



APPROPRIATEZZA E LINEE GUIDA IN LOGOPEDIA

***LINEE GUIDA SULLA
GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO ADULTO
IN FONIATRIA E LOGOPEDIA***

Versione breve

**CONSENSUS CONFERENCE
TORINO, 29 GENNAIO 2007**

RACCOMANDAZIONI DEL

**COMITATO PROMOTORE
FEDERAZIONE LOGOPEDISTI ITALIANI**

CONDIVISE DA



EUROPEAN GROUP
DYSPHAGIA and GLOBUS



GRUPPO ITALIANO di
STUDIO sulle DISFAGIE

*S.S.L.I.
Società Scientifica
Logopedisti Italiani*

CON L'APPROVAZIONE DI

A.I.P/ A.A.P.P.

Associazione Amici Parkinsoniani Piemonte

A.P.A.S.L.A.

Associazione Piemontese per l'Assistenza alla S.L.A.

INTRODUZIONE

La disfagia, alterazione della deglutizione (= transito parziale o totale di cibi, bevande, farmaci, saliva, flora batterica, contenuti gastrici o duodenali, etc... - di norma con attraversamento del quadrivio faringeo con incrocio della via aerea naso tracheo bronchiale - dagli osti narinali e labiali al duodeno, e viceversa) si presenta con un'alta prevalenza nella popolazione generale.

La presenza della disfagia nella popolazione adulta, nelle strutture per acuti così come nei centri di riabilitazione per malati in fase post acuta, nelle strutture residenziali e a domicilio, è elevata e destinata ad aumentare parallelamente al prolungamento della vita e all'evoluzione delle tecniche rianimatorie. La gestione della disfagia orofaringea è complessa e costosa, e richiede sia nella fase diagnostica sia in quella terapeutica un'ampia rete di esperti, costituita da medici specialisti e da altre professioni sanitarie, strutture e attrezzature dedicate. La riabilitazione logopedica costituisce uno degli elementi rimediativi fondamentali.

POPOLAZIONE A CUI E' RIVOLTO IL DOCUMENTO

Il documento è di rilevante interesse per chiunque (personale sanitario, care givers e pazienti stessi) sia in contatto con pazienti disfagici in seguito a patologie neurologiche acute, croniche, neurodegenerative o secondarie ad altre cause di tipo traumatico e chirurgico.

Le raccomandazioni fornite vanno previste per tutto il periodo compreso fra la fase acuta fino agli esiti residui, alla fase di dimissione e nelle cure a domicilio.

Il documento non è rivolto alle alterazioni della deglutizione in età evolutiva.

OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

- ▶ Fornire informazioni sull'identificazione e la gestione del paziente disfagico.
- ▶ Ridurre l'eterogeneità di comportamenti nella gestione del paziente disfagico.
- ▶ Assistere il clinico nell'identificazione del paziente disfagico.
- ▶ Assistere il clinico nella definizione diagnostica (assessment).
- ▶ Assistere il clinico nella riduzione della morbilità associata alla disfagia.
- ▶ Migliorare i comportamenti esistenti nella gestione del paziente disfagico.

ABBREVIAZIONI NEL TESTO

A.C.H.P.R.: Agency for Health Care Policy and Research

A.S.H.A.: American Speech Hearing Association

B.S.E.: Bed Side Examination

C.A.S.P.O.: College of Audiologists and Speech Language Pathologists of Ontario

F.E.E.S.: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing

F.L.I.: Federazione Logopedisti Italiani

M.B.S.: Modified Barium Swallow

P.E.G.: Percutaneous endoscopic gastrostomy

R.C.T.: Randomized Controlled Trial

S.I.G.N.: Scottish Intercollegiate Guidelines Network

S.L.A.: Sclerosi Laterale amiotrofica

S.N.G.: Sondino Naso Gastrico

V.F.S.S.: Videofluoroscopic Swallowing Study

GRADING DELLE RACCOMANDAZIONI

Livelli di evidenza

1++ Metanalisi di alta qualità, revisioni sistematiche di RCT (studio clinico randomizzato e controllato) o RCT con basso rischio d'errore

1+ Metanalisi ben condotte, revisioni sistematiche di RCT o RCT con basso rischio d'errore

1- Metanalisi, revisioni sistematiche di RCT o RCT con rischio elevato di errore

2++ Revisioni sistematiche di alta qualità di studi caso-controllo o di coorte; studi caso-controllo o di coorte di alta qualità con rischio molto basso di confondimento, errore o casualità e alta probabilità che la relazione sia causale

2+ Studi caso-controllo o coorte con basso rischio d'errore e alta probabilità di relazione casuale

2- Studi caso-controllo o coorte con rischio d'errore e bassa probabilità di relazione casuale (ampi limiti fiduciali)

3 Studi non analitici (case reports, serie di casi)

4 Opinione di esperti

Grado delle raccomandazioni

A Almeno una meta-analisi, revisione sistematica o RCT classificato 1++ e direttamente applicabile alla popolazione target; oppure un corpo di evidenza che consiste principalmente in studi di livello 1+, direttamente applicabili alla popolazione target e che dimostra una globale consistenza dei risultati

B Un corpo di evidenza che include studi di livello 2++, direttamente applicabile alla popolazione target e che dimostra una globale consistenza dei risultati, oppure evidenza estrapolata da studi classificabili come 1++ o 1+

C Un corpo di evidenza che include studi di livello 2+, direttamente applicabili alla popolazione target e che dimostrano una globale consistenza dei risultati oppure Evidenza estrapolata da studi classificabili come 2++

D Evidenza di livello 3 o 4
Evidenza estrapolata da studi classificabili come 2+

√ **Good Practise Points** Raccomandazione del miglior comportamento pratico basata sull'esperienza clinica del gruppo di elaborazione delle linee guida

ELENCO DELLE RACCOMANDAZIONI

VALUTAZIONE DELLA DISFAGIA

QUANDO VALUTARE LA DISFAGIA?

- C** 1.1 In tutti i pazienti con stroke dovrebbe essere testato il rischio di disfagia prima di iniziare a somministrare alimenti o bevande. (SIGN 2)
- 1.2 In tutti i pazienti in cui si sospetti una disfagia (segni o sintomi, esordio con complicanze) deve essere avviato un percorso di screening e valutazione prima di iniziare a somministrare alimenti o bevande. (Gruppo Studio FLI)

COME VALUTARE LA DISFAGIA? *LE PROCEDURE DI SCREENING*

- B** 1.3 Il test del bolo d'acqua dovrebbe far parte dello screening per il rischio di aspirazione nei pazienti con stroke. (SIGN 2.1.1)
- 1.4 Il test del bolo d'acqua dovrebbe far parte dello screening per il rischio di aspirazione nei pazienti che presentano i quadri patologici dell'*allegato A*. (Gruppo Studio FLI)
- B** 1.5 Le procedure di screening per la deglutizione dovrebbero includere:
- osservazione iniziale del livello di coscienza del paziente
 - osservazione del grado di controllo posturale
- Se il paziente è in grado di collaborare attivamente e se è in grado di mantenere il tronco eretto la procedura dovrebbe includere:
- osservazione dell'igiene orale
 - osservazione del controllo delle secrezioni orali
 - se appropriato, un test del bolo d'acqua. (SIGN 2.2.1)
- 1.6 I protocolli di screening devono prevedere chiare indicazioni di azione (es. visita specialistica ulteriore, nulla per os, possibilità di alimentazione per os) relative a tutti i possibili esiti (*Allegato B*) (SIGN 2.2.1)

COME VALUTARE LA DISFAGIA? *LA VALUTAZIONE CLINICA*

- B** 1.7 Una valutazione clinica standardizzata al letto del paziente (bedside assessment) dovrebbe essere effettuata da un professionista competente nella gestione della disfagia (di norma il logopedista). (SIGN 3.1)
- B** 1.8 E' raccomandata la valutazione clinica standardizzata (bedside assessment) secondo il Protocollo di Logemann o simili protocolli codificati (*Allegato 3*). (SIGN 3.1)
- D** 1.9 Nei pazienti con disfagia devono essere valutate sempre le abilità comunicative, le funzioni cognitive e le capacità decisionali (SIGN 6.5)

COME VALUTARE LA DISFAGIA? *LA VALUTAZIONE STRUMENTALE*

- 1.10 Ogni qualvolta sussista il rischio di complicanze (sospetto di inalazione) è indicato uno studio strumentale (Gruppo Studio FLI)
- D** 1.11 VFS e FEES sono entrambe metodi validi nella valutazione della disfagia. Il clinico deve valutare quale sia il più appropriato per il paziente nei diversi setting. (SIGN 3.2.2)

PERCORSO FORMATIVO NECESSARIO PER EFFETTUARE SCREENING E VALUTAZIONI

A) *SCREENING*

- D** 1.12 Il percorso standard formativo necessario al personale infermieristico per poter eseguire lo screening per disfagia deve comprendere:
- individuazione di fattori di rischio
 - individuazione di segnali precoci
 - osservazione delle abitudini alimentari (compresa la modalità di assunzione del pasto)
 - test del bolo d'acqua

- monitoraggio del livello di idratazione
- monitoraggio del peso e del rischio di malnutrizione. (SIGN 4.1)

B) *BILANCIO*

- D** 1.13 Tutto il personale specializzato coinvolto nella rilevazione e gestione della disfagia dovrebbe essere formato sulla base dei criteri individuati dall'Ordinamento degli Studi dall'Associazione Rappresentativa della Professione. (SIGN 4.2.4)
- 1.14 Se la gestione del paziente o la continuità di cure non possono essere garantite da personale specializzato, assume un ruolo fondamentale la comunicazione tra clinici, lo scambio di conoscenze e di strumenti di supporto. (Gruppo Studio FLI)
- D** 1.15 Devono essere stabiliti criteri standard per l'interpretazione dei risultati delle valutazioni radiologica e fibroscopica. (SIGN 4.2.4)

GESTIONE E TRATTAMENTO DELLA DISFAGIA

GESTIONE DEL PAZIENTE DISFAGICO

- 2.1 La gestione del paziente disfagico dovrebbe essere multidisciplinare. (Gruppo Studio FLI)
- 2.2 I risultati del bilancio e le raccomandazioni sulla gestione dovrebbero essere attentamente documentate e comunicate al professionista di riferimento, al caregiver e al paziente. (Gruppo Studio FLI)
- D** 2.3 L'equipe, i caregiver e i pazienti dovrebbero essere formati sulle tecniche di alimentazione, con particolare attenzione a:
- modificazioni posturali e dietetiche
 - scelta degli alimenti
 - gestione del comportamento e dei fattori ambientali
 - esecuzione dell'igiene orale
 - gestione della preparazione del cibo (SIGN 6.4)

- 2.4 La somministrazione dei farmaci deve essere garantita ai pazienti che non possono assumere nulla per os o che assumono una dieta modificata, con opportuna informazione al personale preposto. (SIGN 2.2.1)
- D** 2.5 Nei pazienti con disfagia deve essere effettuata regolarmente una buona igiene orale, particolarmente nei pazienti con SNG (sondino nasogastrico) o PEG(gastrostomia percutanea), al fine di favorire la cura della bocca e il benessere del paziente (SIGN 6.3)

TRATTAMENTO DEL PAZIENTE DISFAGICO

- D** 2.6 I pazienti con disfagia dovrebbero essere rivalutati regolarmente e con una frequenza relativa alle caratteristiche cliniche della disfagia e allo stato nutrizionale, da un professionista competente nella gestione della disfagia. (SIGN 6.1)
- D** 2.7 Al termine di un bilancio completo della deglutizione devono essere date indicazioni relative a modificazioni dietetiche e a tecniche di compenso (posture e manovre).(SIGN 6.2)
- D** 2.8 I cibi di consistenza modificata dovrebbero essere presentati con cura e resi appetitosi. I pazienti dovrebbero avere possibilità di scelta tra diverse portate. (SIGN 6.2.2)
- 2.9 I cibi di consistenza modificata dovrebbero essere arricchiti in base alle esigenze nutrizionali del paziente. (SIGN 6.2.2)
- 2.10 In alcuni quadri di disfagia si dovrebbero utilizzare procedure compensative (posture di compenso, tecniche deglutitorie) per ridurre sensibilmente il rischio di aspirazione (Gruppo Studio FLI)
- 2.11 L'utilizzo di modificazioni dietetiche deve essere incluso nel piano di trattamento, purchè il suo effetto sia controllato con la VFS e/o con la fibroscopia (Gruppo Studio FLI)
- 2.12 Il trattamento delle strutture buccali- sensibilità, motricità, prassie – è indicato in associazione con altri tipi di approcci

(modificazioni dietetiche, tecniche di compenso, modificazioni posturali) (Gruppo Studio FLI)

- 2.13 Nelle disfagie in fase acuta deve essere preso in considerazione il più precocemente possibile (entro una settimana dall'evento acuto) il posizionamento del S.N.G. per i pazienti che non sono in grado di assumere per os il fabbisogno nutrizionale. La decisione sul posizionamento dovrebbe essere presa dall'equipe multidisciplinare, in accordo con il paziente e i care givers. (SIGN 5.2.2)
- D** 2.14 Nelle disfagie in fase acuta, nella prima fase del ricovero, i pazienti dovrebbero essere rivalutati settimanalmente dall'equipe, per stabilire se la nutrizione enterale sia necessaria per lunghi periodi (> di 4 settimane). (SIGN 5.2.2)
- B** 2.15 L'alimentazione tramite PEG è raccomandata per lunghi periodi (> di 4 settimane). I pazienti che necessitano di un'alimentazione enterale per lunghi periodi dovrebbero essere rivalutati regolarmente. (SIGN 5.2.2)
- 2.16 Nelle disfagie progressive (es. SLA) la PEG dovrebbe essere posizionata prima che la capacità vitale diventi < del 50-60% (Gruppo Studio FLI)
- 2.17 Nel caso in cui la capacità vitale sia < del 50-60% il posizionamento della PEG dovrebbe avvenire con respirazione non invasiva, somministrazione di O₂ e blanda sedazione oppure tramite la metodica radiologica (Gruppo Studio FLI)

NOTE PER GLI UTILIZZATORI

Il documento originario e gli studi di riferimento sono disponibili sui siti:

Federazione Logopedisti Italiani: www.fli.it

Società Italiana Foniatria e Logopedia: www.sifel.net

Gruppo Italiano di Studio Disfagia: www.gisd.it

Società Scientifica Logopedisti Italiani: <http://digilander.libero.it/ssliformazione>

Per informazioni: lineeguidadisfagia@libero.it

FORMATO DELLE RACCOMANDAZIONI

Il documento è costituito da:

- raccomandazioni di comportamento clinico tradotte o riportate dal documento di origine (SIGN, 2004) seguite dall'abbreviazione delle Linee Guida originarie e dal numero identificativo del documento d'origine;
- raccomandazioni elaborate dal gruppo promotore della Federazione Logopedisti Italiani (Gruppo studio FLI)

Ogni raccomandazione è preceduta da una numerazione progressiva per consentire un facile reperimento.

Le raccomandazioni sono classificate in base allo schema di grading utilizzato dalla S.I.G.N.

DISSEMINAZIONE E IMPLEMENTAZIONE

Il Comitato Promotore proseguirà a breve termine il progetto attraverso:

1. La scelta delle modalità di diffusione delle raccomandazioni
2. La valutazione dei fattori ostacolanti l'applicazione delle raccomandazioni a livello locale
3. La ricerca di strategie per rimuovere i fattori ostacolanti e promuovere l'applicazione delle raccomandazioni nella pratica (es. formazione su casi clinici, condivisione di percorsi diagnostico terapeutici e protocolli operativi, uso di flow –charts, scale di valutazione standardizzate, schede raccolta dati, reminders in cartella clinica...)

REVISIONE

Il gruppo promotore prevede un aggiornamento triennale dell'elaborato. Una revisione delle raccomandazioni verrà comunque effettuata in base all'evoluzione delle conoscenze.

ALLEGATI

Allegato A - Codici ICD-9 – Revisione medica delle Linee Guida per Interventi sulla Disfagia, ASHA, Ottobre 2004

Allegato B - Esempi di procedure di screening della deglutizione. Modificato da SIGN,2004

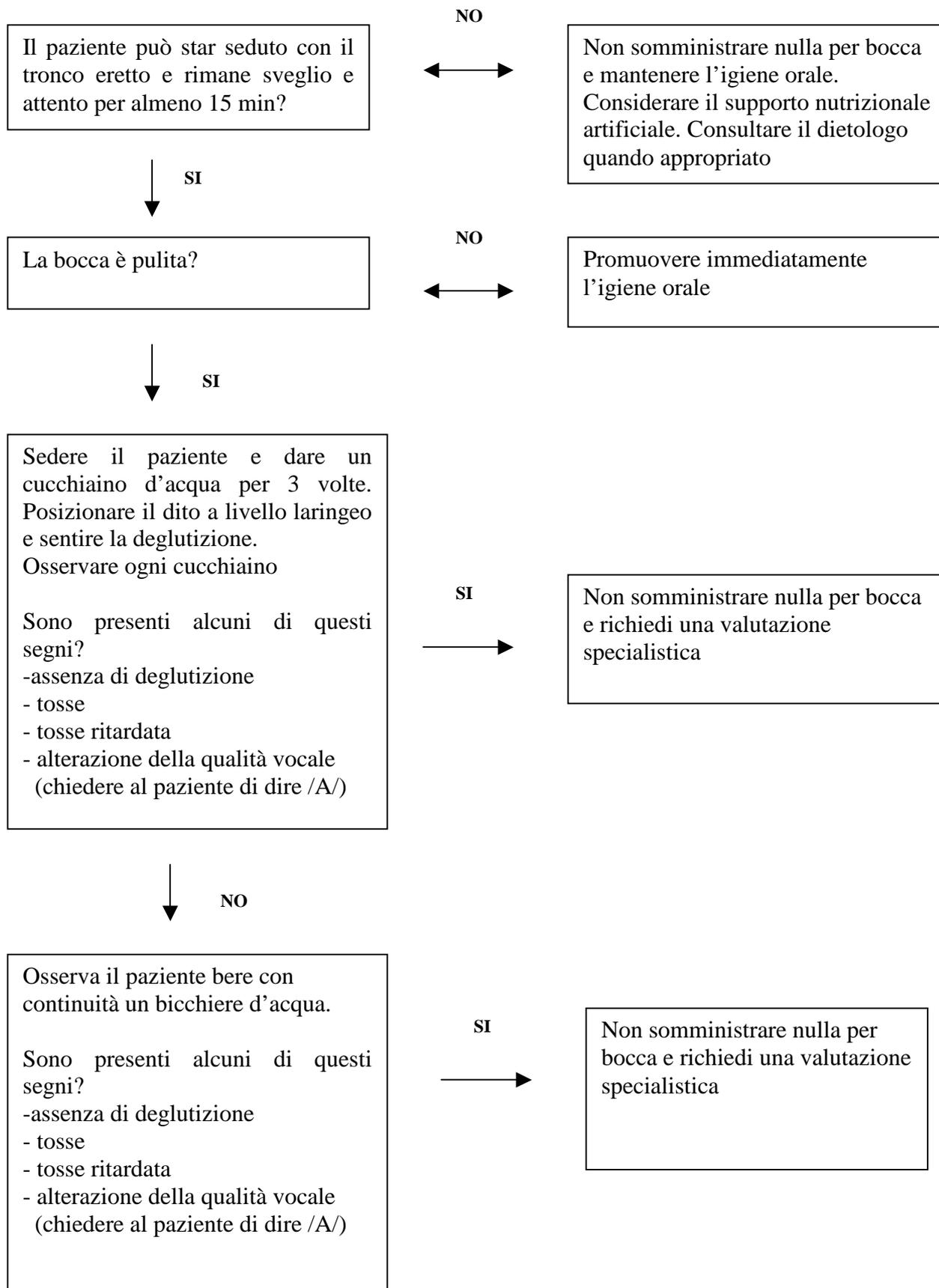
Allegato C - Esempio di un protocollo di valutazione clinica (SIGN, 2004)

Allegato A – Codici ICD-9 – Revisione medica delle Linee Guida per Interventi sulla Disfagia, ASHA, Ottobre 2004

146.0 -146.9	Neoplasia maligna dell'orofaringe
148.0 -148.9	Neoplasia maligna dell'ipofaringe
150.0 - 150.9	Neoplasia maligna dell'esofago
235.6	Neoplasia di incerto comportamento della laringe
239.1	Neoplasia di natura incerta, sistema respiratorio
318.2	Ritardo mentale profondo
332.0	Parkinson
332.1	Parkinsonismo secondario
333.0	Altre alterazioni degenerative dei gangli della base
333.2	Mioclonia
333.4	Corea di Huntington
333.5	Altre Coree
333.6	Distonia di torsione idiopatica
333.81- 333.89	Distonia di torsione frammentaria
333.90 - 333.99	Altre e non specificate malattie extrapiramidali e disturbi del movimento
335.20	Sclerosi Laterale Amiotrofica
341.0 - 341.9	Altre malattie demielinizzanti del Sistema Nervoso Centrale
342.00 -342.92	Emiplegia e Emiparesi
343.0	Diplegia
352.1	Nevralgia glossofaringea
352.2	Altre alterazioni del nervo glossofaringeo - 9° nervo cranico
352.4	Alterazioni del nervo accessorio – 11° nervo cranico
352.5	Alterazioni del nervo ipoglosso – 12° nervo cranico
358.9	Alterazioni mioneurali, non specificate
436	Incidenti cerebrovascolari acuti, mal definiti
438.11	Effetti ritardati di alterazioni cerebrovascolari, afasia
438.12	Effetti ritardati di alterazioni cerebrovascolari, disfasia
438.82	Altri effetti ritardati di alterazioni cerebrovascolari, disfagia
464.0	Laringiti acute
478.30 - 478.34	Paralisi cordale o laringea
478.5	Altri disturbi delle corde vocali
478.6	Edema laringeo
507.0	Polmoniti causate inalazione di solido o liquido
519.1	Altri disturbi della trachea e dei bronchi, non altrove

	classificati
530.0	Acalasia e cardiospasma
530.3	Restrizioni e stenosi dell'esofago
530.6	Diverticolo esofageo acquisito
530.81	Reflusso esofageo
748.3	Altre anomalie di laringe, trachea e bronchi
749.01 - 749.04	Palatoschisi
749.1	Labioschisi
749.2	Labiopalatoschisi
750.0	Anchiloglossia
750.10	Altre anomalie della lingua
750.13,16	
756.4	Condrodistrofia
758.0	Sindrome di Down
759.7	Anomalie congenite multiple, così descritte
770.7	Disturbi respiratori cronici insorti nel periodo perinatale
780.3	Stato vegetativo persistente
783.3	Difficoltà alimentari ed errata gestione dell'anziano
783.4	Assenza di un normale sviluppo fisiologico nel bambino
786.09	Dispnea e anomalie respiratorie, altro
786.2	Tosse
787.2	Disfagia
933.1	Corpo estraneo in laringe
934.0	Corpo estraneo in trachea
934.1	Corpo estraneo nei bronchi
V10.21	Altri organi respiratori e intratoracici, laringe
V10.85	In anamnesi neoplasie maligne in altri organi, cervello
V41.6	Problemi di deglutizione e masticazione
V43.8	Organi e tessuti rimpiazzati con altri mezzi, altri organi o tessuti
V44.0	Tracheotomia
V48.3	Problemi meccanici e motori di capo-collo
141.9 / 145.9	Neoplasie maxillo faciali
195.0	
294.8	Demenze
300.11/ 306.4	Sindromi psichiatriche
780.01	Sindromi comatose- Sindromi apalliche

**Allegato B - Esempi di procedure di screening della deglutizione.
Modificato da SIGN, 2004**



↓ NO

Inizia l'alimentazione orale (cibi morbidi) con cautela.
Continua a osservare eventuale presenza di tosse o di infezioni toraciche e rivolgiti al logopedista se necessario

Difficoltà con i solidi?

↓ SI

Il paziente ha problemi gastrici o esofagei?

→ SI

Rivolgiti all'equipe medica

↓ NO

Il paziente ha una adeguata dentatura/ protesi dentaria?

↔ NO

Rivolgiti al dentista

↓ SI

Somministra una dieta morbida e rivolgiti al logopedista se necessario.

Allegato C - Esempio di un protocollo di valutazione clinica (SIGN, 2004)

CLINICAL BEDSIDE ASSESSMENT

(Logemann et al, 1999)

Conservato

Compromesso

Anamnesi

1. Storia di ricorrenti polmoniti
2. Frequenti innalzamenti di temperatura
3. Ipotesi di polmonite ab ingestis
4. Lungo periodo di intubazione (+ 1 sett) o di cannula tracheostomica

Comportamento

5. Vigilanza
6. Assenza di collaborazione / agitazione
7. Attenzione / capacità di interazione
8. Consapevolezza del problema di deglutizione
9. Consapevolezza delle secrezioni
10. Capacità di gestire le secrezioni

Funzioni motorie aspecifiche

11. Controllo posturale
12. Affaticabilità

Risultati dei test delle funzioni motorie orali

13. Anatomia e fisiologia orale, faringea, laringea
14. Capacità di eseguire ordini
15. Disartria
16. Deficit di forza facciale
17. Aprassia orale
18. Sensibilità orale
19. Contrazione della parete faringea nel morso
20. Deglutizione di saliva
21. Tosse volontaria, autodetersione delle vie aeree

Osservazione durante prove di deglutizione: 1 cc di liquido, 1 cc di budino, ¼ di biscotto (a masticazione conservata)

22. Aprassia della deglutizione
23. Residui orali
24. Tosse, autodetersione delle vie aeree
25. Ritardo di innesco
26. Ridotta elevazione laringea
27. Voce gorgogliante
28. Deglutizioni ripetute per singolo bolo

Dalle categorie soprariportate sono state create tre livelli di punteggio

1. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle 28 osservazioni
2. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle categorie Comportamento e Funzioni motorie aspecifiche
3. il numero totale di risposte “compromesso” ottenute dalle categorie inerenti le Funzioni motorie orali e le osservazioni durante le prove di deglutizione.

COMITATO PROMOTORE (in ordine alfabetico)

Accornero Anna – Logopedista, Università degli studi di Torino, Associazione Logopedisti Piemontesi, Federazione Logopedisti Italiani

Cattaneo Anna – Logopedista, Associazione Logopedisti Piemontesi, Federazione Logopedisti Italiani

Ciccione Giovannino – Epidemiologo, Esperto in metodologia, U.S.C. Epidemiologia dei Tumori, A.S.O. San Giovanni Battista di Torino

Farneti Daniele – Otorinolaringoiatra, Foniatra (Rimini)

Raimondo Simona – Logopedista, Università degli studi di Torino, Associazione Logopedisti Piemontesi, Federazione Logopedisti Italiani

Schindler Antonio – Foniatra, Otorinolaringoiatra, Università degli studi di Milano

Venero Irene – Logopedista Università degli studi di Torino, Associazione Logopedisti Piemontesi, Federazione Logopedisti Italiani

Visentin Pierantonio – Geriatra, U.S.C. Geriatria, A.S.O. San Giovanni Battista di Torino

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano tutti coloro che hanno fornito suggerimenti alla bozza del documento.

Un ringraziamento particolare al Prof. Oskar Schindler che con il suo sapere ha illuminato il lungo percorso che ha portato alla stesura di questo documento e che con la sua forza e determinazione ha fin dal principio sostenuto questo progetto.

In occasione della Consensus Conference che ha avuto luogo a Torino il 29 Gennaio 2007, le seguenti raccomandazioni sono state approvate e condivise da esperti autorevoli della Professione Foniatico-Logopedica e da rappresentanti nominati dalle Società Scientifiche o dalle Organizzazioni Rappresentative nazionali.

Federazione Logopedisti Italiani (F.L.I.) www.fli.it
Rossetto Tiziana, De Cagno Anna Giulia, De Simini Florinda

Società Italiana di Foniatria e Logopedia (S.I.F.E.L.) www.sifel.net
Schindler Oskar, Ruoppolo Giovanni, De Canio Claudia

Gruppo Italiano Studio Disfagia (G.I.S.D.) www.gisd.it
Schindler Oskar, Ruoppolo Giovanni, Spadola Bisetti Massimo

Società Scientifica Logopedisti Italiani (S.S.L.I.)
<http://digilander.libero.it/ssliformazione>
Gisoldi Leonarda, Buratti Maria Grazia, Unnia Luciana

Il documento è stato inoltre approvato da:

A.I.P/ A.A.P.P.
Associazione Amici Parkinsoniani Piemonte
Piccinini Marzio, Gili Pier Giorgio

A.P.A.S.L.A.
Associazione Piemontese per l'Assistenza alla S.L.A.

Si ringraziano per la partecipazione all'evento:
Manfredonia Gaetano, Travalca Cupillo Beatrice, Riso Sergio.

Curatori Scientifici della Consensus Conference :
Schindler Oskar, Gaveglio Carla

Per informazioni: lineeguidadisfagia@libero.it