi familiari. In tali situazioni, la strategia nutrizionale dovrà essere personalizzata e basata su una valutazione clinica, etica e relazionale, con il coinvolgimento attivo del paziente stesso, del suo tutore legale o dell'amministratore di sostegno, quando necessario.

11.2 Il ricovero ordinario

Il presente percorso si applica alla valutazione e alla gestione della disfagia nei pazienti in degenza ordinaria, fornendo indicazioni per la valutazione, il monitoraggio e l'intervento multidisciplinare durante il ricovero ospedaliero.

Il **medico ospedaliero** referente del caso è la figura incaricata a raccogliere i dati anamnestici e obiettivi indicativi di DO e a fornire l'eventuale indicazione a effettuare lo Screening della Disfagia. In regime di ricovero ordinario, lo Screening della Disfagia è eseguito da **personale infermieristico** al fine di identificare i pazienti da sottoporre a inquadramento deglutologico (Logopedico e Foniiatrico).

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 31 di 44

Le procedure di screening valutano in primis la presenza dei prerequisiti per la deglutizione, ossia delle condizioni cliniche indispensabili per alimentare il paziente per os in sicurezza.

Lo Screening della Disfagia è fortemente raccomandato per identificare i pazienti a rischio di disfagia e per impostare una presa in carico precoce, con lo scopo di prevenire le complicanze e ridurre i rischi.

Già da alcuni anni diversi articoli scientifici hanno evidenziato come lo Screening della Disfagia determini una riduzione dell'incidenza delle polmoniti, della permanenza ospedaliera, nonché dei costi derivanti dalla presa in carico tardiva del paziente con complicanze di DO.


11.2.1 Screening Della Disfagia

L'allegato 6 descrive le modalità di esecuzione dello Screening della Disfagia, che si compone di più fasi sequenziali, definiti Step. Al termine di ogni Step, in base all'esito (positivo o negativo), il personale dell'equipe curante procederà con la valutazione successiva o attiverà il percorso previsto.

STEP 1: Osservazione iniziale - Valutazione dei prerequisiti

Le procedure di screening per la deglutizione includono la valutazione dei seguenti prerequisiti:

- **Osservazione dello stato di vigilanza e capacità di collaborazione:** Il paziente deve possedere un adeguato livello di vigilanza, nonché manifestare la capacità di comprendere ed eseguire ordini semplici (compatibilmente con i diversificati quadri clinici) per almeno 10-15 minuti. Questi requisiti vengono considerati necessari per garantire una deglutizione sicura ed efficace, riducendo il rischio di aspirazione. Un paziente con vigilanza e livello di coscienza adeguati, inoltre, è in grado di collaborare con il professionista sanitario consentendo la valutazione anatomica e funzionale delle strutture orofaringee e dei nervi cranici coinvolti nella deglutizione.
- **Valutazione della Funzionalità respiratoria:** È indicato verificare la presenza di una funzionalità respiratoria stabile, in quanto significative fluttuazioni della funzione polmonare possono compromettere la sicurezza deglutitoria. In tale senso, l'infermiere dovrà confrontarsi con il medico referente del caso e valutare se la funzionalità respiratoria del paziente possa definirsi stabile, in particolare in caso di patologie polmonari in atto e in corso di trattamento. In linea generale, il paziente non deve presentare tachipnea e deve preferibilmente avere livelli di saturazione di ossigeno > 90%. È necessario inoltre che il paziente sia svezzato da ventilazione meccanica invasiva.
- **Postura:** Una postura adeguata è importante al fine di garantire un atto deglutitorio sicuro e consente all'apparato stomatognatico e laringeo di effettuare i movimenti necessari in modo fisiologico. In linea generale, al fine di consentire una deglutizione sicura, il paziente

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 32 di 44

deve essere in grado di mantenere la postura del capo e del collo in asse, possibilmente in posizione seduta. Il ridotto controllo motorio e muscolare delle strutture capo-collo-torace non rappresenta una controindicazione assoluta agli steps successivi dello screening e alla valutazione logopedica, ma andrà considerato un fattore di rischio per l'insorgenza di possibili complicanze (ad esempio: aspirazione), anche considerando la maggiore difficoltà di applicazione di manovre e posture di compenso. L'intervento dell'Infermiere e di eventuale personale sanitario di supporto (in base alle capacità cognitive e/o motorie del paziente) risulta, pertanto, fondamentale nell'ottica di posizionare il paziente in adeguata postura seduta prima di procedere con i successivi steps dello screening. Alcune situazioni cliniche, con particolare riferimento a fratture vertebrali o recenti interventi ortopedici, possono rappresentare una controindicazione alla posizione seduta e, quindi, all'avvio dell'alimentazione orale. In questi casi, è opportuno che l'infermiere si confronti con il medico referente del caso.

Esito Valutazione Prerequisiti.

Se i prerequisiti non vengono rispettati, il paziente dovrà essere rivalutato dopo 24 ore. Se tali prerequisiti continuano a non essere rispettati, richiedere Consulenza Dietologica, salvo indicazione ad avvio terapie palliative.

Se i prerequisiti vengono rispettati, lo screening della deglutizione può procedere allo Step 2.

STEP 2: Stato del cavo orale e presenza di segni clinici "Red Flags" per disfagia orofaringea

Il cavo orale deve essere esaminabile e valutabile sia dal punto di vista anatomico che funzionale. È importante che il paziente non presenti riflessi orali patologici che rendano inaccessibile il cavo orale sia alla valutazione endorale sia all'introduzione di cibo.


Il paziente deve, pertanto, essere libero da dispositivi respiratori che ostacolano l'esplorazione orale, come la CPAP o la maschera Venturi, che devono poter essere rimossi per il tempo necessario alla valutazione.

Funzionalmente, il paziente deve riuscire ad effettuare deglutizioni spontanee di saliva e gestire autonomamente le secrezioni orali: in questo caso il cavo orale sarà sufficientemente deterso.

Se il cavo orale non è deterso, l'infermiere, garantirà l'esecuzione dell'igiene del cavo orale (vedi allegato 7, estratto da PDTA Disfagia Regione Piemonte).

Se la funzione orale è alterata (difficile detersione delle secrezioni, presenza di riflessi patologici...) oppure la voce è umida e gorgogliante, o è assente una tosse volontaria efficace ("Red Flags per disfagia orofaringea") andrà sospesa l'alimentazione orale e l'infermiere provvederà alla richiesta di Consulenza Logopedica per Disfagia;

Se la funzione orale è conservata, la voce non è umida né gorgogliante, ed è presente tosse volontaria efficace, il personale infermieristico potrà procedere con lo Step 3 – Test clinici della Deglutizione.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 33 di 44

STEP 3: Test Clinici della deglutizione

Test del bolo d'acqua

Il test del bolo d'acqua consiste nella somministrazione di un piccolo volume d'acqua e nell'osservazione dell'inizio della deglutizione e della eventuale comparsa di tosse o alterazione della qualità della voce.

Dare inizialmente da bere al paziente in posizione seduta un cucchiaino d'acqua per tre volte, posizionando il dito a livello della laringe per avvertirne il sollevamento durante l'atto deglutitorio. Se il test è normale, proseguire osservando il paziente mentre beve senza interruzione un bicchiere d'acqua.

Se in una qualsiasi fase del test vi è assenza della deglutizione e/o comparsa di tosse e/o tosse ritardata e/o alterazione della qualità della voce (da valutare invitando il paziente ad eseguire una "A" prolungata), il test è considerato positivo.

Se il test del bolo d'acqua è negativo, si procede con il test dell'Acquagel-consistenza Semisolida IDDSI 4.

Se il test del bolo d'acqua è positivo, è indicato evitare la somministrazione di liquidi e ripetere lo screening a distanza di 24/48 ore per 3 volte in accordo con il medico di riferimento.

N.B. Nei pazienti anziani e/o affetti da patologie neurodegenerative si consiglia di proseguire lo Screening effettuando il test dell'Acquagel-Semisolida IDDSI 4, anche in presenza di test del bolo d'acqua alterato.


Si segnala, infatti, che in queste categorie può manifestarsi una maggiore difficoltà con la consistenza liquida, mentre si osserva una deglutizione maggiormente funzionale somministrando alimenti a maggiore consistenza.

Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4

Consiste nella somministrazione di 1-2 cucchiaini di Acquagel Semisolida IDDSI 4 pronta all'uso. Iniziare somministrando piccole quantità lentamente e incrementare progressivamente (da 1 a 3 cucchiaini).

Il test è positivo se insorge tosse precoce e/o tosse ritardata e/o alterazione della qualità vocale, per cui si interrompe la somministrazione.

In presenza di Test bolo d'acqua POSITIVO e Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4 NEGATIVO è indicato richiedere Consulenza Logopedica per disfagia da parte dell'infermiere che ha eseguito la valutazione ad esclusione di disfagia già diagnosticata o presbifagia.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 34 di 44

In presenza di Test bolo d'acqua NEGATIVO e Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4 POSITIVO: nella maggior parte dei casi, tali pazienti possono essere affetti da disfagie ostruttive o esofagee. Deve quindi essere esclusa la possibilità di patologie del distretto testa-collo o esofagee. Si consiglia quindi di richiedere Consulenza Logopedica per Disfagia da parte dell'infermiere che ha eseguito la valutazione.

Se il Test del bolo d'acqua è NEGATIVO e il Test con Acquagel Semisolida IDDSI 4 è NEGATIVO, è possibile procedere alla Prova di Deglutizione con i Solidi.

Test con bolo SOLIDO IDDSI 6 (tenero-spezzezzato)

Compatibilmente con la dentatura propria del paziente o con la presenza di protesi dentali correttamente posizionate e funzionali alla masticazione, si può procedere alla valutazione con bolo solido categoria IDDSI 6 (consistenza tenero-spezzezzato), ad esempio somministrando un biscotto ammorbidito oppure la banana a pezzi.

La prova è alterata in caso di ristagno del bolo nel cavo orale e/o comparsa di tosse precoce o ritardata e/o alterazione della qualità vocale.

In caso di test positivo solo con bolo solido IDDSI 6, indicato richiedere Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) nel sospetto di Disfagia esofago-gastrica.


Conclusioni inerenti lo Screening infermieristico per Disfagia e l'attivazione dei percorsi successivi

Lo Screening della deglutizione Step 1, Step 2 e Step 3 contiene la valutazione dei prerequisiti clinici necessari per l'alimentazione orale e i test di screening di Disfagia di pertinenza infermieristica. Verificare la loro presenza rappresenta una condizione necessaria per la richiesta di Consulenza Logopedica per Disfagia. In caso di pazienti con condizioni cliniche instabili/fluttuanti è indicato ripetere lo screening per disfagia per almeno 2 giorni consecutivi e comunque prima della Valutazione Logopedica di disfagia, supportando il paziente a livello nutrizionale per via alternativa in attesa di approfondimenti deglutologici. L'allegato n 6 costituisce la scheda riassuntiva dell'esito delle procedure di screening da far visionare al Logopedista.

In base all'esito dello Screening e dell'eventuale attivazione di Consulenza Logopedica per Disfagia, il Logopedista comunicherà al medico di reparto l'indicazione all'esecuzione di Visita Foniatria e valutazione strumentale della deglutizione prima di procedere all'avvio della dieta.

Al termine dello Screening infermieristico della Deglutizione, in base all'esito, deve essere fornita un'indicazione alla tipologia di consistenza di dieta o sospensione della stessa in attesa di approfondimenti deglutologici. Devono, inoltre, essere fornite informazioni sulle modalità di somministrazione dei farmaci adeguate alla consistenza della dieta.

Per i pazienti in cui non è possibile l'alimentazione orale occorre richiedere una **consulenza dietologica** (prestazione "Prima visita dietologica"), salvo indicazione a terapie palliative poste dal curante.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 35 di 44

I Farmaci in terapia devono essere somministrati tenendo conto della via di nutrizione utilizzata.

11.2.2 Valutazione Logopedica Bedside della Deglutizione (“Bedside Examination”- BSE)

È raccomandata una valutazione clinica standardizzata della deglutizione (BSE – Bedside Examination) nei pazienti che risultano positivi allo Screening infermieristico per Disfagia, da attivare in contesto ospedaliero.

In contesto di ricovero, la BSE deve essere effettuata dal Logopedista (in collaborazione con i diversi professionisti clinici dell’equipe multidisciplinare) che, in base all’esito, comunicherà al medico referente l’indicazione ad effettuare una Consulenza Foniatria per Disfagia prima di fornire un’indicazione inerente alla dieta.

Principali obiettivi della BSE per Disfagia:

- Identificare o ipotizzare la presenza di alterazioni della deglutizione e la gravità
- Identificare o ipotizzare i meccanismi disfunzionali alla base del deficit deglutitorio
- Identificare eventuali necessità di approfondimenti strumentali (Consulenza Foniatria)
- Identificare la possibilità e modalità di alimentazione per os (compreso il tipo di consistenza) o indirizzare a valutazione specialistica per alimentazioni alternative in caso di nulla per os


La BSE consta di: BSE Informale (metodica non strumentale in grado di porre il sospetto o confermare l’esistenza di una disfagia) e BSE Formale (valutazione clinica della abilità deglutitorie).

I. BSE Informale:

- Anamnesi generale e specifica (diagnosi clinica, andamento della malattia di base, storia dell’insorgenza ed evoluzione del disturbo della deglutizione, terapie farmacologiche in atto, stato nutrizionale, funzione respiratoria con particolare attenzione a eventuali complicanze polmonari, abilità relative alle funzioni comunicative e cognitive).
- Osservazione generale e clinica del paziente (caratteristiche respiratorie, stato nutrizionale, altro), comprese l’igiene orale e le abilità comunicative e cognitive.
- Osservazione degli aspetti correlati alla deglutizione: esame completo della cavità orale (igiene, sensibilità, motricità volontaria e riflessa e prassie delle strutture orofaringee e laringee), osservazione delle posture spontaneamente assunte durante la deglutizione e di quelle possibili, manovre di protezione volontaria e riflessa delle vie aeree.
- Osservazione di deglutizioni spontanee e gestione delle secrezioni.

II. BSE Formale

Valutazione clinica delle abilità deglutitorie utilizzando consistenze diverse e prodotti standardizzati. In linea generale, potranno essere effettuate prove utilizzando:

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 36 di 44

- liquido (IDDSI 0)
- semiliquido (IDDSI 2 - 3)
- semisolido (IDDSI 4)
- solido – morbido (IDDSI 5)
- solido (IDDSI 6 - 7)
- doppia consistenza

Durante la BSE Formale verrà posta particolare attenzione a eventuali segni clinici indiretti di sospetta aspirazione (quali tosse riflessa o raclage, voce gorgogliante) o di aspirazione accertata (come tracce di bolo presenti dalla cannula tracheale).

In base all'esito, il Logopedista indicherà la necessità di mettere in atto eventuali compensi per garantire il più possibile una deglutizione sicura ed efficace (modificazioni dietetiche con indicazione a specifico vitto ospedaliero; compensi posturali; manovre, anche volontarie, di protezione delle vie aeree).

Le conclusioni della valutazione Logopedica per Disfagia (BSE) verranno condivise con il personale di reparto ed eventuali altre figure sanitarie coinvolte nella gestione del caso (ad esempio dietista e dietologo) attraverso il modulo specifico (vedi facsimile allegato 8). Le indicazioni per il pasto verranno condivise con il paziente e con eventuale care-giver.

Al termine della BSE, il Logopedista comunicherà al medico di reparto l'eventuale indicazione ad effettuare esami strumentali della Deglutizione richiedendo una **Consulenza Foniatria per Disfagia**. In presenza di segni di gravità clinica (ad esempio, sospetto di inalazione laringea), il Logopedista sospenderà la presa in carico del paziente nell'attesa dell'esito della Visita Foniatria.


L'Osservazione del Pasto

L'osservazione del pasto viene effettuata dal Logopedista nella fase di valutazione clinica e/o in fase di gestione del paziente durante il percorso di cura.

L'osservazione del pasto consente (rispetto alla BSE o alla valutazione endoscopica) di osservare la capacità del paziente di gestire un maggior numero di boli e di alimenti, osservando l'impatto delle funzioni motorie non deglutitorie, cognitive e comportamentali sulla deglutizione.

La scelta degli alimenti da testare durante l'osservazione del pasto si basa sull'esito della BSE, il Logopedista prenderà in considerazione tutte le caratteristiche reologiche degli alimenti (consistenza, scivolosità, coesione, omogeneità, temperatura), nonché l'appetibilità ed il rispetto delle abitudini e delle scelte individuali dei pazienti.

L'esito dell'osservazione del pasto verrà eventualmente condiviso con il Dietista o con il Medico Dietologo nella gestione multidisciplinare del paziente disfagico.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 37 di 44

11.2.3 La Consulenza Foniatria per Disfagia

Come già descritto in contesto ambulatoriale (Vedi Paragrafo 11.1.4), la Visita specialistica Foniatria associata a FEES rappresenta il passaggio fondamentale per la diagnosi strumentale di DO e valutare la possibilità di attuare un piano riabilitativo.

In contesto di ricovero, l'indicazione a Consulenza Foniatria per Disfagia viene comunicata dal Logopedista sulla base dell'esito della BSE al medico di reparto referente del caso. In presenza di segni di gravità clinica identificati sulla base della BSE, il Logopedista comunicherà contestualmente l'eventuale necessità di sospendere la presa in carico clinica logopedica nell'attesa di approfondimenti strumentali in ambito foniatico.


Il medico di reparto, visionando l'esito dello Screening infermieristico per Disfagia e della BSE Logopedica (vedi allegato 8) potrà quindi richiedere la Consulenza Foniatria per Disfagia, comprendente le seguenti prestazioni al fine di effettuare l'inquadramento strumentale con endoscopio flessibile transnasale e stabilire la gravità di DO: Visita Foniatria + Laringoscopia e altra tracheoscopia + Valutazione dei disturbi comunicativi a maggiore complessità.

L'inquadramento strumentale di Disfagia richiede al medico Audiologo-Foniatra l'attuazione della FEES (vedi 11.1.4), la cui esecuzione in sicurezza necessita della collaborazione di due operatori del team deglutologico. In contesto di ricovero, pertanto, il medico Foniatra collaborerà con il Logopedista per attuare la procedura FEES per DO: il medico Audiologo-Foniatra eseguirà la procedura endoscopica, mentre contestualmente il Logopedista somministrerà gli alimenti a diversa consistenza necessari per definire l'efficacia e la sicurezza deglutitoria del paziente, precedentemente concordati all'interno del team deglutologico. Il team deglutologico valuterà quando indicato l'efficacia di manovre di compenso, anche in previsione di un'impostazione condivisa del piano riabilitativo per DO.

In caso di pazienti potenzialmente non collaboranti o con declino neuro-cognitivo, potrà rendersi necessaria la presenza dell'Infermiere di reparto per assicurare il corretto mantenimento della postura del paziente e gestire il possibile stato di agitazione psico-motoria correlato all'esecuzione dell'esame.

Per quanto concerne la FEES, vale quanto già descritto al Paragrafo 11.1.4

Il medico di reparto dovrà comunicare l'eventuale stato infettivo o di isolamento del paziente al fine di mettere in atto le procedure igieniche previste per la valutazione con nasofaringoscopia flessibile durante la FEES. Con particolare riferimento ai pazienti ricoverati in isolamento, il medico Audiologo-Foniatra ha a disposizione un fibroscopio flessibile portatile a batteria dotato di schermo portatile a connessione wireless, al fine di poter eseguire la valutazione al letto del paziente. All'atto della richiesta di Consulenza Foniatria per disfagia, sarà pertanto organizzata una procedura FEES in reparto con ausilio di endoscopio flessibile portatile opportunamente sterilizzato dal personale infermieristico del reparto RRF prima dell'esecuzione della consulenza.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 38 di 44

In presenza di casi di difficile definizione diagnostica, in cui sia importante studiare dettagliatamente i fenomeni di inalazione tracheale in base alla BSE, la FEES potrà essere eseguita in contesto ambulatoriale (per i pazienti trasportabili) avvalendosi di strumentazione endoscopica fissa in dotazione presso l'Ambulatorio di Foniatria RRF. Il Logopedista e/o il Medico Audiologo-Foniatra discuterà l'eventualità di tale opzione con il medico di reparto.

La FEES ha l'obiettivo di valutare la sicurezza e l'efficacia deglutitoria.

Per i casi in cui non sia possibile ottenere una adeguata definizione diagnostica della disfagia tramite consulenza Foniatria e FEES, il medico Audiologo-Foniatra potrebbe indicare la necessità di studi funzionali radiologici, in particolare uno **studio Videofluorografico** della deglutizione (VFG), gold standard insieme alla FEES per la diagnosi di DO.

In caso non sia possibile un intervento riabilitativo per la DO e/o in presenza di grave disfagia, la Consulenza Foniatria conterrà la richiesta di presa in carico Dietologica nonché l'indicazione a un eventuale follow-up (Logopedico clinico o Foniatico strumentale).

In caso sussistano i presupposti per una presa in carico riabilitativa per DO, il Medico Audiologo-Foniatra condividerà e discuterà con il Logopedista presente in visita il piano riabilitativo (PRI) per DO, che verrà quindi trasmesso al medico di reparto al termine della Consulenza Foniatria per disfagia.

Nei casi in cui la disfagia rappresenti la conseguenza di una patologia di base a carattere evolutivo, potrà rendersi necessario il confronto con lo specialista di riferimento (Neurologo, Geriatra ecc...) per una precisa definizione prognostica del piano riabilitativo deglutologico impostato.


11.2.4 Il trattamento Riabilitativo per Disfagia orofaringea

L'obiettivo del trattamento riabilitativo per DO è limitare le conseguenze della disfagia e portare a un rapido recupero funzionale, riducendo la durata del ricovero e il rischio di nuovi accessi ospedalieri a causa della DO. In linea generale, le tecniche di trattamento sono assimilabili a quanto descritto al Paragrafo 11.1.7.

Per i pazienti sottoposti a visita Foniatria e inquadramento strumentale per DO, l'eventuale PRI verrà stabilito dal medico Foniatra considerando sia l'esito della valutazione strumentale che del monitoraggio clinico Logopedico/BSE/ Osservazione del pasto.

In base all'esito dello Screening per disfagia e della BSE, il Logopedista potrà essere referente del programma riabilitativo, adattando le modalità e la frequenza della presa in carico alle necessità del singolo paziente. Qualora in corso di riabilitazione logopedica o monitoraggio clinico il Logopedista ravvisasse fluttuazioni del quadro o segni indicativi di gravità clinica, indicherà al medico di reparto referente del caso la necessità di sottoporre il paziente a Consulenza Foniatria per disfagia prima di fornire indicazioni per il pasto.

A completamento del programma riabilitativo o in base all'esito della Consulenza Foniatria, il Logopedista potrà attuare attività di Counseling Logopedico, ossia fornire elementi informativi

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 39 di 44

correlati alla scelta delle consistenze degli alimenti, alla gestione degli aspetti comportamentali o dei fattori ambientali. L'attività di Counseling Logopedico potrà essere rivolta al paziente, ai familiari o caregivers, al personale medico e sanitario, al personale addetto alla preparazione dei pasti.

11.2.5 Trasferimento di reparto ospedaliero – modifica del setting assistenziale

Qualora il paziente venga trasferito in altro setting assistenziale sarà premura dell'équipe curante inserire nella lettera di trasferimento le indicazioni Logopediche e Foniatriche ricevute in merito al quadro di disfagia orofaringea del paziente e concordare con il team deglutologico le modalità per l'eventuale prosecuzione della presa in carico riabilitativa.

In caso di quadri clinici fluttuanti, o comunque al cambiamento delle condizioni cliniche generali, sarà necessario effettuare un nuovo inquadramento deglutologico nelle modalità indicate nel presente PDTA (Screening infermieristico, valutazione Logopedica BSE, Consulenza FoniATRica per disfagia).

In caso di dimissione a domicilio, il team deglutologico (Logopedista e/o Foniatria) comunicherà all'équipe di reparto referente del caso l'indicazione alla prosecuzione della presa in carico riabilitativa per DO in contesto ambulatoriale e le tempistiche di follow-up, al fine di garantire la continuità riabilitativa.

11.2.6 Screening Della Malnutrizione In Regime Di Ricovero Ordinario

Tutti i pazienti in regime di ricovero ordinario sono sottoposti al test di screening nutrizionale NRS-2002 (vedi allegato 9) entro le prime 24 ore dal ricovero da parte del personale infermieristico. Lo screening riveste un ruolo particolarmente importante per il paziente affetto da DO, dato l'elevato rischio di malnutrizione.


In caso di screening NRS positivo (score ≥ 3), è necessario richiedere una **consulenza dietistica** per una valutazione finalizzata a definire il percorso nutrizionale adeguato, con eventuale successivo invio allo specialista dietologo da parte del dietista, dove necessario.

In caso di score < 3 , è necessario ripetere lo screening NRS dopo 7 giorni.

Per i pazienti in cui non è possibile l'alimentazione orale occorre da subito richiedere una **consulenza dietologica**. Per quanto riguarda i pazienti non in grado di soddisfare lo step 1 dello Screening della Disfagia (vedi paragrafo 11.2.1) è indicato effettuare rivalutazione a 24h. Se anche alla prima rivalutazione tali criteri non vengono soddisfatti è indicato valutare l'eventuale indicazione palliativa del paziente. Se questa non sussiste richiedere visita dietologica.

11.2.7 Consulenza Dietistica

L'intervento si basa sulla valutazione dello stato nutrizionale del paziente, includendo dati antropometrici, anamnesi alimentare qualitativa e quantitativa attuale e pregressa, sintomi,

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 40 di 44

fabbisogni calorico-proteici teorici, livello di attività fisica. In caso di necessità verrà effettuata anche un'indagine sulle condizioni muscolari del paziente (tramite handgrip e/o BIA).

Nella pianificazione dell'intervento è fondamentale considerare diversi fattori, tra cui la capacità funzionale del paziente, le sue preferenze e avversioni alimentari, lo stato nutrizionale e le condizioni cliniche generali.

Se il paziente non riesce a soddisfare i propri fabbisogni proteico-calorici, il primo approccio consiste nell'ottimizzazione dell'apporto nutrizionale per via orale attraverso l'adeguata scelta del vitto all'interno del dietetico ospedaliero, supportata dal counseling dietistico. Se ciò non fosse sufficiente, si effettuerà una prescrizione di supplementi nutrizionali orali ipercalorici e iperproteici (ONS), con una consistenza adeguata alle capacità deglutitorie del paziente.

Non appena possibile, il reparto dovrà comunicare data e luogo di dimissione del paziente al servizio di Nutrizione Clinica. Prima della dimissione, il dietista programmerà se necessario il follow-up ambulatoriale e la prescrizione di ONS/addensanti in polvere per il domicilio. Quest'ultima è regolamentata dalla normativa vigente in Piemonte nell'ambito della Nutrizione Artificiale Domiciliare (NAD) ed è di esclusiva competenza delle Strutture di Dietetica e Nutrizione Clinica accreditate per la NAD.

Qualora la via orale fosse controindicata o insufficiente a coprire i fabbisogni nutrizionali, dovrà essere richiesta una consulenza dietologica.


11.2.8 Consulenza Dietologica

Il medico dietologo provvederà ad effettuare l'anamnesi clinica, l'esame obiettivo e la valutazione della terapia farmacologica, degli esami biochimici e strumentali al fine di porre diagnosi di malnutrizione.


Si valuterà l'indicazione ad un supporto nutrizionale artificiale, in caso di impossibilità al mantenimento di un adeguato compenso nutrizionale con la sola alimentazione orale.

La nutrizione enterale rappresenta la prima scelta quando l'intestino è funzionante. L'uso del sondino nasogastrico (SNG) è indicato per periodi limitati, in attesa del posizionamento di sonde enterali a lunga permanenza (vd. Istruzione Operativa posizionamento PEG IOSGQ30). Si precisa che, salvo casi specifici attentamente valutati, tale dispositivo è controindicato per il domicilio, in quanto di facile autorimozione e di difficile gestione da parte del care giver /infermiere della struttura di invio.

Dopo la presa in carico del paziente, verrà avviato un percorso di follow-up nutrizionale, congiuntamente con il dietista, mirato a monitorare nel tempo l'efficacia della terapia nutrizionale e a valutare la necessità di eventuali modifiche. Inoltre, il follow-up consentirà di adeguare l'intervento nutrizionale all'evoluzione della patologia e all'eventuale insorgenza di complicanze, garantendo un supporto nutrizionale sempre appropriato alle esigenze del paziente.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 41 di 44

Gli obiettivi terapeutici devono essere costantemente ridefiniti tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente, del suo stato nutrizionale e della prognosi, garantendo sempre la miglior qualità di vita possibile. A questo proposito relativamente ai pazienti con patologia cronica avanzata e deficit cognitivo moderato-severo e/o con prognosi infausta (aspettativa di vita < 1 mese), il medico dietologo valuterà l'appropriatezza o meno di interventi invasivi, tenendo in considerazione gli aspetti etici, gestionali, la qualità di vita e le volontà del paziente, con il suo coinvolgimento attivo e, quando necessario, del tutore legale o dell'amministratore di sostegno.

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 42 di 44

12 RAPPRESENTAZIONE IN FORMA SINTETICA DEL PDTA

12.1 Diagramma di Flusso Percorso Regime Ambulatoriale

Vedi Allegato 10


12.2 Diagramma di Flusso Percorso Regime di Ricovero Ospedaliero

Vedi Allegato 11

12.3 Matrice delle Responsabilità Regime Ambulatoriale

Attività regime ambulatoriale	Infermiere	OSS	MMG o altri specialisti	Logopedista	Foniatra	Dietista	Dietologo	TSRM	Radio- logo
Anamnesi clinica			R		R		R		
Screening per disfagia EAT-10	C		R						
Screening della deglutizione	R		R						
Richiesta visita Foniatria	C		R	C		C	R		
Visita Foniatria	C	C		C	R				
Richiesta VFG				C	R				
Esecuzione VFG								C	R
Piano riabilitativo individuale (PRI) per DO					R				
Presa in carico logopedica ambulatoriale				R					
Indicazione a Follow Up Deglutologico				C	R				
Screening della malnutrizione MUST	R	C	C						
Richiesta Valutazione Dietistica	R		R	C	R				
Valutazione Dietistica						R			
Richiesta visita Dietologica	C		R	C	R	C			
Visita Dietologica						C	R		
Fornitura domiciliare AFMS						R	C		
Indicazione a Follow Up Nutrizionale						R	R		
Indicazione ad invio al percorso per disfagia grave	C				R				
Richiesta Posizionamento Midline					R				
Indicazione ematochimici urgenti + indicazione idratazione ev					R				
Esecuzione ematochimici urgenti + avvio idratazione ev	R	C							
Posizionamento accesso venoso	R	C							
Attivazione Ciclo Diurno	R				C				
Attivazione Assistenza Domiciliare	R						C		

R = responsabile; C = collaboratore; S = supervisione

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 43 di 44


12.4 Matrice delle Responsabilità Regime di Ricovero Ordinario

Attività Ricovero Ordinario	Infer- miere	Medico	OSS	Logo- pedista	Fonia- tra	Dietista	Dieto- logo	TSRM	Radio- logo
Anamnesi clinica	C	R							
Screening della deglutizione	R	R	C						
Indicazione alla palliazione	C	R					C		
Igiene del cavo orale	R		C						
Richiesta consulenza Logopedica	R	R							
Valutazione Logopedica bedside della deglutizione	C		C	R					
Piano riabilitativo individuale (PRI) per disfagia orofaringea					R				
Riabilitazione Logopedica	C		C	R					
Richiesta consulenza FoniATRica	C	R		R					
Consulenza FoniATRica per disfagia	C	C		C	R				
Richiesta VFG		R		C	C				
Esecuzione VFG								C	R
Indicazione a follow up deglutologico post-dimissione				R	R				
Screening della malnutrizione NRS-2002	R		C						
Richiesta consulenza Dietistica	R	C		C	C				
Consulenza Dietistica	C	C	C			R			
Richiesta consulenza Dietologica	C	R			C	R			
Consulenza Dietologica	C	C				C	R		
Fornitura domiciliare AFMS						R	C		
Indicazione a follow up nutrizionale ambulatoriale						R	R		

R = responsabile; C = collaboratore; S = supervisione

13 MONITORAGGIO, VERIFICA DELL'APPLICAZIONE E INDICATORI

	Standard	Valore atteso
Attivazione dello screening della deglutizione in Ricovero Ordinario	N. richieste consulenze logopediche per DO in regime di ricovero ordinario con presenza in CC di screening per la deglutizione	80%
Miglioramento della presa in carico dietistica in Regime di Ricovero Ordinario	Percentuale di pazienti con diagnosi di DO ai liquidi alla dimissione e attivazione di forniture di AFMS domiciliari	90%
Miglioramento della presa in carico dietistica ambulatoriale	Percentuale di pazienti con diagnosi foniATRica di DO ai liquidi e attivazione di forniture di AFMS domiciliari	90%

	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Paziente affetto da Disfagia	Codice: PSDTA SGQ 07
		Data: 28/05/2026
		Revisione n. 1
		Pagina 44 di 44

14 AGGIORNAMENTO

Il presente PDTA verrà applicato a partire dal 8 giugno 2026, con successiva rivalutazione e aggiornamento. La versione attuale è stata elaborata e condivisa dal gruppo di lavoro e aggiornata sulla base dell'evoluzione clinico-diagnostica-terapeutica e di gestione multi e interdisciplinare. L'aggiornamento e l'attività di verifica del presente documento da parte del gruppo di lavoro, saranno previste a cadenza biennale.

15 ARCHIVIAZIONE

L'originale firmato in versione cartacea e la versione elettronica del documento sono conservati presso gli archivi della Struttura Qualità o delle Strutture autorizzate. L'archiviazione delle versioni successive dei PDTA e del materiale correlato è su supporto informatico. Non è consentito riprodurre senza autorizzazione questo documento: i suoi contenuti sono proprietà della ASL CN2.

16 ALLEGATI

Allegato 1: Scala IDDSI

Allegato 2: Italian Eating Assessment Tool-10 (I-EAT-10)

Allegato 3: Screening infermieristico disfagia territorio

Allegato 4: MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

Allegato 5: Criteri GLIM

Allegato 6: Screening infermieristico disfagia ospedaliero

Allegato 7: Istruzione operativa per l'igiene del cavo orale (estratto da PDTA Disfagia Regione Piemonte)

Allegato 8: Valutazione Logopedica per Disfagia (BSE)

Allegato 9: Test di screening nutrizionale NRS-2002

Allegato 10: Flowchart percorso regime ambulatoriale

Allegato 11: Flowchart percorso ricovero ospedaliero

Allegato 12: Consenso al percorso di presa in carico del paziente in caso di disfagia grave

Allegato 13: Dichiarazione di avvenuta informazione ed espressione di volontà per posizionamento accesso venoso"