



**LINEE DI INDIRIZZO E
RACCOMANDAZIONI PER
L'ATTIVITA' DEL
LOGOPEDISTA AI TEMPI DEL
COVID19**

COMUNICARE È SEMPRE POSSIBILE

Versione 27 aprile 2020

Controllare sul sito <https://fli.it/> eventuali aggiornamenti



Sommario

PREMESSA*	3
DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' NEI DIVERSI CONTESTI PROFESSIONALI*	4
IL LOGOPEDISTA COME FACILITATORE DELLA COMUNICAZIONE	6
IL CONTESTO INTERNAZIONALE	10
ATTIVITA' DEROGABILI E INDEROGABILI	10
ATTIVITA' INDEROGABILI: alcuni esempi	11
IL PAZIENTE COMPLESSO DISFAGICO	11
LOGOPEDIA IN AREA CRITICA	11
L'INTERVENTO LOGOPEDICO A DISTANZA	12
IL DPCM 10 APRILE*	13
IL DPCM 26 APRILE	14
LA SCELTA DEI DPI	14
SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI E SMALTIMENTO DEI DPI	22
ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	24
LA CURA DI SÉ	26
LA RESILIENZA	29
RIFERIMENTI	30
ALLEGATI	32
Allegato1: La gestione del paziente Disfagico nella clinica logopedica: prevenzione, rischio e sicurezza..	32
Allegato 2: Procedure e intervento logopedico durante l'emergenza COVID 19 in età neonatale e pediatrica.....	34
Allegato 3: L'intervento logopedico in Area Critica.....	35
La logopedia in area critica.....	35
Pazienti con cannula tracheostomica.....	36
Pazienti estubati non tracheostomizzati	37
Emergenza COVID 19.....	38
AREA DELLE FUNZIONI COGNITIVE DI BASE E DELLA COMUNICAZIONE	39
Allegato 4: L'Attività a Distanza del Logopedista. Smart Working nell'Emergenza CoViD-19	44
ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA	44
COME OPERARE A DISTANZA?.....	44
PUNTI CHIAVE.....	45
ETICA.....	45



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



ADEGUATEZZA	45
COMPETENZA	46
ASPETTI LEGALI	46
RISERVATEZZA	46
CONSENSO	46
OPPORTUNITÀ	47
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI	48
ALLEGATI IN APPENDICE	49
INTEGRAZIONE ALL'INFORMATIVA PRIVACY PER ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA** -MINORI	50
INTEGRAZIONE ALL'INFORMATIVA PRIVACY ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA** -ADULTI	51
CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO LOGOPEDICO CON MINORI **	52
CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO LOGOPEDICO ADULTI	53
Allegato 5: CPLOL Covid-19 Statement	54
Allegato 6: Voce e Logopedia a distanza	56



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



PREMESSA*

DOVERI DEL PROFESSIONISTA SANITARIO

REGOLE GENERALI

- **FARE RIFERIMENTO SOLO ALLE FONTI UFFICIALI E ISTITUZIONALI CHE SONO IN CONTINUA EVOLUZIONE SIA NEI DIVERSI TERRITORI SIA NEL TEMPO.**
- **RISPETTARE LE REGOLE IN PRIMIS COME CITTADINI, AI QUALI SI RIFERISCONO LE DISPOSIZIONI GOVERNATIVE.**

IL COMPORTAMENTO del Professionista Sanitario

Ogni logopedista nell'esercizio della propria professione, nei diversi ambiti e nelle diverse fasce di età, è impegnato in prima linea nel contribuire al contenimento della diffusione dell'epidemia, mettendo in atto i corretti comportamenti a tutela dell'altrui e della propria salute.

Le indicazioni per tutti sono quelle emanate dalle Autorità competenti: Ministero della Salute¹, Regioni, Sindaci, Aziende Sanitarie e Ordini Professionali.

I comportamenti richiesti a tutte le professioni sanitarie² non sono diversi ma derivano tutti dalle stesse norme previste dal Ministero della Salute e ciascuno, con la propria "competenza e autonomia specifica", le adatta alle esigenze della propria particolare situazione lavorativa. Non c'è perciò una ricetta di comportamenti "specifico professione". Autonomia e responsabilità professionale dovranno porsi da guida per una condotta rivolta alla tutela della sicurezza del cittadino utente. Tuttavia, ci sentiamo di indicare i tre criteri principali della classificazione di Rischio INAIL, che possono essere di aiuto per capire la propria e contestualizzata valutazione del Rischio e Sicurezza e per l'assistito laddove si esercita:

- l'esposizione ovvero la probabilità di entrare in contatto con le fonti del contagio da coronavirus durante il lavoro,
- la prossimità intesa come caratteristica intrinseca di un lavoro tale da non permettere un distanziamento sociale,
- aggregazione, valutata come tipologia lavorativa che prevede il contatto con soggetti terzi rispetto agli altri utenti³.

Nello specifico professionale del logopedista, il mantenimento del rispetto delle regole e la limitazione dei contatti sociali, per evitare la diffusione del virus, ha reso necessaria la sospensione o rimodulazione del piano di intervento e trattamento, in accordo con l'utenza e riorganizzando la propria attività con delle nuove routine appropriate all'emergenza CoViD-19.

¹ Portale Ministero della Salute, Area Nuovo Coronavirus <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>

² Covid-19 Raccomandazioni per gli Operatori Sanitari
<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5373&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

³ Inail, tre parametri per classificare le attività produttive
<https://www.google.it/amp/amp.ilssole24ore.com/pagina/ADABgkL>



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



L'INFORMAZIONE

Ogni Logopedista è tenuto a mantenere aggiornata l'informazione, in costante modifica, attingendo alle fonti ufficiali: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Regioni, FNO, Istituzioni Territoriali e Accordi Sindacali⁴.

**Come da Raccomandazioni F.L.I. per l'attività del logopedista ai tempi del coronavirus www.fli.it in data 8 marzo 2020 e successivi aggiornamenti.*

DEFINIZIONE DELLE ATTIVITA' NEI DIVERSI CONTESTI PROFESSIONALI*

È necessario integrare le informazioni provenienti da diverse fonti, adatte per possibili diversi scenari. Le premesse restano le seguenti:

- Come già esplicitato nella [circolare 26/2020](#) di FNO “in ambito sanitario, stante l'attuale situazione, la SUDDIVISIONE *tra pubblico e privato* è IRRILEVANTE: ciò che è previsto per la sanità pubblica vale anche per quella privata. In quest'ultima, i diritti soggettivi, anche quelli economici, sono subordinati agli interessi di sanità pubblica”.
- DISTINZIONE tra interventi derogabili e non derogabili: gli interventi *derogabili* nel momento dell'emergenza devono essere sospesi e ripresi solo quando verranno meno le indicazioni derivanti dal [DPCM 4 marzo 2020](#), ovvero quando nei diversi territori verrà attivata quella che viene definita Fase 2⁵. Nella professione logopedica esistono interventi improcrastinabili (a mero titolo esemplificativo quelli che riguardano le funzioni vitali in pazienti fragili, complessi, post-chirurgici, post ictus ecc.) che devono continuare anche nel momento dell'emergenza ad essere erogati, con gli opportuni DPI (Dispositivi di Protezione Individuale).
- DISTINZIONE tra attività che necessitano della presenza fisica logopedista/paziente e quelle che possono essere attuate con *modalità a distanza*.
- AUTONOMIA E RESPONSABILITA' PROFESSIONALE devono continuare a porsi da guida per una condotta rivolta alla tutela della sicurezza del cittadino utente, come indicato dalle Autorità competenti: Ministero della Salute, Regioni, Sindaci, Aziende Sanitarie e Ordini Professionali.

Nelle strutture sanitarie pubbliche e private, come ospedali, aziende ospedaliere, aziende e dipartimenti/distretti territoriali, case di cura, RSA e Ambulatori il Professionista Sanitario deve attenersi alle indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria al fine di ottemperare al corretto svolgimento delle proprie funzioni. Si ricorda che nelle aziende pubbliche o private esistono i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, RLS, figure dedicate alla tutela della salute dei lavoratori che possono essere consultate e/o attivate per avere ulteriori informazioni.

Per gli studi professionali singoli o associati si deve fare riferimento a quanto contenuto nelle [Indicazioni ai liberi professionisti](#) pubblicate sul sito della Federazione Nazionale Ordini TSRM-PSTRP.

Il DOVERE di un LOGOPEDISTA, in quanto professionista sanitario e in primis cittadino, in un contesto che si aggiorna continuamente, è SEGUIRE le indicazioni per:

- ✓ procedure di igiene per gli operatori e gli utenti
- ✓ sanificazione degli ambienti
- ✓ misure di distanziamento sociale quando possibile
- ✓ uso di Dispositivi di Protezione Individuale e Dispositivi Medicali

⁴ Protocollo condiviso in tema di Salute e Sicurezza <https://www.assolombarda.it/servizi/salute-e-sicurezza-sul-lavoro/informazioni/covid-19-fase-2-integrazioni-al-protocollo-condiviso-in-tema-di-salute-e-sicurezza>

⁵ Coronavirus, le misure adottate dal Governo <http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



tenendosi aggiornato attraverso le sole fonti ufficiali che sono in continua evoluzione sia nei diversi territori che nel tempo.

A tal scopo invitiamo tutti i logopedisti a consultare frequentemente i siti della propria regione e tutti quelli elencati di seguito:

<http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>

<http://www.protezionecivile.gov.it/home>

<http://www.epicentro.iss.it/>

<http://www.tsrp.org/>

<https://fli.it/>

<https://www.inail.it/cs/internet/home.html>

In relazione alla cultura del Rischio Clinico e la Sicurezza dell'assistito che necessariamente ricade sulle scelte che dobbiamo mettere in atto, segnaliamo un documento che esamina aspetti clinici ed organizzativi che in questo momento ciascuno di noi è bene che abbia presente, sia come cittadino sia come professionista, perché quando trattiamo un aspetto specifico dobbiamo conoscere bene anche la cornice in cui si colloca poiché siamo in un sistema complesso dove ogni azione ha effetti sulle altre:

<https://www.insafetyhealthcare.it/news/raccomandazioni-per-la-sicurezza-dei-pazienti-durante-lemergenza-covid-19-outbreak/>

** Come da Raccomandazioni F.L.I. per l'attività del logopedista ai tempi del coronavirus www.fli.it in data 8 marzo 2020 e successivi aggiornamenti.*

IL LOGOPEDISTA COME FACILITATORE DELLA COMUNICAZIONE

Il logopedista è il facilitatore della comunicazione per i pazienti e per la popolazione.

Quando non si può parlare è importante COMUNICARE per mantenere la relazione con la persona scambiando parole, pensieri, emozioni. A tal proposito ci viene in aiuto la Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) con i propri simboli internazionali⁶. La CAA è utile anche per la comunicazione con i pazienti degli altri operatori, che saranno guidati dal logopedista.

Widgit
Widgit Symbols © Widgit Software 2002 – 2020
More resources available from www.widgit.com

Tabella di Comunicazione per Terapia Intensiva Girare

 si	 sorseggiare acqua	 bocca secca	 mal di gola	 tosse	 mal di testa	 mi sento male
 gabinetto	 lavare la bocca	 fiato corto	 non riesco a respirare	 avere caldo	 avere freddo	 scomodo/a
 luce accesa/spenta	 balsamo labbra	 medicazione	 allergico/a	 aspirazione orale	 tracheostomia	 ossigeno
 regolare il letto	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	 molto stanco/a				 non lo so
 no						

⁶ Tabella di comunicazione per terapia intensiva <https://www.widgit.com/products/health/critical-care-covid-19-communication-chart-italian-v2.pdf>

Widgit
Widgit Symbols © Widgit Software 2002 – 2020
More resources available from www.widgit.com

Tabella di Comunicazione per Terapia Intensiva Girare

 si	 Covid-19	 domanda	 tutto bene?	 dove sono?	 chiamate la famiglia	 grazie
 famiglia	Aggiungere i nomi qui	 telefonata	 scrivere	 ti voglio bene	 mi manchi	 non ti preoccupare
 amici		 ciao	 pregare	 essere orgoglioso/a	 niente visite	 casa
 animali		 ansioso/a	 ho paura	 triste	 tranquillo/a	 ok
 no	a b c d e f g h i l m n					 non lo so
	o p q r s t u v z					€ %
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10					

Il logopedista curerà che sia sempre soddisfatto il diritto del paziente a comunicare con i propri familiari.

Gestione Videochiamate

Il logopedista cercherà di facilitare la comunicazione del paziente con i suoi familiari anche implementando procedure e check-list che aiutino gli operatori a gestire correttamente le chiamate (vedi tabella esempio pagina successiva, che può essere adattata alle proprie esigenze)⁷.

⁷ Check-list telefonata paziente familiari <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Come%20comunicare%20con%20i%20familiari%20in%20condizioni%20di%20completo%20isolamento.pdf>

CHECKLIST PER VIDEOCHIAMATA FRA PAZIENTI E FAMILIARI



Nome e Cognome del paziente _____

Nome e Cognome del familiare _____

Recapito familiare _____

V1 Preparazione del familiare	
V1.1	Concorda un momento preciso per la chiamata.
V1.2	Suggerisci di sostare in luogo tranquillo, seduti.
V1.3	Valuta e concorda l'eventuale presenza di minori.
V1.4	Informa che la videochiamata sarà di breve durata.
V1.5	Pz non in grado di esprimersi (es. intubato): avvisa di non porre domande aperte.
V1.6	Proponi ai familiari di pensare a cosa desiderano dire, prima di iniziare la videochiamata.

V5 Conduzione (se cosciente)	
V5.1	Se il paziente desidera essere visto, preferisci una inquadratura ravvicinata (volto/tronco del paziente).
V5.2	Rimani vicino e controlla le reazioni del paziente.
V5.3	Se necessario, aiuta nella comprensione dei contenuti.
V5.4	Se il paziente presenta affaticamento, disinteresse o altra condizione sfavorevole, porta la comunicazione velocemente verso la chiusura.

V2 Preparazione del paziente	
V2.1	* Informa che la videochiamata sarà di breve durata.
V2.2	* Assicura che non sarà lasciato solo durante la chiamata.
V2.3	Ottimizza posizione e luci; copri adeguatamente il corpo del paziente.
V2.4	Considera di silenziare il volume degli allarmi.
V2.5	Fai vedere al paziente come apparirà e rivaluta la conferma della sua volontà.

V6 Conduzione (se non cosciente)	
V6.1	Inquadra il letto di degenza nel suo insieme e presentalo dicendo: "ecco dove curiamo il sig. [nome del paziente]".
V6.2	Rassicura che il sig. [nome del paziente] è sedato e non avverte sensazioni spiacevoli o dolore.
V6.3	Rimanda eventuali domande cliniche ad un momento successivo.
V6.4	Proponi ai familiari "volete dire al sig. [nome del paziente] qualche parola?"

V3 Preparazione del personale	
V3.1	Informa l'equipe che si sta per effettuare una videochiamata.
V3.2	Se opportuno, coinvolgi altre figure professionali.
V3.3	Verifica il tuo aspetto.
V3.4	Se possibile rimani a volto scoperto, indossa il cartellino di riconoscimento.
V3.5	Chiama tu il familiare, all'orario prestabilito.

V7 Chiusura	
V7.1	* Ringrazia il paziente, avvisalo che tornerai a breve.
V7.2	Mettiti a disposizione dei familiari per chiarire eventuali dubbi o domande.
V7.3	Chiedi ai familiari "come vi sentite?" e accogli le emozioni dei familiari.
V7.4	Usa espressioni empatiche: "immagino possa essere molto difficile".
V7.5	Congedati concordando, se appropriato, una successiva videochiamata.

V4 Apertura	
V4.1	Inizia la videochiamata fuori dalla visione del paziente.
V4.2	Presentati con nome, cognome, qualifica.
V4.3	Verifica l'identità della persona con cui stai parlando.
V4.4	Se il paziente non desidera essere visto, disattiva la telecamera.

V8 Dopo la chiusura	
V8.1	* Torna dal paziente per chiarire eventuali dubbi o domande.
V8.2	Effettua un <i>debriefing</i> con i colleghi sui punti di forza, le criticità che si sono presentate e gli spunti di miglioramento.
V8.3	Prendi qualche minuto per te.

* solo se cosciente

Con tutti i soggetti con gravi difficoltà di comunicazione, in tutte le età delle vita, il logopedista adotterà strumenti adatti per far comprendere le misure necessarie nella situazione di emergenza sanitaria⁸.



⁸ Infografica Stop the Virus <https://aphasia.org.au/wp-content/uploads/2020/03/Stop-the-spread-of-germs-poster-QLD-Health.pdf>



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



IL CONTESTO INTERNAZIONALE

L'impatto della pandemia sulla comunità professionale del logopedista è stato affrontato in tutti i Paesi dalle maggiori organizzazioni professionali, che hanno creato una rete per produrre strumenti a sostegno e guida della comunità internazionale.

Essendo stata l'Italia colpita per prima, ha prodotto documenti significativi per la gestione dell'emergenza che sono stati punto di riferimento per altri Paesi.

Successivamente il Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes – Logopèdes de la UE (CPLOL), di cui FLI è membro, ha diffuso una Position Statement, [scaricabile all'allegato 5](#).

Il Royal College of Speech and Language Therapists (Regno Unito) ha prodotto varie tipologie di documenti in continuo aggiornamento, fra cui vi segnaliamo "Ottimizzare il contributo della forza lavoro dei logopedisti"⁹.

L'organizzazione Olandese NVLF pubblica periodicamente delle brevi sintesi o Fact sheet, tra cui quelle per pazienti ospedalizzati¹⁰.

L'American Speech and Hearing Association (ASHA) ha pubblicato un'interessante sezione sulla teleriabilitazione, completa di revisioni sistematiche e studi di Evidence Based Practice¹¹.

ATTIVITA' DEROGABILI E INDEROGABILI

La capacità di definire quali siano le attività derogabili e inderogabili nel proprio contesto lavorativo è definita non solo dalla definizione del Disturbo o della Patologia, ma dalle proprie specifiche competenze professionali che devono effettuare una attenta valutazione della Persona e del suo bisogno di Salute per comprendere la differibilità o meno dell'intervento e della successiva presa in carico secondo il modello Biopsicosociale. Il Modello deve tener conto delle determinanti della Salute e del suo funzionamento oltre che del contesto, il quale può presentarsi come una risorsa piuttosto che come degli ostacoli o barriere. Segnaliamo tra gli altri, il documento dell'ISS per le persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale¹².

Ulteriori approfondimenti e indicazioni per l'ambito NEUROPSICHIATRIA INFANTILE vengono fornite dalla Circolare del Ministero della Salute del 23 aprile 2020: COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza¹³.

⁹ Royal College of SLTs. COVID-19: Maximising the contribution of the speech and language therapy workforce. 17/04/2020 <https://www.rcslt.org/-/media/docs/Covid/Redeployment-of-SLTs.pdf?la=en&hash=3C2813F34D7A8B3F44D4A72CCBAD9FECF28ADE3F>

¹⁰ NVLF. Fact sheet Covid-19. 04/04/2020 <https://www.nvlf.nl/dossier-corona>

¹¹ ASHA. Telepractice Resources During COVID-19 <https://www.asha.org/About/Telepractice-Resources-During-COVID-19/>

¹² Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+8_2020+autismo.pdf/ac710f59-a9f1-3de9-b089-9285b977916d?t=1587106995394

¹³ COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza:



ATTIVITA' INDEROGABILI: alcuni esempi.

IL PAZIENTE COMPLESSO DISFAGICO

Il Logopedista ha un ruolo elettivo nella gestione multidisciplinare del paziente complesso/polipatologico disfagico che ha compromesse funzioni vitali come l'alimentazione; in questo caso si tratta di attività inderogabile in qualsiasi fase dell'emergenza.

VALUTAZIONE DEL RISCHIO: La valutazione e l'eventuale presa in carico in questo ambito sono interventi a rischio di esposizione da Covid-19 per due motivi. Innanzitutto, i sintomi della disfagia sono in parte sovrapponibili a quelli da infezione da SARS-CoV-2 (tosse, febbre, difficoltà respiratorie); in secondo luogo, in tali interventi si presenta tosse riflessa o volontaria, con rischio di trasmissione tramite aerosol.

Pertanto, in riferimento al rischio e alla sicurezza in clinica logopedica, viene raccomandato di eseguire le valutazioni della deglutizione esclusivamente nei pazienti stabilizzati clinicamente. Qualora si decida di procedere con la valutazione e la presa in carico riabilitativa della disfagia, sono necessarie precauzioni idonee per gli operatori sanitari, al fine di preservare sé stessi e prevenire la trasmissione del virus secondo le indicazioni del Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni¹⁴

La Federazione Logopedisti Italiani ha pubblicato le raccomandazioni per la gestione del paziente disfagico nel documento "La gestione del paziente Disfagico nella clinica logopedica: prevenzione, rischio e sicurezza", scaricabile [all'allegato 1](#).

LOGOPEDIA IN AREA CRITICA

Il logopedista che lavora o che sarà impegnato in Area Critica, dovrebbe ricevere nel luogo di lavoro idonea formazione e supervisione all'attuazione delle misure di prevenzione e gestione del rischio. Un gruppo di studio FLI ha elaborato un documento di sintesi e riflessione su tale area, delineando il ruolo del logopedista nell'ambito della Deglutizione e della Comunicazione.

Il documento è scaricabile [all'allegato 2](#).

Tali riflessioni sono state fatte anche per l'età neonatale e pediatrica

Il documento è scaricabile [all'allegato 3](#).

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73902&parte=1%20&serie=nul>

¹⁴ Istituto Superiore di Sanità: Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da CoViD-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2 +Protezioni REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473>

L'INTERVENTO LOGOPEDICO A DISTANZA

In questa crisi pandemica, la comunità professionale internazionale ha messo in atto tutte le migliori forze intellettuali per trovare soluzioni efficaci ed efficienti per non abbandonare i propri assistiti e raggiungerli in piena sicurezza. Le *modalità di intervento a distanza* si prestano in particolar modo alla continuità assistenziale in logopedia in sicurezza rispetto al contagio da CoViD-19, garantendo allo stesso tempo l'efficacia del trattamento. Tali modalità sono sempre più comuni nell'attuale quadro di pandemia, per tutte le professioni¹⁵.

Esse possono essere incrementate attraverso:

1. l'utilizzo di strumenti già esistenti, come ad esempio:
 - programmi di teleriabilitazione su piattaforme protette interattive
 - programmi di teleconferenza
 - software dedicati
 - app per smartphone e tablet
2. tutoring di attività selezionate, svolte individualmente dal paziente
3. l'implementazione di tutorial per l'educazione terapeutica e riabilitativa rivolti ai pazienti e/o ai caregivers
4. colloqui e counseling con gestione da remoto (telefono, Skype, video-conferenza, ecc.)

L'obbligo a rimanere in casa e la chiusura delle scuole e dei centri diurni per disabili hanno aumentato le ore di possibile intervento mediato dalle famiglie (intervento indiretto) con conseguente necessità di Parent Training/Coaching. In molti casi la famiglia si è confermata una risorsa importante nell'intervento con bambini piccoli, anche con gravi disabilità. A tale proposito, si rende indispensabile la massima condivisione della scelta della modalità a distanza dell'intervento logopedico, informando la famiglia sugli obiettivi e fornendo informazioni utili all'utilizzo della modalità tecnologica.

Considerata l'importanza del contesto familiare, si ritiene fondamentale ricordare alcuni criteri:

- la disponibilità del genitore/care-giver a ricevere servizi a distanza, fermo restando che la candidatura per la ricezione di servizi a distanza dovrebbe sempre essere valutata prima di avviare le sedute in quanto l'età e altre caratteristiche del paziente possono condizionare l'appropriatezza e l'efficacia dei servizi forniti;
- l'accesso alle risorse telematiche (ad esempio disponibilità di computer con webcam/cellulare con webcam, app predisposte alla videochiamata, connessione internet adeguata);
- il setting appropriato (stanza silenziosa con minime o nessuna forte distrazione).

La scelta della modalità di intervento (sincrona, asincrona, ibrida) e il suo adattamento al singolo caso richiedono competenza e riflessione. È possibile che gli obiettivi del trattamento vadano rimodulati. Gli incontri, i materiali da utilizzare e gli strumenti tecnologici, vanno pianificati per tempo e nell'ottica di mantenere costante l'attenzione dell'utente.

¹⁵ Istituto Superiore di Sanità: Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf>



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



La prestazione a distanza si configura come prestazione professionale a tutti gli effetti. Essa infatti può essere erogata da strutture del Servizio Sanitario, strutture accreditate e studi privati, sotto le abituali coperture assicurative e con gli abituali onorari e accordi contrattuali.

La Federazione Logopedisti Italiani, in particolare la Commissione Libera Professione, ha predisposto un opuscolo “L’Attività a Distanza del Logopedista. Smart Working nell’Emergenza CoViD-19” per aiutare i logopedisti nella preparazione a questa attività. L’opuscolo, inclusivo dei moduli specifici sul consenso informato e sulla privacy, è **scaricabile [all'allegato 4](#)**.

Mentre finora si è pensato all’attività a distanza principalmente come a uno strumento di continuità dell’intervento, con pazienti già noti, l’attuale prolungarsi dei tempi del distanziamento sociale e la difficoltà a prevederne il termine, ci indurranno probabilmente a trovare le giuste modalità a distanza anche per la valutazione e per la presa in carico di nuovi pazienti.

IL DPCM 10 APRILE*

In riferimento al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri [10 aprile 2020](#) e alla comparazione con i DPCM precedenti, e con le rispettive liste dei codici ATECO allegate, si evidenzia che non si è modificato nulla rispetto alle attività sanitarie che rimangono regolate dalla non procrastinabilità, dalle misure di distanziamento e dall’uso dei DPI.

Sarà compito del Logopedista identificare, in riferimento ai criteri di esercizio professionale, i casi derogabili o non derogabili e, nel caso, attuare le procedure di

- ✓ sanificazione degli ambienti
- ✓ pre-triage, triage e accoglienza
- ✓ utilizzo degli opportuni DPI

al fine di assicurare la salvaguardia della salute propria e del paziente.

Il DPCM 10 aprile 2020 conferma altresì che “le attività produttive sospese possono comunque proseguire se organizzate con modalità a distanza o lavoro agile”, per i quali sono state date indicazioni operative per il Logopedista, in riferimento all’emergenza COVID-19, pubblicate sul portale della AMR FLI.

È contestualmente necessario che ogni Logopedista faccia riferimento anche alla normativa della regione su cui insiste la sua attività. Sono infatti state pubblicate in diverse regioni le modalità di ripresa delle attività in presenza per ulteriori tipologie di prestazioni, nelle strutture accreditate col Servizio Sanitario Regionale. La scelta tra ripresa dell’attività in presenza, modalità a distanza o sospensione viene presa dal direttore sanitario della struttura in accordo con l’equipe. Tuttavia, l’ultima parola nella scelta spetta all’utente o suo tutore, che può scegliere di continuare a non avere alcun contatto con gli operatori.

Il DPCM 10 aprile ha portato comunque i professionisti la cui attività era stata sospesa o autosospesa ad interrogarsi sulla ripresa del lavoro: con quali pazienti e con quali accorgimenti?

Il protrarsi del periodo di sospensione e la gestione delle fasi successive ci porterà a vedere tutti i nostri pazienti, tranne pochi casi, come inderogabili, poiché il loro bisogno di salute è rimasto a lungo senza risposta e il loro diritto alla abilitazione/riabilitazione e al miglioramento della qualità della vita appare ora inderogabile.

Tale inderogabilità in alcuni casi non riesce a conciliarsi né con l’intervento a distanza né con le precauzioni obbligatorie per l’intervento in presenza né col diritto del professionista a tutelare la propria salute. In tali casi bisognerà fare la migliore scelta possibile supportata dalla normativa vigente e, se possibile, dalla condivisione con l’equipe di riferimento, nonché dalla discussione con l’utente o il suo tutore.



* Come da Raccomandazioni F.L.I. per l'attività del logopedista ai tempi del coronavirus www.fli.it in data 8 marzo 2020 e successivi aggiornamenti.

IL DPCM 26 APRILE

Il [DPCM del 26 aprile](#) ci conduce verso la FASE 2, fermo restando che siano assunti protocolli di sicurezza anti-contagio e, laddove non fosse possibile rispettare la distanza interpersonale di un metro come principale misura di contenimento, l'adozione di strumenti di protezione individuale.

In particolare segnaliamo:

- articolo 3 comma 1 punto b):
“È fatta espressa raccomandazione a tutte le persone anziane o affette da patologie croniche o con multimorbilità ovvero con stati di immunodepressione congenita o acquisita, di evitare di uscire dalla propria abitazione o dimora fuori dai casi di stretta necessità.”

articolo 3 comma 2:

“Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19 è fatto obbligo sull'intero territorio Nazionale di usare protezioni delle vie respiratorie nei luoghi confinati aperti al pubblico inclusi i mezzi di trasporto e comunque in tutte le occasioni in cui non sia possibile garantire continuamente il mantenimento della distanza di sicurezza. Non sono soggetti all'obbligo i bambini al di sotto dei 6 anni, nonché i soggetti con forme di disabilità non compatibili con l'uso continuativo della mascherina ovvero i soggetti che interagiscono con i predetti”

articolo 3 comma 3:

“ai fini di cui al comma 2 possono essere usate mascherine di comunità, ovvero mascherine monouso o mascherine lavabili, anche auto-prodotte”

- articolo 8: Ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità

Benchè quanto dettato dal DPCM 26 aprile risenta di una proiezione verso la FASE 2, si raccomanda per la professione sanitaria del logopedista di riferirsi a quanto indicato nel paragrafo successivo, per la protezione propria e dell'assistito.

LA SCELTA DEI DPI

I Dispositivi di Protezione Individuale da droplets, contatto e via aerea per aerosol sono:

- Mascherina
- Occhiali o visiera
- Guanti
- Copri camice o camice monouso
- Copri scarpe
- Copricapo
- Tuta monouso

Le mascherine attualmente più raccomandate a loro volta si distinguono in:

- Chirurgiche
- FFP2 senza valvola
- FFP3 senza valvola



MASCHERE DI PROTEZIONE

Le tipologie di mascherine maggiormente utilizzate:

MASCHERA CHIRURGICA	FFP2/FFP3 (o N95/N99)
<p>Protezione verso l'esterno: Trattiene le sole particelle emesse da chi la indossa. Non ha la funzione di proteggere il portatore da agenti patogeni esterni;</p> <p>Viene utilizzata per evitare che chi la indossa propaghi il virus attraverso starnuti e colpi di tosse;</p> <p>E' più comoda dato che veste in maniera più larga sul volto;</p> <p>Può essere indossata dai cittadini;</p> <p>Si trova di frequente presso le farmacie.</p>	<p>Protezione verso chi le indossa: Filtrano l'aria inspirata proteggendo chi le indossa ed alcune tipologie filtrano anche l'aria espirata (protezione verso l'esterno);</p> <p>Livelli raccomandati dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità). Le FFP2 filtrano oltre il 92% delle particelle in sospensione, le FFP3 arrivano a valori pari o superiori al 98%;</p> <p>Devono aderire al volto ed essere indossate correttamente (vedere istruzioni);</p> <p>Vanno indossate prevalentemente dal personale sanitario come da indicazione OMS</p> <p>Si trovano presso rivenditori specializzati.</p>

ASSOSISTEMA ASSOSISTEMA SAFETY Produzione, Distribuzione e Manutenzione di DPI

La scelta dell'adeguato dispositivo dipenderà da:

- Setting (ospedaliero, ambulatoriale, domiciliare)
- Condizioni del paziente rispetto al contagio
- Attività da svolgere

Si sceglieranno “i DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione con maggiore rischio”¹⁶.

¹⁶ Istituto Superiore di Sanità: Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da CoViD-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2+Protezioni+REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473>

Tabella 1. DPI e dispositivi medici raccomandati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione.

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Arete di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19⁵	Operatori sanitari (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID 19	Mascherina chirurgica o FFP2 in specifici contesti assistenziali ⁶ Camice monouso /grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol ⁷	FFP3 o FFP2 Camice /grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 o mascherina chirurgica se non disponibile Camice /grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a mascherina/visiera) Guanti
	Addetti alle pulizie (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice /grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

⁵ in UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifying Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti

⁶ In contesti assistenziali ove vengono concentrati numerosi pazienti COVID-19, se sottoposti a CPAP/NIV, è necessario il ricorso a FFP2. Anche laddove non sia praticata CPAP/NIV è comunque preferibile, ove disponibili, il ricorso a filtranti facciali in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga conto anche del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente

⁷ Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione, estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione, NIV, BiPAP, CPAP, tampone nasofaringeo.

	Visitatori (necessario limitare l'accesso) ⁸	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (ad esempio reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI ⁹ Indossare mascherina chirurgica e guanti monouso solo in caso di trasporti prolungati (tempo superiore a 15 minuti)
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta il contatto diretto	Vetrata Interfono citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile o indossare Mascherina chirurgica
		Screening con contatto diretto paziente COVID 19 positivo o sospetto	Mascherina chirurgica Camice monouso /grembiule monouso Guanti monouso occhiali /visiera protettivi

⁸ I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario

⁹ In alcuni ambiti assistenziali sanitari, si valuti la possibilità di uso della mascherina chirurgica come presidio utilizzare all'interno dell'ospedale tout court per tutti i sanitari al fine di ridurre la trasmissione da eventuali operatori sanitari infetti

	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 metro (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile; alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 metro da terzi
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio Locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (Si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dagli utenti di almeno 1 metro

Nel caso in cui un caso sospetto di COVID-19 dovesse avere accesso in un Ambulatorio territoriale, si rimanda alla Sezione "Strutture sanitarie" box Triage; contattare a cura dell'operatore sanitario dell'Ambulatorio il numero verde regionale/112, avendo cura di acquisire i nominativi e i recapiti di tutto il personale e dell'utenza presente in sala d'attesa, sempre considerando la distanza dal caso sospetto di COVID-19 inferiore a 1 metro, prima che tali soggetti abbandonino la struttura.

(segue)

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica (FFP2 in specifici contesti assistenziali) ¹⁰ Camice / grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	I DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione con maggiore rischio.
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Operatori addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso.	Mascherina chirurgica Camice / grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

¹⁰ In contesti assistenziali sul territorio ove vengono assistiti numerosi pazienti COVID-19, può essere preso in considerazione il ricorso a FFP2, in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga anche conto del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.

Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adottabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI. Distanza di almeno 1 metro
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative	Non sono necessari DPI
Accettazione utenti	Operatori sanitari	Screening preliminare senza contatto diretto ¹¹	Non sono necessari DPI mantenuta la distanza di almeno un metro, altrimenti mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza a domicilio	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica ¹² Camice / grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/ occhiale a mascherina/visiera
	Caso sospetto con sintomi respiratori – paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente

¹¹ Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro.

¹² In contesti assistenziali omologabili a quelli ospedalieri, quali strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, hospice, ospedali di comunità, e altri contesti domiciliari ove siano concentrati pazienti con COVID-19, va preso in considerazione l'utilizzo di FFP2, ove disponibili, anche sulla base di una valutazione del rischio

Alcuni logopedisti sono chiamati a lavorare, in ambiente ospedaliero, con pazienti non ancora guariti o sospetti. In questo caso, la protezione sarà la massima possibile e la mascherina sarà la FFP3 per il logopedista e la chirurgica per il paziente.



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



I pazienti senza sintomi respiratori, al momento attuale, vanno considerati come potenziali portatori sani e dovranno anche loro portare la mascherina chirurgica, mentre il logopedista indosserà la mascherina chirurgica o la FFP2 a seconda dell'attività e della distanza più o meno ravvicinata dal paziente. Qualora l'attività sia a rischio di generare aerosol, la mascherina sarà la FFP3.

Il logopedista può trovarsi a lavorare con soggetti che non tollerano la mascherina e in questo caso sceglierà per sé la mascherina FFP2 o la FFP3.

I guanti monouso andranno indossati (e cambiati ad ogni paziente) dal logopedista e dal paziente che, in caso di impossibilità a indossare i guanti o a trovarli della misura adatta, potrà ricorrere all'igienizzazione delle mani con gel alcoolico prima e dopo la seduta.

Lasciando la tuta monouso e il casco ai contesti più delicati, l'uso degli altri dispositivi è comunque consigliato: indossare il camice monouso all'ingresso nello studio e toglierlo all'uscita; indossare la protezione per gli occhi all'ingresso nello studio e sanificarla all'uscita; indossare copri scarpe e copricapo nello spogliatoio o nell'anticamera e toglierli all'uscita.

La schermatura della bocca ad opera della mascherina appare un grosso limite per il lavoro del logopedista più che per altri. Andrà quindi valutato attentamente il setting preferibile per ogni caso: di persona con mascherina o a distanza senza mascherina, eventualmente combinando le due modalità e diversificando le attività a seconda della modalità.

E' allo studio la fattibilità di mascherine con inserto trasparente, fermo restando che ogni dispositivo utilizzato deve avere l'omologazione.

UTILIZZO MASCHERINE ETA' EVOLUTIVA (0-18 ANNI)

È indispensabile dotare la popolazione pediatrica di mascherine specificamente costruite adatte alle fasce di età, dai 36 mesi in su. Sarà fondamentale disporre quando riprenderanno le attività scolastiche.

I Criteri consigliati dalla Società Italiana di Pediatria sono:

- 1) 0 – 36 mesi – età del Nido (uso dei DPI da parte delle persone a contatto con i bambini);
- 2) 37 mesi – 6 anni (mascherine con caratteristiche di stabilità di tenuta, con componente elastica che ne consenta l'adesione al volto, con caratteristiche antisoffocamento, con materiale non allergizzante);
- 3) 7 anni – 13 anni (mascherine tipo quelle per l'età adulta);
- 4) 14 anni – 18 anni (mascherine tipo quelle per l'età adulta).
- 5) Per tutti i soggetti con fragilità l'uso della mascherina è indicato/obbligatorio da parte delle persone a contatto con loro. Dai 36 mesi, mascherine tipo FFP2 di taglia adatta.

È auspicabile che le mascherine per l'età evolutiva (ma anche quelle indossate dagli adulti a contatto) siano le più protettive in base al criterio di massima tutela possibile¹⁷.

¹⁷ Società Italiana di Pediatria https://www.sip.it/wp-content/uploads/2020/04/documento_sip.pdf



SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI E SMALTIMENTO DEI DPI

La qualità dell'aria indoor assume una rilevante importanza nella protezione, tutela e prevenzione della salute dei cittadini e dei lavoratori¹⁸. Adeguate norme comportamentali rivestono un ruolo importante nel miglioramento della qualità dell'aria indoor e, in relazione al contenimento o rallentamento della trasmissione del SARS-CoV-2, assumono un particolare rilievo.

Si raccomanda:

- il frequente ricambio d'aria, soprattutto tra un appuntamento e l'altro;
- pulizia delle superfici, con detergenti disinfettanti o alcol etilico al 75% o ipoclorito di sodio al 0,5%. In particolare, tra un appuntamento e l'altro, pulire le superfici di maggiore contatto come porte, maniglie, interruttori;
- pulizia degli oggetti manipolati, come tastiere, telefoni, giochi¹⁹. Consigliabile l'uso di cancelleria personale per ogni utente. Consigliabile eliminare gli oggetti dalla sala d'attesa;
- pulizia frequente dei filtri dei condizionatori.

Ricordare di riporre sempre i detergenti in un luogo non accessibile ai bambini.

L'igiene dell'ambiente è garantita anche dal corretto smaltimento dei DPI. I monouso vanno riposti in un sacchetto subito dopo l'uso e poi buttati nell'indifferenziato, poiché non possono essere riciclati. Lavare le mani dopo aver eliminato i DPI.

Per ulteriori raccomandazioni fare riferimento anche alle direttive delle Istituzioni territoriali.

¹⁸ Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-5-2020.pdf>

¹⁹ Procedura operativa disinfezione giochi pediatria <http://www.aslal.it/allegati/PROCEDURA%20OPERATIVA%20DISINFEZIONE%20GIOCHI%20PEDIATRIA.pdf>

nuovo coronavirus

Consigli per gli ambienti chiusi

Ricambio dell'aria

- Garantire un buon ricambio d'aria in tutti gli ambienti: casa, uffici, strutture sanitarie, farmacie, parafarmacie, banche, poste, supermercati, mezzi di trasporto.
- Aprire regolarmente le finestre scegliendo quelle più distanti dalle strade trafficate.
- Non aprire le finestre durante le ore di punta del traffico e non lasciarle aperte la notte
- Ottimizzare l'apertura in funzione delle attività svolte.

Pulizia

- Prima di utilizzare i prodotti per la pulizia leggi attentamente le istruzioni e rispetta i dosaggi d'uso raccomandati sulle confezioni (vedi simboli di pericolo sulle etichette).
- Pulire i diversi ambienti, materiali e arredi utilizzando acqua e sapone e/o alcol etilico 75% e/o ipoclorito di sodio 0,5%. In tutti i casi le pulizie devono essere eseguite con guanti e/o dispositivi di protezione individuale.
- Non miscelare i prodotti di pulizia, in particolare quelli contenenti candeggina o ammoniaca con altri prodotti.
- Sia durante che dopo l'uso dei prodotti per la pulizia e la sanificazione, arieggiare gli ambienti.

Impianti di ventilazione

A casa

- Pulire regolarmente le prese e le griglie di ventilazione dell'aria dei condizionatori con un panno inumidito con acqua e sapone oppure con alcol etilico 75%.

Negli uffici e nei luoghi pubblici

- Gli impianti di ventilazione meccanica controllata (VMC) devono essere tenuti accesi e in buono stato di funzionamento. Tenere sotto controllo i parametri microclimatici (es. temperatura, umidità relativa, CO₂).
- Negli impianti di ventilazione meccanica controllata (VMC) eliminare totalmente il ricircolo dell'aria.
- Pulire regolarmente i filtri e acquisire informazioni sul tipo di pacco filtrante installato sull'impianto di condizionamento ed eventualmente sostituirlo con un pacco filtrante più efficiente.



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

In generale per procedere alla valutazione della situazione ed eventuale prenotazione dell'incontro in presenza si attuano procedure di TRIAGE. La procedura del Triage è affidata a diversi referenti a seconda della peculiarità della propria organizzazione.

TRIAGE GENERALE

1° STEP: Verificare se il paziente è stato in contatto nelle ultime 3 settimane con persone positive a COVID 19 o con sintomi influenzali o respiratori o alterazioni del gusto o dell'olfatto. Verificare se presenta sintomi influenzali o respiratori. Verificare se ha una temperatura corporea superiore a 37.5°.

2° STEP: In qualsiasi caso si attiva il contatto telefonico per valutare l'urgenza della situazione e stabilire se non sia possibile procedere con sedute in video-chiamata.

3° STEP: Accesso alla struttura. Presentarsi all'appuntamento da soli o accompagnati da una sola persona come minimo 5 minuti prima dell'orario indicato (non prima), muniti di DPI, che verranno indossati una volta entrati.

Considerata l'importanza di una maggiore responsabilità e collaborazione alla prevenzione del rischio e alla sicurezza, è opportuno richiedere una autocertificazione (vedi modello sotto riportato, dal Rapporto ISS COVID 19 n.4-2020 Rev. 17 aprile²⁰)

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare in una nota*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confirmata di infezione da coronavirus (COVID-19)?	
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?	
<input type="checkbox"/> febbre	
<input type="checkbox"/> tosse secca	
<input type="checkbox"/> respiro affannoso/difficoltà respiratorie	
<input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi	
<input type="checkbox"/> mal di testa	
<input type="checkbox"/> raffreddore (naso chiuso e/o naso che cola)	
<input type="checkbox"/> mal di gola	
<input type="checkbox"/> congiuntivite	
<input type="checkbox"/> diarrea	
<input type="checkbox"/> perdita del senso del gusto (ageusia)	
<input type="checkbox"/> perdita del senso dell'olfatto (anosmia)	
(*) Nota: _____	
DATI ANAGRAFICI	
Cognome _____	Nome _____
Data di Nascita _____	Luogo di Nascita _____
Comune di Residenza _____	Via _____
Domicilio attuale (se diverso dalla residenza) _____	
Contatto telefonico _____	
Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445	
Data _____	Firma _____

²⁰ Rapporto ISS COVID 19 n.4-2020 Rev. 17 aprile https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.4-2020_Rev.+17+aprile+2020.pdf/72b800f5-0c42-b554-1c9e-122c32be5f4f?t=1587226433458



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Valutazione dell'ambulatorio

Va verificata l'effettiva possibilità di attuare trattamenti in presenza rispetto alle caratteristiche volumetriche, ambientali e degli arredi dell'ambulatorio, soprattutto con pazienti complessi.

Andrebbero identificati volumi più ampi soprattutto con pazienti con cui il distanziamento fisico è difficilmente attuabile.

Gestione della sala d'attesa

Per limitare la presenza di persone in sala d'attesa, distanziare adeguatamente gli appuntamenti. Gli utenti dovranno sempre mantenere le misure di distanziamento sociale.

Dotare la sala d'attesa di gel disinfettante e di infografiche dedicate all'emergenza, in modo tale che siano ben chiare tutte le indicazioni a tutela della sicurezza dei cittadini.

L'intervento del logopedista in ambito Domiciliare

Anche in questo ambito il logopedista deve conoscere la situazione del paziente rispetto allo stato attuale. È opportuno prima di recarsi nell'abitazione del paziente che questi sia contattato telefonicamente, rivolgendogli delle domande per ottenere queste informazioni:

1. non positivo COVID-19
2. temperatura corporea non superiore a 37.5° rilevata in quel momento
3. assenza di tosse e raffreddore
4. non presenza di contatti con altre persone sintomatiche, con sospetto COVID-19 (nella cerchia familiare o esterno relativo all'assistenza come badanti) o in quarantena

Se tutte queste informazioni sono disponibili, in modo sicuro e affidabile, la prestazione è possibile.

Altre precauzioni sono quella di far arieggiare il locale prima dell'arrivo del logopedista e che durante l'intervento non devono essere presenti nella stanza del paziente altre persone (paziente da solo). Solo se è indispensabile e per il tempo necessario può essere ammesso un care-giver con mascherina. Il paziente deve (se la tollera) indossare una mascherina chirurgica, togliendola solo se assolutamente necessario per la valutazione diretta del logopedista.

Il logopedista deve avere in dotazione :

1. Camice monouso
2. Guanti monouso
3. Mascherina Chirurgica (se non è indicata la FFP2)
4. Occhiali o preferibilmente visiera

I DPI monouso devono essere gettati nella spazzatura indifferenziata, nella casa del paziente.



LA CURA DI SÉ

L'attività fisica ha un ruolo prioritario per la salute psicofisica. Tenersi in esercizio, infatti, aiuta a prevenire una serie di malattie o ad evitare che peggiorino e a mantenere un peso giusto per il proprio fisico. Fare ogni giorno movimento è anche un modo semplice ed efficace per tenere a bada lo stress e la frustrazione, anche nell'attuale situazione legata all'emergenza da COVID-19. Con l'esercizio fisico si scaricano le tensioni accumulate (con una riduzione dell'agitazione e della conflittualità), aumentano le energie e lo stato di benessere generale, migliora la qualità del sonno, l'autostima, la fiducia in se stessi²¹.

È normale sentirsi tristi, stressati, confusi o spaventati durante una crisi. Parlare con persone di cui ci si fida può aiutare. Contattare gli amici e la famiglia. Se si deve rimanere a casa, mantenere uno stile di vita sano - dieta corretta, sonno, esercizio fisico - e i contatti sociali con i propri cari e amici via e-mail e telefono²².

Dato il maggior uso di video conferenze, teleriabilitazione e comunicazione via telefono, è opportuno curare la voce mantenendo la giusta idratazione e intervallando al lavoro vocale pause di adeguata lunghezza. A tal proposito si veda "Voce e Logopedia a distanza" da [scaricare all'allegato 6](#).

²¹ EpiCentro ISS. Manteniamoci attivi, anche a casa! <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-attivita-fisica>

²² Ministero della Salute. Far fronte allo stress durante l'epidemia di Covid-19
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4169_0_file.pdf

Far fronte allo stress durante l'epidemia di COVID-19

Traduzione italiana delle infografiche OMS Sezione "Advice for public"

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

How to cope with stress during 2019-nCoV outbreak



È normale sentirsi tristi, stressati, confusi o spaventati durante una crisi. Parlare con persone di cui ti fidi ti può aiutare. Contatta gli amici e la famiglia.

Se devi rimanere a casa, mantieni uno stile di vita sano - dieta corretta, sonno, esercizio fisico - e i contatti sociali con i tuoi cari e i tuoi amici via e-mail e telefono.

Non fumare, non bere alcolici o peggio ancora non usare droghe per affrontare le tue emozioni.

Se ti senti sopraffatto dall'angoscia, parla con un operatore sanitario o con un consulente.

Raccogli le informazioni che ti possano aiutare a determinare con precisione il rischio in modo da poter prendere precauzioni ragionevoli.

Trova una fonte scientifica attendibile come il sito web dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) o una istituzione governativa del tuo paese.

Cerca di limitare la preoccupazione e l'agitazione riducendo il tempo che tu e la tua famiglia trascorrete guardando o ascoltando i media che percepisci come sconvolgenti.

Ricorda come in passato hai affrontato le avversità della vita per gestire le tue emozioni durante il momento difficile di questa emergenza.

Aiuta i bambini a far fronte allo stress durante l'epidemia COVID-19

Traduzione italiana delle infografiche OMS Sezione "Advice for public"

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak



World Health Organization Helping children cope with stress during the 2019-nCoV outbreak

Children may respond to stress in different ways such as being more clingy, anxious, withdrawing, angry or agitated, bedwetting etc.
Respond to your child's reactions in a supportive way, listen to their concerns and give them extra love and attention.

Children need adults' love and attention during difficult times. Give them extra time and attention.
Remember to listen to your children, speak kindly and reassure them.

Try and keep children close to their parents and family and avoid separating children and their caregivers to the extent possible. If separation occurs (e.g. hospitalization) ensure regular contact (e.g. via phone) and re-assurance.

Keep to regular routines and schedules as much as possible, or help create new ones in a new environment, including school/learning as well as time for safely playing and relaxing.

Provide facts about what has happened, explain what is going on now and give them clear information about how to reduce their risk of being infected by the disease in words that they can understand depending on their age.
This also includes providing information about what could happen in a re-assuring way (e.g. a family member and/or the child may start not feeling well and may have to go to the hospital for some time so doctors can help them feel better).

I bambini possono rispondere allo stress in diversi modi, come essere più insistenti, ansiosi, arrendevoli, arrabbiati, oppure essere agitati, bagnare il letto ecc.

Rispondi alle loro reazioni appoggiandoli, ascolta le loro preoccupazioni e dai loro più amore e attenzione.

Cerca di tenere i bambini accanto a te, per quanto possibile. Falli giocare e rilassare.

In caso di separazione (ad es. ricovero in ospedale) stabilisci contatti regolari (ad es. via telefono) e rassicurali.

Parla di ciò che è accaduto, spiega cos'è ora in corso e fornisci loro informazioni chiare con parole che possono capire a seconda della loro età.

I bambini hanno bisogno dell'amore e dell'attenzione degli adulti durante tempi difficili. Concedi loro più tempo e attenzione.

Ricorda di ascoltare i tuoi figli, parla con gentilezza e rassicurarli. Se ti è possibile, trova il tempo per giocare un po' con loro.

Segui regolarmente le routine e gli orari in un nuovo ambiente, compresa la scuola / apprendimento e tempo per giocare in sicurezza e rilassarsi.

Fornisci fatti su ciò che è accaduto, spiega cos'è ora in corso e fornisci loro informazioni chiare su come per ridurre il rischio di essere contagiati dalla malattia con parole che possono capire a seconda della loro età.

Ciò include anche fornire informazioni su cosa potrebbe accadere in modo rassicurante (ad esempio un membro della famiglia e / o il bambino potrebbe iniziare a non sentirsi bene e potrebbe andare in ospedale per un po' di tempo).

LA RESILIENZA



RESILIENZA:

La Resilienza è l'abilità di superare le avversità, di affrontare i fattori di rischio, di rialzarsi dopo una crisi, più forti e più ingegnosi di prima.

Come Cittadini e come Professionisti siamo stati sottoposti ad un evento traumatico al quale abbiamo saputo adattarci rapidamente, resistendo ai condizionamenti dovuti e trovando nuove opportunità di vita e di lavoro. Ci aspetta un periodo altrettanto impegnativo, ma con la consapevolezza di avere più strumenti per affrontare questa nuova vita.



RIFERIMENTI

1. Portale Ministero della Salute, Area Nuovo Coronavirus:
<http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
2. Covid-19 Raccomandazioni per gli Operatori Sanitari:
<http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5373&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>
3. Inail, tre parametri per classificare le attività produttive:
<https://www.google.it/amp/amp.ilsole24ore.com/pagina/ADABgkL>
4. Protocollo condiviso in tema di Salute e Sicurezza <https://www.assolombarda.it/servizi/salute-e-sicurezza-sul-lavoro/informazioni/covid-19-fase-2-integrazioni-al-protocollo-condiviso-in-tema-di-salute-e-sicurezza>
5. Coronavirus, le misure adottate dal Governo:
<http://www.governo.it/it/coronavirus-misure-del-governo>
6. Tabella di comunicazione per terapia intensiva:
<https://www.widgit.com/products/health/critical-care-covid-19-communication-chart-italian-v2.pdf>
7. Check-list telefonata paziente familiari:
<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Come%20comunicare%20con%20i%20familiari%20in%20condizioni%20di%20completo%20isolamento.pdf>
8. Infografica Stop the Virus:
<https://aphasia.org.au/wp-content/uploads/2020/03/Stop-the-spread-of-germs-poster-QLD-Health.pdf>
9. Royal College of SLTs. COVID-19: Maximising the contribution of the speech and language therapy workforce. 17/04/2020
<https://www.rcslt.org/-/media/docs/Covid/Redeployment-of-SLTs.pdf?la=en&hash=3C2813F34D7A8B3F44D4A72CCBAD9FECF28ADE3F>
10. NVLF. Fact sheet Covid-19. 04/04/2020:
<https://www.nvlf.nl/dossier-corona>
11. ASHA. Telepractice Resources During COVID-19:
<https://www.asha.org/About/Telepractice-Resources-During-COVID-19/>
12. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2: <https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+8+2020+autismo.pdf/ac710f59-a9f1-3de9-b089-9285b977916d?t=1587106995394>
13. COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza:
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73902&parte=1%20&serie=null>
14. Istituto Superiore di Sanità: Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da CoViD-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2:



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2+Protezioni+REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473>

15. Istituto Superiore di Sanità: Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19:

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf>

16. Istituto Superiore di Sanità: Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2:

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID+2+Protezioni+REV.V6.pdf/740f7d89-6a28-0ca1-8f76-368ade332dae?t=1585569978473>

17. Società Italiana di Pediatria:

https://www.sip.it/wp-content/uploads/2020/04/documento_sip.pdf

18. Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2:

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-5-2020.pdf>

19. Procedura operativa disinfezione giochi pediatria:

<http://www.aslal.it/allegati/PROCEDURA%20OPERATIVA%20DISINFEZIONE%20GIOCHI%20PEDIATRIA.pdf>

20. Rapporto ISS COVID 19 n.4-2020 Rev. 17 aprile:

<https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.4-2020+Rev.+17+aprile+2020.pdf/72b800f5-0c42-b554-1c9e-122c32be5f4f?t=1587226433458>

21. EpiCentro ISS. Manteniamoci attivi, anche a casa!:

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-attivita-fisica>

22. Ministero della Salute. Far fronte allo stress durante l'epidemia di Covid-19:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_4169_0_file.pdf

ALLEGATI

Allegato1: La gestione del paziente Disfagico nella clinica logopedica: prevenzione, rischio e sicurezza

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

In primo luogo i sintomi della disfagia sono in parte sovrapponibili all'infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie); inoltre nella *Bedside Examination* della disfagia deve essere effettuata la valutazione della tosse riflessa e volontaria del paziente con rischio di trasmissione tramite aerosol. Nei pazienti tracheostomizzati, inoltre, il Blu Dye Test (Test di Valutazione della Disfagia nel paziente portatore di cannula tracheostomica) prevede la manovra di broncoaspirazione in tempi diversi per verificare la presenza di eventuale inalazione silente^{23,24}.

Pertanto, in riferimento al rischio e alla sicurezza in clinica logopedica, viene raccomandato di effettuare le valutazioni della disfagia esclusivamente nei pazienti che presentano i prerequisiti di stabilità clinica²⁵:

1. assenza di necessità di monitoraggio continuo cardio-respiratorio per avvenuto superamento di instabilità cardiocircolatoria in assenza di farmaci in infusione continua, crisi iper-ipotensive, aritmie "minacciose" o che inducano instabilità emodinamica (tachicardie ventricolari, extrasistoli polimorfe ripetitive)
2. assenza di Sepsis in atto definita come risposta infiammatoria acuta sistemica all'infezione, resa manifesta dalla presenza di 2 o più delle seguenti condizioni:
 - a. temperatura corporea $> 38^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$
 - b. frequenza cardiaca > 90 BPM
 - c. frequenza respiratoria > 20 atti/min o $\text{PCO}_2 < 32\text{mmHg}$
 - d. globuli bianchi $> 12.000/\text{mm}^3$, o $< 4.000/\text{mm}^3$ o $> 10\%$ di cellule immature
3. respiro autonomo da > 48 ore (anche se con O_2 terapia) con $\text{SaO}_2 > 90\%$, $\text{PO}_2 > 60$ mmHg, CO_2 non > 45 mmHg.
5. Assenza di Insufficienza acuta d'organo (es. IRA o diabete mellito mal controllato con la terapia insulinica) o multiorgano.

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

²³ Reverberi et al. (2019) Development of the Decannulation Prediction Tool in Patients With Dysphagia After Acquired Brain Injury JAMDA 20(4) 470-475

²⁴ Garuti et al. (2014) Swallowing disorders in tracheostomised patients: A multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols Multidisciplinary Respiratory Medicine 9(1),36

²⁵ Bargellesi et al. (2013) La gestione della cannula tracheostomica nelle persone con grave cerebrolesione acquisita: consenso a un protocollo condiviso April;27(1):9-16



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



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

Qualora si proceda alla Valutazione e alla presa in carico riabilitativa della disfagia (ivi compreso il protocollo di decannulazione^{23,24,25}) sono necessarie precauzioni idonee per gli operatori sanitari al fine di preservare sé stessi e prevenire la trasmissione per via aerosol del virus in ambito sanitario e sociosanitario come definito dal Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni²⁶.

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

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

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

²⁶ Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 INDICAZIONI AD INTERIM PER UN UTILIZZO RAZIONALE DELLE PROTEZIONI PER INFEZIONE DA SARS-COV-2 NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (ASSISTENZA A SOGGETTI AFFETTI DA COVID-19) NELL'ATTUALE SCENARIO EMERGENZIALE SARS-COV-2



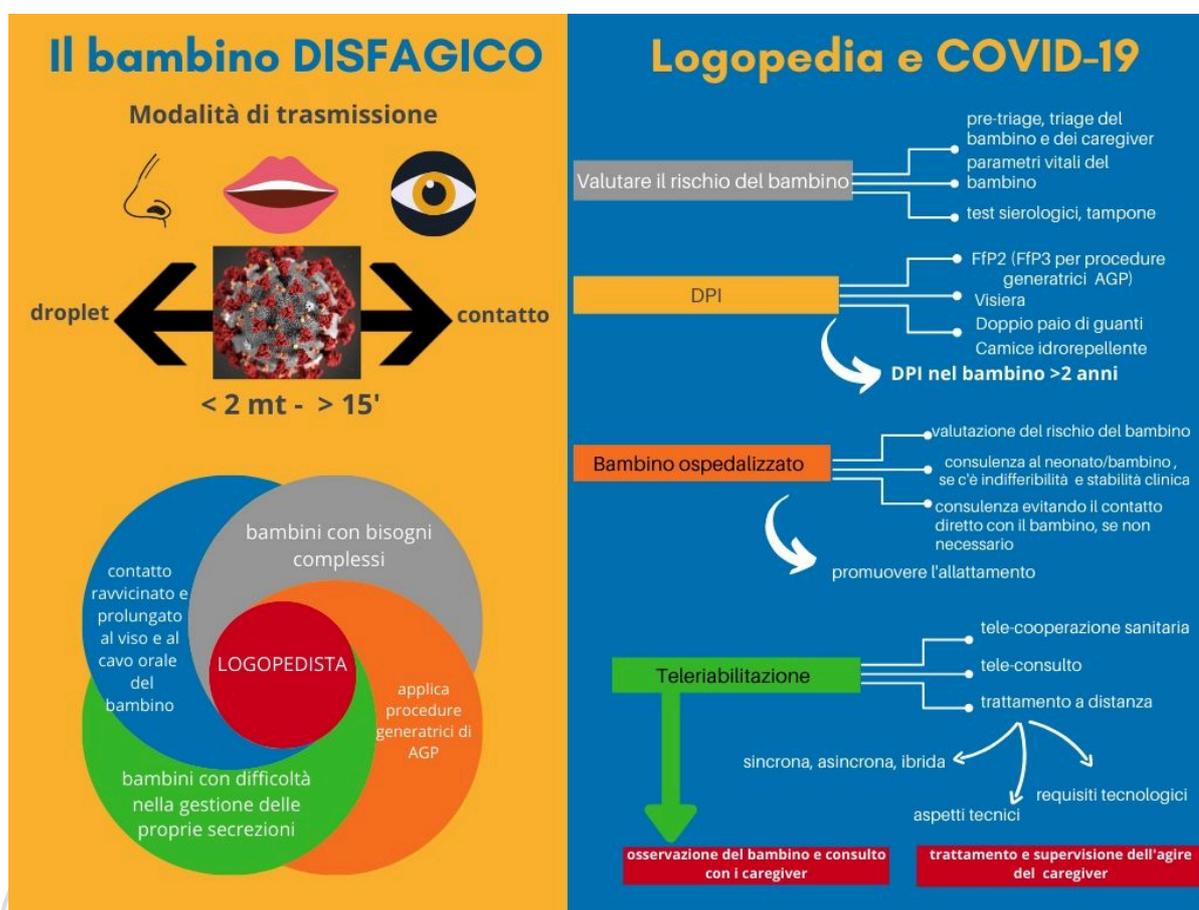
DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Allegato 2: Procedure e intervento logopedico durante l'emergenza COVID 19 in età neonatale e pediatrica

GRUPPO DISFAGIA ETA' EVOLUTIVA

PROCEDURE E INTERVENTO LOGOPEDICO DURANTE L'EMERGENZA COVID 19



A cura di: Caterina Apruzzese, Anna Barbot, Anita Barbanotti, Sara Bonazzi, Monica Compagni, Lucia De Stefano, Beatrice Feletti, Elena Grosso, Marta Majoli, Francesca Mariosa, Roberta Mirone, Laura Orazini, Monica Panella, Sara Panizzolo, Francesca Premier, Flavia Nardi, Isabella Roppa, Laura Rosi, Elena Zanon
Coordinatore: Anna Barbot

PROCEDURE E INTERVENTO LOGOPEDICO DURANTE L'EMERGENZA COVID 19

Sommario

IL BAMBINO DISFAGICO	PROCEDURE LOGOPEDICHE DURANTE L'EMERGENZA COVID-19	3
Sars COV-2		3
<i>Trasmissione</i>		3
Indicazioni generali		3
COVID-19 e la disfagia pediatrica		4
Procedure Logopediche con generazione di AGP nella disfagia pediatrica		4
Procedure da interrompere durante l'emergenza COVID-19		4
<i>Alto rischio</i>		4
<i>Basso rischio</i>		4
Precauzioni per generazione di aerosol		5
Dispositivi di protezione individuale (DPI)		5
<i>DPI per i bambini</i>		5
LOGOPEDIA IN AREA CRITICA NEONATALE/PEDIATRICA IN TEMPO DI COVID19		8
I sintomi del COVID 19 nei neonati/lattanti/bambini		8
Indicazioni per il logopedista		8
<i>Neonato</i>		8
<i>Bambino</i>		8
Gestione del Follow-up		9
Regole generali per l'attività ambulatoriale		9
Allattamento in tempo di COVID19-Sintesi		10
L'UTILIZZO DELL'ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA PROSPETTIVE -ETICA ED OPPORTUNITA'		11
Norme di riferimento		12
Definizione e tipologia di attività a distanza		12
Vantaggi		12
Requisiti tecnologici		12
Requisiti e responsabilità del logopedista		12
Aspetti tecnici		13
Il trattamento a distanza		14

PREMESSA:

Le procedure di valutazione e trattamento logopedico di un bambino che presenta disfagia, problemi respiratori e disturbi della comunicazione sono ad alto rischio di contagio per l'infezione da SARS-CoV-2. Diversi studi riferiscono come l'infanzia non sia esclusa dall'infezione Covid-19 e dimostrano che i bambini contagiati, nonostante presentino nella maggior parte dei casi una sintomatologia lieve con prognosi favorevole, costituiscono un importante vettore di trasmissione del virus all'interno della comunità. Il Logopedista può trovarsi a gestire questa situazione con pazienti neurologici, oncologici, sindromici, dismetabolici e chirurgici in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. Il trattamento logopedico è mirato alla stimolazione delle funzioni orali ed obbliga, il logopedista alla stretta vicinanza con il viso e la cavità orale del bambino sia perché verranno effettuate stimolazioni e massaggi perie endo-orali, sia per la stretta vicinanza con i caregivers per fornire loro indicazioni sul tipo di attività da eseguire durante il resto della giornata e le modalità corrette dell'atto alimentare. In ambito ospedaliero, in area neonatale e pediatrica, il logopedista è chiamato a svolgere la propria attività nella valutazione, riabilitazione e successivo follow-up del neonato a termine, del neonato prematuro, del lattante e del bambino/adolescente affetto da patologia complessa. Per questa tipologia di popolazione neonatale e pediatrica l'intervento logopedico risulta pertanto necessario e non procrastinabile. I neonati ricoverati in TIN e i pazienti pediatrici ospedalizzati in area critica sono spesso sottoposti a manovre invasive di intubazione, nutrizione enterale ed assunzione di farmaci che possono incidere negativamente sull'apprendimento delle abilità motorie orali e sul passaggio dall'alimentazione enterale a un'alimentazione orale esclusiva; i bambini in regime di ricovero a causa del quadro patologico prossimo e/o remoto, possono presentare disturbi deglutitori e/o alimentari più o meno gravi che, in assenza di intervento adeguato, potrebbero comprometterne lo stato di salute. La disfagia in età evolutiva è un ambito delicato, dove la continuità terapeutica del logopedista-con il bambino dimesso da un contesto ospedaliero o in ambito ambulatoriale deve essere garantita. I pazienti eleggibili sono tutti coloro che presentano inadeguatezza riferita alle funzioni orali o a veri e propri quadri di disturbi della deglutizione. La definizione e il trattamento coinvolgono un gruppo eterogeneo ed articolato di professionisti sanitari il cui intervento deve essere coordinato per l'identificazione delle opzioni terapeutiche e la realizzazione di un piano di trattamento personalizzato che preveda necessariamente anche il monitoraggio dei risultati raggiunti. Tale attività presuppone uno scambio rapido e fruibile, anche a distanza, delle informazioni che ciascuna figura nel team è abilitata a fornire per il raggiungimento degli obiettivi

UTILIZZO DEI DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI) Procedure Logopediche durante l'emergenza COVID-19

Gruppo di lavoro: Caterina Apruzzese, Beatrice Feletti, Sara Bonazzi, Francesca Mariosa, Isabella Roppa

Sars COV-2

In data 9 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato che le autorità cinesi hanno individuato un nuovo ceppo di Coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019 N-Cov e classificato in seguito ufficialmente con il nome SARS-Cov-2. I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, *Middle East respiratory syndrome*) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, *Severe acute respiratory syndrome*). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie.

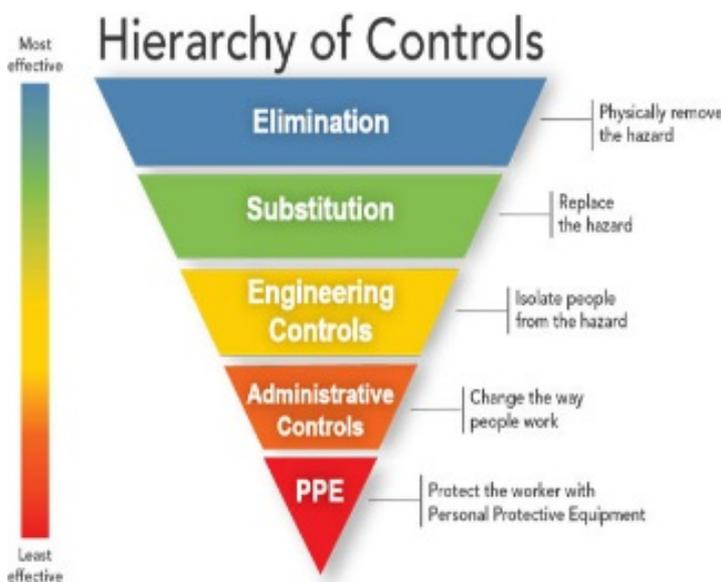


Figura 1 National Institute for Occupational Safety

Trasmissione

Le principali modalità di trasmissione del SARS-CoV-2 avvengono attraverso *droplets* (*goccioline di saliva o secrezioni delle vie respiratore infette*) e per contatto, ad eccezione di specifiche procedure a rischio in cui si genera aerosol (in cui il virus è in sospensione nell'aria e vi rimane per più tempo). I droplets prodotti attraverso uno starnuto, un colpo di tosse che possono depositarsi sulle superfici tra 1 metro e 1.5 metri di chi lo ha prodotto, il contatto può avvenire anche in maniera indiretta attraverso le mani che entrano in contatto con mucosa di bocca, naso e occhi, vengono riferite anche contaminazioni attraverso la via fecale.

INDICAZIONI GENERALI

Prima di prendere in considerazione il contatto face to face, è necessario verificare:

- presenza di infezione acuta del tratto respiratorio;
- presenza di febbre ($\geq 37,5$ gradi) o insorgenza di sintomi clinici, come: stanchezza, tosse secca, dolori muscolo-articolari, modifiche dell'olfatto e del gusto, polmonite, sindrome respiratoria acuta, insufficienza renale;
- se è stato in stretto contatto con un caso confermato COVID-19 con insorgenza dei sintomi entro 14 giorni;
- richiedere esecuzione dei test diagnostici;
- confermato COVID-19.

Nel caso della popolazione pediatrica, è necessario verificare la presenza degli elementi indicati anche all'interno del nucleo familiare o nell'adulto che accompagna il bambino presso lo studio logopedico (parente, baby-sitter...) o che trascorre con lui molto tempo, perché le modalità di espressione del COVID-19 nel bambino seguono modalità diverse dall'adulto.

COVID-19 E LA DISFAGIA PEDIATRICA

Il rapporto ISS sui DPI del 28.03.2020 specifica il tipo di DPI da utilizzare a seconda del rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 dipendenti da diversi fattori che in questa sede vengono illustrati per le specifiche procedure logopediche nell'ambito della **disfagia pediatrica**:

- trasmissione da droplets e da contatto;
- pazienti contagiosi che presentano tosse e/o starnuti e difficoltà nella gestione delle proprie secrezioni;
- contatto ravvicinato (soprattutto con mucose orali) e prolungato;
- esecuzione di manovre e procedure a rischio di produrre aerosol delle secrezioni del paziente.

PROCEDURE LOGOPEDICHE CON GENERAZIONE DI AGP NELLA DISFAGIA PEDIATRICA

- Valutazione clinica della deglutizione, comprese le valutazioni della disfagia al letto del paziente, la valutazione del cavo orale e dei nervi cranici;
- valutazione clinica degli aspetti comunicativi e della funzionalità oro-motoria;
- studio Videofluoroscopico della deglutizione (VFSS)
- FEES (Fiber Endoscopic Evaluation of Swallowing);
- valutazione dei supporti necessari per l'assistenza durante i pasti;
- test del riflesso della tosse;
- cura e gestione della tracheotomia: con o senza ventilazione meccanica, procedure di aspirazione, prove della valvola fonatoria;
- valutazione della deglutizione o della comunicazione o intervento con i clienti che richiedono:
 - ventilazione Non invasiva (NIV);
 - ossigeno nasale ad alto flusso (HFNO);
 - supporto respiratorio tramite cannule nasali;
- valutazione ed intervento della deglutizione e della comunicazione di pazienti con difficoltà nel controllo della saliva.

PROCEDURE DA INTERROMPERE DURANTE L'EMERGENZA COVID-19:

- valutazione endoscopica flessibile della deglutizione (FEES);
- valutazione endoscopica della funzione vocale (utilizzando endoscopi flessibili e / o rigidi);
- test del riflesso del vomito;
- test della tosse volontaria;
- test del riflesso della tosse;
- auscultazione cervicale.

Se eseguito, è indispensabile che:

- I logopedisti abbiano in dotazione maschere tipo FFP3, protezione per gli occhi, mani e corpo.

- Il numero di operatori sanitari presenti durante la procedura dovrebbe essere limitato solo a quelli essenziali per la cura del paziente e il supporto della procedura. I visitatori non dovrebbero essere presenti durante la procedura.
- Idealmente, gli AGP (Aerosol Generating Procedures) dovrebbero aver luogo in un AIIR (Airborne Infection Isolation Room).
- Pulire e disinfettare prontamente le superfici della sala.

ALTO RISCHIO: Pazienti con sospetto o confermato COVID-19:

- Le consultazioni devono essere condotte solo in un luogo appropriato e con l'approvazione/conoscenza della Direzione Sanitaria.
- Quando possibile, ritardare qualsiasi procedura di generazione di aerosol, VFSS non attuabili.
- Non proseguire con l'ispezione della protesi fonatoria o stoma se il logopedista non possiede adeguati DPI.

Per i pazienti confermati COVID- 19 è necessario differire il trattamento con altre modalità, ad esempio la teleriabilitazione.

BASSO RISCHIO:

Considerazioni generali:

- raccogliere informazioni telefoniche prima o al posto dell'interazione face to face;
- se l'interazione face to face è necessaria, decidere in anticipo quali procedure cliniche saranno indispensabili e da intraprendere;
- identificare i potenziali rischi di trasmissione associati alle procedure cliniche;
- determinare se la procedura presenta rischio di esposizione aerosol;
- determinare quali dispositivi di protezione individuale (DPI) sono necessari per condurre tali procedure e comprendere la sequenza per indossare e levare DPI.

PRECAUZIONI PER GENERAZIONE DI AEROSOL

Quando è richiesta una valutazione face to face, possono essere necessarie modifiche quali:

- fare osservazioni visive e percettive quando si è in piedi/seduti a distanza di 1,5 m dal paziente;
- sostituire la palpazione laringea con l'osservazione del numero delle deglutizioni;
- ascoltare i cambiamenti della qualità vocale;
- rispettare la frequenza respiratoria;
- prendere in considerazione strategie per limitare l'interazione ≤ 15 minuti.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

Protezione Respiratoria- L'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) suggerisce l'uso di maschere di protezione per le vie respiratorie con filtro di classe 2 o 3 (FFP2 o FFP3) quando valutare un caso sospetto o gestire un caso confermato. Nello specifico, la Maschera FFP2 nell'assistenza diretta ai pazienti e una mascherina FFP3 deve essere sempre usata quando si devono eseguire procedure di generazione di aerosol. Le maschere in tessuto **NON sono DPI e non devono essere indossate** per la cura di pazienti con COVID-19 noti o sospetti. Se vengono utilizzate maschere

di protezione per le vie aeree riutilizzabili (ad es. PAPRs), devono essere puliti e disinfettati secondo le istruzioni del produttore, prima del riutilizzo.

- **Protezione per gli occhi-** Occhiali o schermi per il viso devono essere usati per prevenire l'esposizione al virus della mucosa oculare e devono essere sempre indossati. Gli occhiali personali e le lenti a contatto **NON sono considerati** una protezione adeguata degli occhi. Le protezioni per gli occhi riutilizzabili (ad es. occhiali) devono essere pulite e disinfettate in base alle istruzioni del produttore, prima del loro riutilizzo. La protezione monouso per gli occhi deve essere eliminata dopo l'uso, a meno che non vengano seguiti i protocolli per l'uso prolungato o il riutilizzo.
- **Protezione del corpo-** Utilizzare camici idrorepellenti monouso a maniche lunghe. Se ci sono carenze di abiti, dovrebbero essere prioritari per:
 - **procedure di generazione di aerosol, come avviene nelle attività logopediche con;**
 - attività di cura in cui sono previsti droplets;
 - attività di assistenza al paziente ad alto contatto che offrono opportunità di trasferimento di agenti patogeni alle mani e agli indumenti dell'operatore sanitario.
- **Protezione della mano-**Doppio paio di guanti che deve essere usato quando si gestiscono pazienti COVID-19 sospetti o confermati.

	Non c'è il contatto con il paziente	Ingresso in reparto/ambulatorio	Alto rischio ICU, ITU, HDU unit	Procedura di generazione aerosol
Guanti monouso	NO	SI	SI	SI
Camice di plastica monouso	NO	SI	SI	NO
Camice idrorepellente monouso	NO	NO	NO	SI
Maschere chirurgiche	SI	SI	NO	NO
Maschere FFP3	NO	NO	SI	SI
Occhiali/visiere	NO	Valutazione del rischio	Valutazione del rischio	SI

Tabella 1 Tradotta dal documento RCSLT guidance on PPE and COVID-19.

DPI per i bambini

- Il CDC non raccomanda rivestimenti in tessuto per il viso per i bambini di età inferiore ai 2 anni;
- **I bambini considerati ad alto rischio o gravemente immunocompromessi sono incoraggiati a indossare una maschera N95 per protezione.**
- Le famiglie di bambini a rischio più elevato sono incoraggiate a utilizzare una maschera chirurgica standard;
- I bambini con gravi problemi cognitivi o respiratori possono avere difficoltà a tollerare un rivestimento del viso in tessuto. Per questi bambini possono essere necessarie precauzioni

speciali, come il monitoraggio con un pulsossimetro, se disponibile, e / o il mantenimento di una maggiore distanza fisica dagli altri anche fuori dal proprio domicilio.

- I bambini con febbre o sintomi respiratori (tosse, congestione, rinorrea), o gastrointestinali (diarrea o vomito), non devono uscire di casa.

È probabile che le maschere pieghettate con elastico funzionino meglio per i bambini, ma la giusta dimensione è importante: in media è di 12x25 cm.

Bibliografia

- American Academy Of Pediatrics- Research Highlights: COVID-19 and Pediatrics Population. Version. 14 Aprile 2020.
- Chandini Raina, MacIntyre, Abrar Ahmad Chughtai et al -The efficacy of medical masks and respirators against respiratory infection in healthcare workers- in Influenza Other Respir Viruses, 2017.
- Cruz AT and Zeichner SL. COVID-19 in Children: Initial Characterization of the Pediatric Disease. Pediatrics. 2020;145
- Dong Y, Mo X, Hu T, et al, Epidemiological Characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020;
- European Centre for Disease Prevention and Control- Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19- February 2020;
- European Centre for Disease Prevention and Control Rapid risk assessment: Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update- Stockholm: March 2020.
- FLI 2020 La gestione del paziente Disfagico nella clinica logopedica : prevenzione, rischio e sicurezza.
- Hong H et al., Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children, Pediatrics and Neonatology,2020
- Istituto Superiore di Sanità Diagnostica e Sorveglianza microbiologica- Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/nasofaringeo per la diagnosi di COVID-7 aprile 2020
- Istituto Superiore di Sanità Prevenzione e Controllo delle infezioni- Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2- 28 marzo 2020.
- K. E. Bernardis Buhler-F.Custodio Flabiano Almeida -Contribuicao da Avaliacao Fonoaudiologica para o Delineamento da Intervencao na Disfagia Pediatrica; Disfagia Infantil. D.s.Levy-S.Tamanini de Almeida
- Kam KQ, Yung CF, Cui L, et al A well infant with coronavirus disease 2019 (COVID-19) with high viral load, Clin Infect Dis, February 28, 2020.
- KL, Yanh YH. World J Pediatr Diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus infection in children: a pressing issue. Shen. March 16, 2020;
- Ling Mao, et al Neurologic Manifestations of Hospitalized Patients with Coronavirus Disease 2019 in Wuhan, China- Jama Neurology, April 10, 2020;
- RCSLT guidance on personal protective equipment (PPE) and COVID-19. 27 Marzo 2020.
- Yuanyuan Dong, Xi Mo, Yabin Hu, Xin Qi, Fang Jiang, Zhongyi Jiang, Shilu Tong- Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China in Journal: Pediatrics 2020;

Sitografia

- <https://www.speechpathologyaustralia.org.au/>
- <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>

LOGOPEDIA IN AREA CRITICA NEONATALE/PEDIATRICA IN TEMPO DI COVID19

Gruppo di lavoro: Anita Barbanotti, Monica Compagni, Elena Grosso, Roberta Mirone, Sara Panizzolo.

I sintomi del COVID 19 nei neonati/lattanti/bambini

Infezione da COVID19 in epoca neonatale

In generale l'infezione nei neonati risulta essere asintomatica o comunque solitamente descritta come non grave e con esito favorevole dopo 1-2 settimane.

Manifestazioni cliniche: instabilità termica, sintomi respiratori (polipnea, dispnea, apnea, tosse, faringite, rinorrea), difficoltà alimentari, astenia-letargia, sintomi gastro intestinali (diarrea e vomito). C'è la possibilità che neonati COVID positivi manifestino un'insufficienza respiratoria tale da richiedere un'assistenza di tipo intensivo.

Infezione da COVID19 nel primo anno di vita ed oltre

L'infezione in età pediatrica (12 mesi-10 anni) sembra essere di gravità lieve o moderata, qualche volta addirittura asintomatica. L'infezione avviene prevalentemente per contagio per via aerea all'interno del nucleo familiare. I sintomi principali sono: febbre, tosse e catarro, raffreddore, faringite, astenia e disturbi gastrointestinali. Le manifestazioni cliniche nei bambini appaiono come meno gravi e la prognosi è generalmente favorevole.

Indicazioni per il logopedista

Il logopedista è tenuto ad applicare il proprio giudizio clinico sulla valutazione del rischio rispetto al proprio contesto lavorativo e alla coorte dei pazienti; inoltre è chiamato ad usare il proprio giudizio professionale per valutare quale sia la pratica sicura ed efficace nello specifico contesto.

Le modalità di trasmissione del virus sono particolarmente rilevanti per la pratica clinica logopedica poiché molte procedure intraprese richiedono una stretta vicinanza (inferiore ad 1 metro) con il bambino e la madre, il contatto con le mucose, la saliva, l'espettorato e le goccioline respiratorie (droplets), di norma le attività di valutazione e trattamento richiedono un tempo di esposizione prolungato superiore ai 15 minuti.

Il logopedista presta la propria consulenza al neonato/bambino positivo o sospetto positivo al virus Covid19 se esso rientra nei criteri di indifferibilità e se il paziente è in buone condizioni di salute (asintomatico).

In ogni caso il neonato/bambino per poter usufruire della valutazione e del trattamento logopedico dovrà presentare i prerequisiti di stabilità clinica:

Neonato:

- avere un'età gestazionale di almeno 32-34 settimane;
- aver raggiunto una stabilità clinica per i parametri di Frequenza Cardiaca (massimo 160 Bpm), Frequenza Respiratoria (ottimale 40 -60 atti/min), Saturazione di ossigeno ($\geq 95\%$) e una respirazione spontanea;

- essere in possesso degli indicatori clinici che rilevano la possibilità di passaggio dall'alimentazione enterale tramite sondino naso gastrico all'alimentazione per os;
- non manifestare particolari problemi cardio respiratori in atto, quali apnea, dispnea, eventi di desaturazione spontanea, tachicardia, bradicardia.

Bambino:

- aver raggiunto una stabilità clinica, compatibilmente con età e patologia di base, per i parametri di: temperatura corporea (> 36° e < 38°), Frequenza Cardiaca, Frequenza Respiratoria, Saturazione di ossigeno;
- essere in grado di mantenere uno stato di vigilanza per almeno 15 minuti;
- presentare condizioni cardio respiratorie sufficienti per una sicura alimentazione per os.

Procedure logopediche potenzialmente rischiose per trasmissione infezione da SARS-CoV-2 e Dispositivi di Protezione: adottare le indicazioni illustrate nel Cap. 1

In ambito di ricovero in età pediatrica, e in particolare in presenza di pazienti con infezione Covid19 accertata, si raccomanda di effettuare le consulenze di valutazione e trattamento, evitando, laddove possibile, il contatto diretto con il paziente, è auspicabile, quando realizzabile, un contatto telematico con il personale di reparto che ha in carico il bambino fornendo la consulenza logopedica per via indiretta.

GESTIONE DEL FOLLOW UP

Potranno accedere fisicamente all'ambulatorio logopedico per il follow up post dimissione i pazienti pediatrici che necessitano di una valutazione multidisciplinare non differibile, in particolare:

- pazienti ad alta complessità clinico-assistenziale;
- pazienti con presidi quali SNG, PEG, PEG-J, TRACHEOSTOMIA, CATETERE VENOSO CENTRALE;
- pazienti disfagici ad alto rischio di inalazione;
- pazienti con grave compromissione dello stato nutrizionale.

REGOLE GENERALI PER L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE:

- preventivo colloquio telefonico per accertare l'assenza di sintomi compatibili con infezione da COVID 19 nel bambino e all'interno del nucleo familiare;
- numero limitato di pazienti nella stessa giornata e con accessi temporalmente dilazionati;
- presenza di un solo accompagnatore per paziente, provvisto di guanti e mascherina chirurgica;
- corretto utilizzo dei DPI e lavaggio delle mani prima e dopo;
- igienizzazione di tutta la strumentazione (fonendoscopio, saturimetro, bilancia, statimetro) dopo ogni visita;
- utilizzo laddove possibile di strumenti monouso.
- igienizzazione delle superfici e Aerazione dei locali di lavoro dopo ogni visita.

Per tutti i piccoli pazienti con disturbi del feeding o della deglutizione non ascrivibili a nessuna delle categorie sopra elencate devono essere previsti sistemi di follow-up logopedici alternativi a distanza come ad esempio la teleriabilitazione.

Allattamento in tempo di COVID19-Sintesi

La promozione e il sostegno all'allattamento e la tutela della diade madre-bambino è parte integrante della clinica logopedica. La donna con COVID-19 sospetto, probabile o confermato, in buone condizioni di salute, può praticare il contatto pelle a pelle ed allattare il proprio figlio, ma deve seguire le norme di prevenzione del contagio. Il logopedista alla luce del proprio expertise si impegnerà a perseguire la promozione dell'allattamento al seno e/o l'assunzione di latte materno spremuto, coadiuvando l'equipe assistenziale del neonato in TIN nella messa in pratica delle precauzioni di sicurezza.

Bibliografia

- ASHA: Covid -19: Ethical Consideration for Audiologists and Speech Language Pathologists -3 Aprile 2020
- Istituto Superiore di Sanità Prevenzione e Controllo delle infezioni- Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2- 28 marzo 2020.
- Magazine Società Italiana neonatologia: SIN informa n°78, marzo 2020
- Royal College of Paediatric and Child Health: Covid19 guidance for paediatric services. Marzo 2020
- SIN aprile 2020: Allattamento e infezione da Sars-CoV-2- Indicazioni ad interim della Società Italiana Neonatologia vers.2 ; Marzo 2020
- SIN -Rassegna Stampa 14.04.2020
- The Speech Pathology Association of Australia: Guidance for service delivery, clinical procedure and infection control during Covid 19 pandemic. Aprile 2020

Sitografia

www.asha.org

www.speechpathologyaustralia.org.au

L'UTILIZZO DELL'ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA PROSPETTIVE -ETICA ED OPPORTUNITÀ

Gruppo di Lavoro: Anna Barbot- Lucia De Stefano- Monica Panella- Laura Orazini- Elena Zanon

Norme di riferimento

A livello internazionale il 30 gennaio 2020 ai sensi dell'Regolamento Sanitario Internazionale la malattia da nuovo coronavirus COVID-19 è stata dichiarata una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale.

In Italia il 31 gennaio 2020 è stata dichiarata una emergenza Sanitaria della durata di 6 mesi

- Il Decreto-Legge del 23 febbraio 22 maggio n.ro 6 e successivo DPCM 04 Marzo 2020 che tra le varie indicazioni di contenimento epidemico individua la possibilità di lavoro agile espletando gli obblighi informativi per via telematica: "...la modalità di lavoro agile disciplinata dagli articoli n. da 18 a 23 della legge 22 maggio 2017, n.81, può essere applicata, per la durata dello stato di emergenza di cui alla deliberazione del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, dai datori di lavoro a ogni rapporto di lavoro subordinato, nel rispetto dei principi dettati dalle menzionate disposizioni, anche in assenza accordi individuali ivi previsti; gli obblighi di informativa di cui all'articolo 22 della legge 22 maggio 2017, n. 81 sono assolti in via telematica anche ricorrendo alla documentazione resa disponibile sul sito del Istituto nazionale assicurazione; infortuni sul lavoro;...."
- Durante questo periodo di emergenza sanitaria tutti i professionisti sanitari sono soggetti alle medesime norme dei professionisti che operano in ambito pubblico.
- Nel caso di liberi professionisti che lavorano in studi medici privati, senza obbligo di apertura al pubblico e dove l'opera intellettuale prevalga su organizzazione e attrezzature, per poter esercitare attività della disciplina specialistica per la quale si intendono erogare prestazioni di Telemedicina in conformità con eventuali requisiti, norme e regolamenti regionali/comunali (abitabilità, aspetti connessi alla sicurezza e privacy, igiene etc.), *capitolo V Telemedicina Linee guida di Indirizzo Nazionale*, devono:
 - a) essere abilitati e iscritti all'Albo Professionale ed essere specialisti nella disciplina medica per la quale si intendono erogare servizi di Telemedicina specialistica;
 - b) attenersi al Documento di definizione degli standard di servizio propri delle prestazioni di Telemedicina erogate definito dalla Regione, tenuto conto anche di standard definiti a livello nazionale.

Definizioni e tipologia di attività a distanza

Nello specifico, l'attività a distanza da parte del logopedista può ascrivere ad una delle tre macro-categorie della telemedicina: Telemedicina specialistica a finalità riabilitativa (TELERIABILITAZIONE). La Telemedicina specialistica comprende le varie modalità con cui si forniscono i servizi in ambito sanitario a distanza. Essa può avvenire tra professionista e paziente oppure tra professionisti, medici ed altri operatori sanitari. A seconda del tipo di relazione tra gli attori coinvolti, le prestazioni della Telemedicina Specialistica in ambito riabilitativo, si possono realizzare attraverso:

- *Trattamento a distanza*
- *Teleconsulto*
- *Telecooperazione sanitaria*

L'attività a distanza del logopedista può definirsi come il contenitore di quelle attività che consentono abilitazione, riabilitazione, consulto e monitoraggio in situazioni in cui il professionista e il paziente (o due o più professionisti) non si trovino nella stessa località al fine di garantire la continuità terapeutica al paziente e al caregiver, il tutto mediato dall'utilizzo della tecnologia. L'uso dell'attività logopedica a distanza deve garantire la qualità del servizio, è responsabilità del professionista scegliere la modalità di lavoro adeguata all'utente e all'ambiente. I termini comuni che descrivono i tipi di attività a distanza sono i seguenti:

- **Sincrono** (client interattivo): i servizi vengono condotti con connessione audio e video interattiva in tempo reale per creare un'esperienza di persona, simile a quella ottenuta in un incontro tradizionale. I servizi sincroni possono connettere un cliente o un gruppo di clienti con medico e/o un professionista della salute, oppure possono includere la consultazione tra professionisti di diversa specialità.
- **Asincrono** (store-and-forward): immagini o dati vengono acquisiti e trasmessi (ovvero archiviati e inoltrati) per essere visualizzati o interpretati da un professionista. Gli esempi includono la trasmissione di clip vocali, i risultati dei test audiologici o i risultati della pratica del cliente indipendente.
- **Ibrido**- applicazioni di telepractice che includono combinazioni di servizi sincroni, asincroni, e / o di persona.

Vantaggi:

- contenimento rischio contagio (per la fase di pandemia);
- continuità assistenziale;
- attuazione di percorsi di abilitazione e riabilitazione in contesti domestici che diventano amplificatori delle proposte terapeutiche realizzate nella quotidianità;
- continuità assistenziale in fase di ripresa riducendo la numerosità delle prestazioni da erogare in ambulatorio assicurando tempi e distanze più sicure;
- contenimento delle liste di attesa post-pandemia;
- riduzione degli spostamenti del paziente o del professionista.

Requisiti tecnologici:

- sistemi hardware e software, per acquisire ed elaborare segnali, immagini, dati, anche attraverso dispositivi mobili (smartphone, tablet), relativi all'Utente;
- applicazioni web, accessibili anche attraverso dispositivi mobili (smartphone, tablet) per la trasmissione bidirezionale delle informazioni sanitarie;
- portali e piattaforme dedicati riservati allo scopo.

Requisiti e responsabilità del logopedista

In termini di adempimenti verso gli assistiti, particolare rilevanza assumono i seguenti aspetti:

- a. ***Informativa sui trattamenti:*** il paziente deve essere informato circa l'opportunità e la portata dell'atto, nonché sui mezzi utilizzati e sulle modalità di conservazione e trattamento dei dati; a

tal proposito, deve essere garantita la qualità delle informazioni trasmesse e ricevute, al fine di assicurare la qualità delle prestazioni fornite attraverso l'attività a distanza rispetto alle prestazioni erogate in modalità convenzionale. Nel rapporto tra professionista sanitario e paziente è importante assicurarsi che le domande formulate e le risposte date dal professionista siano comprensibili. La qualità delle informazioni fornite deve mantenersi attiva durante l'intera presa in carico del paziente e del caregiver mediante l'attività a distanza, inoltre è necessario assicurarsi dell'avvenuta comprensione delle indicazioni fornite al termine di ciascuna sessione.

- b. **Consenso informato dei pazienti:** i logopedisti devono conformemente e a tutte le leggi e regolamenti in materia, ottenere e documentare accuratamente il consenso informato concordato con l'Azienda o nel caso di intervento erogato in regime di libera professione come da allegato nel documento FLI declinato sull'attività a distanza (consenso allegato dell'attività a distanza per i minori).
- c. **Riservatezza:** il logopedista che si serve di tecnologie elettroniche per l'attività a distanza è tenuto ad utilizzare hardware e software che prevedano efficienti sistemi di protezione dati.
- d. **Registrazione delle attività:** tutte le attività andranno regolarmente rendicontate nella prestazione e registrate nel diario clinico, con la medesima dicitura che avrebbe avuto la prestazione se fosse stata effettuata in presenza (colloquio clinico, seduta riabilitativa, monitoraggio, counselling, ecc.) indicando tra parentesi la modalità con cui è stata effettuata e il motivo.
- e. **Competenza:** i logopedisti dovranno assumersi la responsabilità di valutare e aggiornare continuamente le loro competenze in questo settore.

Aspetti tecnici

Al fine di ottimizzare i tempi e la qualità dell'attività a distanza on-line (o sincrona) il professionista dovrà servirsi di un raccordo con il caregiver prima e dopo la sessione.

Prima della sessione

- Verificare in anticipo la disponibilità del bambino e del caregiver all'attività a distanza, vale a dire prevedere un'organizzazione del calendario, individuando quale momento della giornata sia più idoneo allo scopo della sessione.
- Guidare in anticipo la famiglia sulla preparazione del setting domestico mediante istruzioni specifiche sulla scelta di:
 - a) postazione tranquilla per lo svolgimento della sessione;
 - b) adeguata illuminazione dell'ambiente;
 - c) posizione del bambino: frontale alla telecamera in modo da ottimizzare l'immagine e rendere visibili gli aspetti salienti di un'osservazione; nel caso di bambini in epoca di allattamento si consiglia di fornire istruzioni alla madre sul posizionamento della telecamera in modo da consentire la visualizzazione dell'attacco al seno o al biberon del bambino;
 - d) tipologia di alimenti;
 - e) utensili;
 - f) materiale non alimentare a supporto della sessione.

- Una volta indentificato il momento idoneo della giornata, accertarsi prima della sessione che i presupposti e i requisiti del bambino e del caregiver siano effettivamente presenti; in caso negativo verificare la possibilità di destinare quella sessione al supporto al caregiver o ad attività di counseling.
- Verificare i requisiti clinici del bambino (condizioni cliniche stabili).

Dopo la sessione

- Verificare l'esito della sessione con il caregiver;
- fornire ulteriori spiegazioni, laddove necessario, questo per accertarsi che le informazioni fornite siano state comprese;
- fornire in maniera chiara le indicazioni per facilitare la generalizzazione delle competenze al di fuori della sessione;
- programmare un Teleconsulto con altri professionisti sanitari, laddove vi fosse la necessità;
- rendicontare in cartella quanto fatto e stabilito nella sessione.

Il trattamento a distanza

A seguito dell'analisi dei dati registrati in anamnesi viene effettuata dal professionista, in via sincrona, l'osservazione del pasto e/o le indicazioni e osservazione della esecuzione delle attività indicate. Al fine di una buona sessione risulta di primaria importanza che si verifichino i seguenti requisiti:

- verifica ad ogni sessione di eventuali modifiche o segnali di disagio non precedentemente segnalate o incorse di recente;
- comprensione ed esecuzione da parte del caregiver delle buone pratiche favorevoli all'osservazione dettagliata degli atti alimentari;
- lo stato di compliance del bambino.

Il logopedista nel corso dell'osservazione esamina:

- la postura e il posizionamento del bambino;
- il controllo del capo e del tronco;
- la stabilità posturale;
- il corretto utilizzo degli ausili posturali in dotazione in funzione del pasto;
- l'atteggiamento del bambino prima del pasto;
- la mimica del volto;
- la voce;
- la relazione con i caregiver;
- la presenza di drooling.

Durante il trattamento propone:

- facilitazioni e modificazioni posturali;
- stimolazioni orali non nutritive;
- facilitazioni a supporto di atti motori più funzionali;
- stimolazioni olfattive, visive, tattili, orali finalizzate alla modulazione e/o normalizzazione di risposta;
- modifica delle proposte di stimolazione: caratteristiche reologiche, sapori, temperatura;
- facilitazioni posturali per il caregiver;
- supervisione e supporto in itinere dell'agire del caregiver.

Durante l'osservazione della gestione di alimento quando previsto osserva:

- la competenza oromotoria;
- i segnali di incoordinazione o di disagio del paziente o reazioni di rifiuto;
- la presenza di tosse e/o vomito;
- le manifestazioni eccessive alle stimolazioni tattili;
- l'affaticamento;
- i tempi di assunzione del pasto;
- la modulazione del pasto;
- la postura del caregiver;
- l'efficienza del sigillo labiale durante il pasto;
- il reflusso nasale segno di incompetenza dello sfintere velofaringeo;
- altre reazioni.

Nel caso in cui il bambino sia portatore di cannula endotracheale (CET) alle indicazioni sopradescritte si aggiunge la verifica delle manovre di detersione delle alte vie aeree in modo corretto da parte del caregiver, laddove sia consentita l'alimentazione per os.

Al termine della sessione:

- aggiornamento delle indicazioni assistenziali e verifica della comprensione del genitore attraverso modalità di guida on line;
- aggiornamento della cartella clinica;
- aggiornamento del team;
- richiesta, nel caso in cui il professionista lo ritenga opportuno, di un teleconsulto ai membri del team o consulto specialistico.

BIBLIOGRAFIA

- Avivit Ben, Aharon; A practical Guide to Establishing an Online Speech Therapy Private Practice in Perspectives of the ASHA Special Interest Groups; August 2019 n. 4, 712–718.
- Bradley S Bloomfield, Aaron J Fischer, Racheal R Clark, Meredith B; Treatment of Food Selectivity Disorder in a Child With Avoluntary/restrictive Food Intake Disorder Through Parent Teleconsultation in Behavior Analysis in Practice 2019, 12: 33–43.
- Kantarcigil C, Sheppard JJ, Gordon AM, Malandraki GA; A telehealth approach to conducting clinical swallowing evaluations in children with cerebral palsy in Research in developmental disabilities (Online), 2016 n. 55, 207-217.
- E. Gisel et al; Classification of eating impairments based on eating efficiency in children with Cerebral Palsy - in Dysphagia 1995, 10: 268-274.
- Ellen R Cohn Jana Cason; Ethical Considerations for Client Centered Telepractice Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, August 2019 n. 4 704–711.
- E. Waterman et al Swallowing disorders in a population of children with cerebral Palsy- in International Journal of pediatric Otorhinolaryngology 1992, 24: 63-71). SINPIA; Attività clinico assistenziali durante l'emergenza COVID: indicazioni operative per il servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per il servizio di riabilitazione dell'età evolutiva Milano, 29 marzo 2020.
- FLI 2020; Indicazioni per l'attività a distanza del logopedista SMART WORKING nell'emergenza COVID19.

- Georgia A Malandraki, Melissa Roth Justine Joan Sheppard; Telepractice for pediatric Dysphagia: a case Study - in International Journal of telerehabilitation Vol. 6, No. 1 Spring 2014.
- ISS 2020; Rapporto ISS COVID 19 Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS CoV2.
- Kenny David j et al.; Development of a multidisciplinary feeding profile for children who are dependent feeders in Dysphagia 1989, 4: 16-28.
- Madelina Raatz, Elizabeth C Ward, Jeanne Marshall Clare L Burns; Developing the system architecture for conduction synchronous paediatric feeding assessment via telepractice In Journal of Telemedicine e Telecare 2019, Vol. 25(9) 552–558.
- Ministero della Salute; Telemedicina Linee di indirizzo Nazionale.
- Schindler O., Ruoppolo O., Schindler -Deglutologia - A. Ed. Omega, Torino (2011).
- SIDIN; CREA; ASMED; Federazione Italiana Prader Willi, ANGSA; Consigli per la gestione dell'epidemia COVID 19 e dei fattori di stress psichico associati per le persone con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto - Versione 1.4, 3 marzo 2020.
- S. Motion et al.- Early feeding problems in children with Cerebral Palsy: weight and neurodevelopmental outcomes - in Development Medicine and Child Neurology 2002, 44: 40-43.
- Sullivan P.B and Rosenbloom L- Feeding the disabled child - Mac Keith Press, London, 1996.

SITOGRAFIA

- www.asha.org
- www.fli.it
- www.joannabriggs.edu.au/



Allegato 3: L'intervento logopedico in Area Critica

La logopedia in area critica

I pazienti ricoverati nelle terapie intensive spesso presentano disfagia, disfonia e alterazioni della comunicazione in seguito ad un danno neurologico o ad altre condizioni patologiche (ad esempio in esiti di cardiocirurgia o nei pazienti BPCO, ecc).

Il logopedista opera in questi reparti all'interno di un'equipe interprofessionale con l'obiettivo di identificare e riabilitare la disfagia e di favorire l'orientamento spazio/temporale nonché la comunicazione.

Nelle terapie intensive la disfagia ha un'alta prevalenza soprattutto dopo la rimozione del tubo endotracheale (Zuercher et al 2019); questo disturbo, che può essere anche transitorio, viene definito disfagia post estubazione (Post Extubation Dysphagia, PED). La sua presenza ha effetti negativi sugli outcome dei pazienti in termini di complicanze respiratorie, allungamento dei tempi di ricovero, necessità di reintubazione e maggiore mortalità (Macht et al 2011, Patel et al 2019). Questo è particolarmente frequente nei pazienti in cui sono presenti comorbilità di natura neurologica (Parkinson, SLA, ictus, ecc) o respiratoria (in primis i pazienti con BPCO), negli anziani (El Sohl et al 2003) e nei soggetti che hanno subito un'intubazione prolungata (Skorets et al. 2010). Una percentuale dei pazienti ricoverati nelle terapie intensive, inoltre, viene tracheostomizzata. In questi pazienti è importantissimo identificare precocemente la disfagia la cui prevalenza è molto alta (dal 44% al 73% a seconda degli studi) (Zampolini et al. 2012, Reverberi et al. 2019, Garuti et al. 2014).

Dato l'aumento di ricoveri in terapia intensiva legati all'emergenza COVID19, emerge l'importanza di creare un percorso diagnostico terapeutico per individuare precocemente disfagia e rischio di aspirazione. È necessario, inoltre, che la valutazione preliminare della disfagia sia sicura, sensibile, specifica e rapida per permettere al paziente di riprendere il più precocemente possibile l'alimentazione per os evitando gli effetti collaterali del SNG e migliorare la qualità di vita.



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



La letteratura (Christensen & Trapl 2018, Leder et al. 2019, Perrent et al. 2019, See et al. 2016, Zuercher et al. 2019) prevede una modalità valutativa articolata in due fasi, un primo test di screening e una successiva valutazione funzionale della deglutizione da parte del logopedista.

Relativamente al test di screening da utilizzare, è importante identificare uno strumento idoneo a questo tipo di popolazione in quanto la maggior parte dei test sono stati validati su popolazioni specifiche (la maggior parte sugli ictus) (Warnecke, 2017). Recentemente è stato pubblicato un test (GUSS ICU), pensato per questa tipologia di pazienti: questo strumento, di rapida somministrazione, prevede un pre-test e successivamente un test del bolo d'acqua.

Indipendentemente dal tipo di test di screening, è importante, prima di effettuare la somministrazione di boli, valutare la presenza di specifici prerequisiti: la presenza di criteri di stabilità clinica, di vigilanza per almeno 15', una buona igiene del cavo orale e la possibilità di mantenere una postura corretta per tutta la durata dello screening.

La letteratura è concorde inoltre nell'iniziare le procedure di valutazione della deglutizione a distanza di almeno un'ora dalla disconnessione dalla ventilazione meccanica (Leder 2019).

Data la complessità di questi pazienti, inoltre, è indispensabile che la presa in carico sia interdisciplinare; il logopedista assume un ruolo fondamentale nella formazione degli operatori che effettueranno lo screening e nella successiva valutazione funzionale della deglutizione.

Si ritiene utile, inoltre, differenziare i percorsi di valutazione dei pazienti in terapia intensiva qualora siano portatori o meno di cannula tracheostomica.

Pazienti con cannula tracheostomica

Nei pazienti portatori di cannula tracheostomica è indicato seguire protocolli strutturati (Bargellesi et al. 2013, Reverberi et al. 2019, Garuti et al. 2014).

Tutte le prove di deglutizione (valutazione delle secrezioni salivari, test dell'acqua secondo il GUSS ICU) è importante che vengano eseguite a **cannula scuffiata** e se possibile con tappo o valvola fonatoria così da favorire un migliore funzionamento dei meccanismi di difesa (tosse o raschio).



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Una volta effettuata la procedura di scuffiatura della cannula, si procederà alla somministrazione del Blu Dye Test per le secrezioni salivari. Qualora il test risulti positivo (presenza di blu di metilene nell'escreato), si attiverà il logopedista per la valutazione funzionale della disfagia.

Qualora il paziente non presenti segni di penetrazione/inalazione delle secrezioni, si può procedere con la somministrazione di boli d'acqua utilizzando strumenti idonei (GUSS ICU di Christensen et al 2017). Per identificare eventuali episodi di inalazione silente, così come definito dai protocolli (Bargellesi et al. 2013, Reverberi et al. 2019, Garuti et al 2014), è consigliabile colorare l'acqua con blu di metilene.

In caso di segni di penetrazione/inalazione il paziente verrà inviato al logopedista per la valutazione funzionale della disfagia. L'equipe interprofessionale, inoltre, determinerà su quali pazienti è indicata una valutazione strumentale della disfagia (FEES o VFS). Nei pazienti Covid 19, le indicazioni internazionali suggeriscono di limitare le stesse ai pazienti a rischio polmonite ab ingestis o malnutrizione (<https://worldswallowingday.org>).

In assenza di segni e sintomi di disfagia, si consiglia di iniziare a **cannula scuffiata** con una dieta a consistenza cremosa molto densa (IDDSI 4) o sciropposa densa (IDDSI 3)²⁷ con supervisione da parte del personale infermieristico.

In questa tipologia di pazienti, infatti, è importante monitorare l'affaticabilità durante l'assunzione di quantità maggiori di cibo e liquido. Il paziente, infatti, potrebbe non essere in grado di assumere l'intero pasto o manifestare segni e sintomi di disfagia all'aumentare delle quantità assunte. In questo caso, è indicato attivare la valutazione logopedica; l'equipe interprofessionale valuterà inoltre come procedere relativamente alla nutrizione del paziente.

Pazienti estubati non tracheostomizzati

Anche in questi pazienti è indicato effettuare la valutazione ad almeno un'ora dall'estubazione (Leder et al 2019). Prima di effettuare la somministrazione di boli d'acqua, è importante valutare lo stato di coscienza e di agitazione con strumenti validati (Ely et. al. 2003, Christensen et al. 2018), la

²⁷ http://iddsi.org/wp-content/uploads/2017/06/IDDSI-Framework-and-Descriptors-Italian_2017.05.15.pdf



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



postura, l'igiene orale, la qualità della voce e la presenza di patologie pregresse che possono essere associate a disfagia.

È fondamentale inoltre valutare indirettamente la gestione delle secrezioni salivari; possibili segni di penetrazione/inalazione sono: alterazioni della voce (voce gorgogliante) dopo deglutizione della saliva, la presenza di tosse riflessa pre-intra e post deglutitoria, l'assenza di deglutizioni spontanee, perdita (sialorrea) o ristagno orale di saliva, necessità di aspirazioni.

Successivamente può essere effettuato un test di screening con la somministrazione di boli (Perren et al. 2019, Christensen et al. 2018, Johnson et al. 2018, See et al. 2016, Brodsky et al. 2019).

Data la frequente presenza di secchezza delle fauci e del deficit di sensibilità faringo-laringea, può essere utile somministrare, previa igiene del cavo orale, piccoli pezzi di ghiaccio (ice chips) da far deglutire al paziente (Pisena and Lamngmore 2018).

In caso di screening negativo, si può iniziare la somministrazione del pasto secondo le modalità descritte precedentemente, in caso di screening positivo, deve essere effettuata la valutazione della deglutizione al fine di programmare interventi riabilitativi restitutivi e compensativi specifici.

L'adozione di una specifica presa in carico dei pazienti disfagici sembra migliorare gli outcome di questa tipologia di pazienti (Rassameehiran et al. 2015).

Al fine di favorire la comunicazione orale e il passaggio dell'aria nelle alte vie aeree (con conseguente miglioramento della sindrome da deafferentazione), si consiglia, previa idonea valutazione (Bargellesi et al. 2013), di posizionare una valvola fonatoria o un tappo. La valvola fonatoria, tuttavia, non permette l'umidificazione dell'aria inspirata, pertanto deve essere utilizzata per brevi periodi e solo se il paziente non è in grado di tollerare la chiusura con il tappo.

Emergenza COVID 19

Gli studi non mostrano, nei pazienti con esiti di COVID19, una maggiore prevalenza di disfagia (Cao et al. 2020); tuttavia soprattutto nei pazienti anziani, nei soggetti sottoposti a ventilazione prolungata e/o che presentino comorbidità, è importante effettuare un protocollo di screening prima di iniziare l'alimentazione per os così come descritto precedentemente.



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Rispetto alla valutazione della disfagia, si consiglia di limitare il più possibile la valutazione della tosse volontaria (per l'alto rischio droplets) così come definito dalle indicazioni internazionali (<https://worldswallowingday.org>).

Tutti i logopedisti che operano con pazienti disfagici, devono utilizzare dispositivi di protezione individuale (DPI) appropriati così come indicato dai documenti dell'Istituto Superiore di Sanità, dalle Società Scientifiche, dagli ordini di riferimento e dalle Associazioni Maggiormente Rappresentative²⁸.

AREA DELLE FUNZIONI COGNITIVE DI BASE E DELLA COMUNICAZIONE

Nelle terapie intensive è frequente riscontrare nei pazienti disorientamento, agitazione psicomotoria, delirium o presenza di confabulazioni.

Lo svolgimento di un'attività di riabilitazione richiede che medici, infermieri, psicologi, riabilitatori (fisioterapisti, terapisti occupazionali, educatori professionali, della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, logopedisti, ortottici, podologi, ecc.), possiedano corrette capacità comunicative e relazionali che consentano una migliore conoscenza del paziente e del suo percorso di cura. Il processo riabilitativo, attraverso una idonea comunicazione, si traduce in una vera e propria *risocializzazione* del paziente in quanto avviene dopo un disagio, un trauma, un impedimento psicofisico più o meno grave. Questi obiettivi sono raggiungibili solo attraverso una corretta comunicazione con il paziente, nel pieno rispetto dei diversi ruoli e competenze dell'équipe; in questo contesto va assicurata al paziente la possibilità di comunicare anche con l'esterno/i propri familiari, mettendogli a disposizione i mezzi disponibili nella struttura e aiutandolo nell'uso.

Il logopedista è il responsabile dell'abilitazione e riabilitazione della comunicazione e del linguaggio, verbali e non verbali all'interno delle terapie intensive (McRae et al. 2019).

Non è infrequente l'esperienza di forte stress emotivo e depressione dovuta alla limitazione della comunicazione o alla presenza di alterazioni cognitivo/comportamentali, si ripercuota su un abbassamento delle difese immunitarie (Karlsson et al. 2012, Menzel 1998).

²⁸ <https://fli.it/2020/03/16/raccomandazioni-per-lattivita-del-logopedista/>



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Relativamente al disorientamento spazio-temporale e all'agitazione psicomotoria, come definito in letteratura (Wilson 2009), nel limite del possibile, sarebbe consigliabile mantenere il ritmo luce/buio, evitare manipolazioni e mobilitazioni troppo energiche e/o rapide, evitare di cambiare in modo improvviso o rapido la proposta degli stimoli, avvisarli sempre di quello che si sta per fare (ad esempio "adesso cambiamo postura....", "adesso aspiriamo"....).

È inoltre importante dare poche ed essenziali informazioni tutti i giorni (data, dove si trova e motivo del ricovero) evitando di farle delle domande (non dire "che giorno è oggi?" ma "oggi è lunedì"....).

In alcuni pazienti il linguaggio potrebbe essere confuso e incomprensibile, non bisogna cercare di "interpretare" quello che dice o di farglielo ripetere. Se il paziente è molto confuso, bisogna fare domande semplici e su argomenti concreti che prevedono risposte si/no (ad esempio "è stanco?", "ha dolore?").

Qualora il paziente sia cosciente e responsivo, è importante promuovere la comunicazione attraverso ausili di Comunicazione Aumentativa Alternativa a bassa tecnologia (MacAulay et al 2002, Beukelman et al 2014).

Tutti gli operatori dovrebbero essere a conoscenza del codice condiviso scelto, in modo che al paziente sia data la possibilità di esprimersi quantomeno con si/no rispetto ai bisogni primari, in risposta a domande chiuse

Cristina Reverberi

Logopedista, Presidente FLI Emilia Romagna e CDA logopedisti Ordine TSRM PSTRP Modena e Reggio Emilia

Staff Risorse Umane Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia

Il gruppo di lavoro "La logopedia in area critica"

Manuela Locatelli Centro Polifunzionale "San Pietro", Monza

Laura Martinelli Libero Professionista, Como

Irene Battel Ospedale Civile san Giovanni e Paolo, Venezia

Fanny Meneguzzi ASFO - Ospedale Santa Maria degli Angeli, Pordenone



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Mattia Bertolazzo Fondazione Centro Assistenza Fermo Sisto Zerbato, Verona

Nicoletta Bonisoli Az. Ulss 9 Scaligera, Verona

Roberto Cascioli Montecatone Rehabilitation Institute, Imola (BO)

Isabella Koch Fondazione Ospedale San Camillo IRCCS, Venezia

Sara Nordio Fondazione Ospedale San Camillo IRCCS, Venezia

Jennifer Piazzoni ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo

Chiara Stracquadanio ASST Santi Paolo e Carlo, Milano

Cinzia Scarton Ospedale Ca' Foncello, Treviso

Raffaella Citro Federazione Logopedisti Italiani (FLI)

Marta Zamboni USL-IRCCS di Reggio Emilia

Giovanna Lovato Federazione Logopedisti Italiani (FLI)

Giuseppe Mancini, Federazione Logopedisti Italiani (FLI)

Alessia Pisano USL-IRCCS di Reggio Emilia

Emanuela Borghi USL-IRCCS di Reggio Emilia

Alessia Samuelli Fondazione Don Gnocchi Rovato (BS)

Ilaria Trioli Centro Cardinal Ferrari Parma

Bibliografia

1. Bargellesi, S., Reverberi, C., & De Tanti, A. (2013). La gestione della cannula tracheostomica nelle persone con grave cerebrolesione acquisita: consenso a un protocollo condiviso.
2. Beukelman R., Mirinda P. (2014,) Manuale di Comunicazione Aumentativa e Alternativa, ed., Trento, p.635 ed Erikson 2014
3. Brodsky, M. B., Mayfield, E. B., & Gross, R. D. (2019, June). Clinical Decision Making in the ICU: Dysphagia Screening, Assessment, and Treatment. In Seminars in speech and language (Vol. 40, No. 03, pp. 170-187). Thieme Medical Publishers.
4. Cao y. et al (2020) Imaging and Clinical Features of Patients With 2019 Novel Coronavirus SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis. J Med Virol. 2020 Apr 3
5. Christensen, M., & Trapl, M. (2018). Development of a modified swallowing screening tool to manage post-extubation dysphagia. Nursing in critical care, 23(2), 102-107.
6. Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., ... & Sessler, C. N. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Jama*, 289(22), 2983-2991.
7. El Solh, A., Okada, M., Bhat, A., Pietrantoni, C. (2003). Swallowing disorders post orotracheal intubation in the elderly. *Intensive Care Med.*, 29(9) 1451-55



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



8. Garuti, G., Reverberi, C., Briganti, A., Massobrio, M., Lombardi, F., & Lusuardi, M. (2014). Swallowing disorders in tracheostomised patients: a multidisciplinary/multiprofessional approach in decannulation protocols. *Multidisciplinary respiratory medicine*, 9(1), 36.
9. Johnson, K. L., Speirs, L., Mitchell, A., Przybyl, H., Anderson, D., Manos, B., ... & Winchester, K. (2018). Validation of a postextubation dysphagia screening tool for patients after prolonged endotracheal intubation. *American Journal of Critical Care*, 27(2), 89-96.
10. Karlsson V, Bergbom I, and Forsberg A. (2012) The lived experience of adult intensive care patients who were conscious during mechanical ventilation: a phenomenological-hermeneutic study. *Intens Crit Care Nurs* ; 28: 6–15.
11. Leder, S. B., Warner, H. L., Suiter, D. M., Young, N. O., Bhattacharya, B., Siner, J. M., ... & Pisani, M. A. (2019). Evaluation of Swallow Function Post-Extubation: Is It Necessary to Wait 24 Hours?. *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 128(7), 619-624.
12. MacAulay, F., Judson, A., Etchels, M., Ashraf, S., Ricketts, I. W., Waller, A., & Gordon, B. (2002, July). ICU-Talk, a communication aid for intubated intensive care patients. In *Proceedings of the fifth international ACM conference on Assistive technologies* (pp. 226-230).
13. Macht, M., King, C. J., Wimbish, T., Clark, B. J., Benson, A. B., Burnham, E. L., & Moss, M. (2013). Post-extubation dysphagia is associated with longer hospitalization in survivors of critical illness with neurologic impairment. *Critical Care*, 17(3), R119.
14. Macht, M., Wimbish, T., Bodine, C., & Moss, M. (2013). ICU-acquired swallowing disorders. *Critical care medicine*, 41(10), 2396-2405.
15. McRae, Jackie, Montgomery, Elizabeth, Garstang, Zoë, Cleary, Eibhlin (2019). The role of speech and language therapists in the intensive care unit. *Journal of the Intensive Care Society*
16. Menzel LK. (1998) Factors related to the emotional responses of intubated patients to being unable to speak. *Heart. Lung*; 27: 245–252
17. Patel, D. A., Krishnaswami, S., Steger, E., Conover, E., Vaezi, M. F., Ciucci, M. R., & Francis, D. O. (2018). Economic and survival burden of dysphagia among inpatients in the United States. *Diseases of the esophagus: Official journal of the International Society for Diseases of the Esophagus*, 31(1), 1–7.
18. Perren, A., Zürcher, P., & Schefold, J. C. (2019). Clinical approaches to assess post-extubation dysphagia (PED) in the critically ill. *Dysphagia*, 1-12.
19. Pisegna J, Langmore S (2018) The Ice Chip Protocol: A Description of the Protocol and Case Reports erspectives of the ASHA Special Interest GroupsSIG 13, Vol. 3(Part 1)
20. Rassameehiran, S., Klomjit, S., Mankongpaisarnrung, C., & Rakvit, A. (2015, January). Postextubation dysphagia. In *Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 28, No. 1, pp. 18-20). Taylor & Francis.
21. Reverberi C., Lombardi F., Lusuardi M. et al (2018) Development of the decannulation prediction tool in patients with dysphagia after acquired brain injury *J Am Med Dir Assoc*. 20(4):470-475.
22. See, K. C., Peng, S. Y., Phua, J., Sum, C. L., & Concepcion, J. (2016). Nurse-performed screening for postextubation dysphagia: a retrospective cohort study in critically ill medical patients. *Critical Care*, 20(1), 326.
23. Skoretz, S. A., Flowers, H. L., & Martino, R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest*, 137(3), 665-673.



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



24. Warnecke T, Im S, Kaiser C, Hamacher C, Oelenberg S, Dziewas R . Aspiration and dysphagia screening in acute stroke - the Gugging Swallowing Screen revisited Eur J Neurol. 2017 Apr;24(4):594-601.
25. Wilson B. Memory Rehabilitation Guilford Press; 1 edition (31 July 2009)
26. Zampolini et al. (2012) Rehabilitation of traumatic brain injury in Italy: a multi-centred study Brain Injury 26(1):27-35
27. Zuercher, P., Moret, C. S., Dziewas, R., & Schefold, J. C. (2019). Dysphagia in the intensive care unit: epidemiology, mechanisms, and clinical management. Critical care, 23(1), 103.



Allegato 4: L'Attività a Distanza del Logopedista. Smart Working nell'Emergenza CoViD-19

ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA

Cari colleghi/e,

dato lo stato di emergenza che stiamo vivendo a causa della pandemia da CoViD-19, le istituzioni tutte stanno lavorando al contenimento del contagio. Le restrizioni messe in atto hanno comportato gravi limitazioni alle attività di tutti i cittadini, nello specifico la libera professione del logopedista ha visto la chiusura immediata degli studi professionali per le attività procrastinabili, che ha rappresentato “ il senso civico “ della categoria, che ha saputo dare priorità al bisogno di salute collettivo, mettendo da parte gli aspetti economici.

Tutte le istituzioni hanno partecipato a fornire delle raccomandazioni per la gestione delle criticità. La nostra Commissione in accordo alle indicazioni date dalla FNO TSRM-PSTRP e dalla FLI, vuole supportare i liberi professionisti fornendo delle indicazioni per l'attività logopedica a distanza.

Ogni professionista potrà in autonomia decidere quali sono i percorsi possibili: in termini di **derogabilità e/o inderogabilità**, valuterà in relazione agli atti professionali che dovrà attivare e ai bisogni della persona richiedente o che deve continuare la presa in carico. (<https://fli.it/2020/03/16/raccomandazioni-per-lattivita-del-logopedista/>)

Certo sappiamo che il trattamento diretto nella maggior parte dei casi rimane elettivo, ma la situazione di emergenza richiede un adattamento importante per la prosecuzione dell'attività professionale in aiuto alla persona fragile. Il **professionista saprà riconoscere** anche i **limiti** di tale attività.

L'obbligo a rimanere in casa, la chiusura delle scuole e dei centri diurni per disabili aumenta le ore di possibile intervento mediato dalle famiglie e dai caregiver.

A seguire trovate la spiegazione delle varie forme in cui si può svolgere una seduta.

COME OPERARE A DISTANZA?

È possibile utilizzare piattaforme già esistenti e validate, adibite alla **Teleriabilitazione**.

Oltre alle specificità della teleriabilitazione, è possibile tramite la tecnologia delle telecomunicazioni, collegare il logopedista e il paziente, per la valutazione, la riabilitazione e / o il counselling.

Si possono così identificare 3 modalità di lavoro:

- **SINCRONO** (client interactive): l'attività viene condotta con connessione audio e video interattiva in tempo reale per creare un'esperienza di persona simile a quella ottenuta in un incontro tradizionale;
- **ASINCRONO** (store-and-forward): vengono inviati materiali al paziente e possono essere acquisiti immagini o dati che vengono trasmessi (ovvero archiviati e inoltrati) per la visualizzazione o l'interpretazione da parte di un professionista. Gli esempi includono la trasmissione di clip vocali o i risultati raggiunti dal paziente grazie al proprio lavoro in autonomia;



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



- **IBRIDO:** combinazione di modalità sincrone e asincrone.

Sarà responsabilità del professionista, in base al quadro clinico, alle caratteristiche del paziente, all'età, ai caregiver e agli obiettivi che erano stati posti in precedenza, **scegliere la modalità** di svolgere le attività più **opportuna**.

Certi della vostra attenzione, vi sottolineiamo l'importanza di garantire a voi stessi e al paziente, sia esso pediatrico o adulto, la sicurezza del rispetto della **privacy** con la specifica dell'utilizzo di materiale audiovisivo. Qualora nel modulo che state utilizzando ad oggi non siano presenti tali specifiche, vi invitiamo ad usufruire di quello che potete reperire nell'appendice del documento (**Integrazione informativa privacy**), avendo come accortezza il fatto di allegare, nel caso di pazienti minori, copia del documento di identità dei genitori /tutori legali. E' stato inoltre elaborato un **consenso informato** al trattamento **con una dicitura integrativa (Consenso informato trattamento logopedico per riabilitazione a distanza)**, specificatamente pensato per l'attuale situazione di emergenza, che troverete a seguire in allegato.

Facendovi inviare via mail i moduli dal paziente stesso, dai genitori o dai tutori, sarà importante farvi inviare anche copia del documento di identità.

Vi ricordiamo inoltre che **il materiale ivi presente** sarà poi **aggiornato** in un secondo momento ed arricchito ma ad oggi vogliamo garantire una tempestiva e concreta risposta all'emergenza covid-19.

PUNTI CHIAVE ETICA

I **principi etici** e le norme del **Codice deontologico** si applicano anche nei casi in cui le prestazioni vengono effettuate con il supporto di tecnologie di comunicazione a distanza. Tali principi e norme debbono essere esplicitati dal professionista che eroga la prestazione.

In particolare ricordiamo le norme sul Segreto professionale e su Informazione e Consenso, il dovere di prestare il miglior trattamento disponibile alla persona in cura, nell'ambito della propria competenza professionale, e la verifica continua dell'efficacia terapeutica (cfr. Art. 11-12-13 Codice Deontologico FLI).

ADEGUATEZZA

È responsabilità di ogni logopedista, prima di iniziare un intervento on line, **valutare l'adeguatezza** di tale strumento in base alle caratteristiche dell'intervento e dei soggetti coinvolti e a modificarlo in base alla tipologia di paziente. È responsabilità del logopedista inoltre **informare paziente o caregiver** dei **limiti** e delle **caratteristiche** e del fatto che è la miglior soluzione possibile in questo momento.

In ogni caso l'intervento sarà su misura per la singola persona che va presa in carico nella sua globalità, evitando l'uso di modelli e schemi preconfezionati.



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



COMPETENZA

I logopedisti, ai primi incontri, dovranno fornire servizi on line **entro i limiti della loro competenza** derivata dalla loro formazione, istruzione, esperienza di tirocinio, o altre esperienze professionali, e dovrebbero **comprendere i limiti e le applicazioni delle diverse tecnologie**.

Lo sviluppo delle tecnologie di comunicazione a distanza consente interventi di **e-health** anche di carattere ri-abilitativo. Tali contesti applicativi, per la complessità e la specificità che li caratterizza, richiedono al professionista la disponibilità di tecnologie adeguate e il possesso di particolari competenze nel loro uso.

I logopedisti dovranno **rendere identificabili le loro competenze ai clienti**, dichiarando la loro identità (ad esempio, specificando una posizione geografica) e fornendo prove della loro identità, comprese le qualifiche, l'esperienza in materia (tra cui esperienza nella fornitura di servizi on line) e l'appartenenza a qualsiasi registro/albo ed eventuali organi sociali competenti, e guidare il cliente su come/dove possono verificare queste informazioni (siti web/pagine degli albi professionali).

I logopedisti dovranno assumersi la responsabilità di valutare continuamente le loro competenze in questo settore.

ASPETTI LEGALI

I logopedisti dovranno conoscere e rispettare tutte le leggi e i regolamenti.

Per la custodia dei dati e delle informazioni si applicano le norme previste dalla normativa vigente.

I logopedisti dovranno esplicitare all'utenza che la propria abilitazione consente la prestazione di servizi on line.

RISERVATEZZA

I logopedisti devono (aggiornandosi costantemente) prendere tutte le **precauzioni** (ad esempio, le misure di sicurezza informatica) per **proteggere e mantenere la riservatezza dei dati** e delle informazioni relative ai propri clienti, oltre a doverli **informare** riguardo le precauzioni prese, anche riguardo il potenziale aumento dei rischi sulla riservatezza, inerente le differenti tecnologie utilizzate (per esempio, email vs videoconferenze) nonché i **limiti** che ciascuna modalità offre alla riservatezza.

Il logopedista che si serve di tecnologie elettroniche per la comunicazione a distanza è tenuto a utilizzare sistemi hardware e software che prevedano **efficienti sistemi di protezione dei dati**.

CONSENSO



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



I logopedisti devono ottenere e documentare accuratamente il **consenso informato**, per quanto possibile, conformemente a tutte le leggi e regolamenti in materia.

Il **consenso per i servizi** di teleriabilitazione deve affrontare le **questioni chiave relative alla tecnologia**, nonché il processo dell'intervento, tra cui: la privacy e la riservatezza, la struttura e la durata (tempi) dei servizi forniti, i rischi potenziali, le limitazioni dei rispettivi mezzi di comunicazione utilizzati e per i quali il servizio sarà/può essere fornito on line, le misure di sicurezza adottate, l'affidabilità della connessione on line, le attrezzature tecnologiche e le competenze, i limiti riguardo la comunicazione e la possibilità per le incomprensioni che potrebbero verificarsi, la tenuta dei registri (come e dove le informazioni personali saranno registrate e conservate e chi avrà accesso ad esse), le strategie di gestione del rischio, le disponibilità (tempi e modalità) ad essere contattati, le regole di partecipazione/termine e le politiche di cancellazione.

Per i punti "consenso" e "riservatezza" avete **in allegato i moduli** da poter proporre ai pazienti, da modificare in base alle vostre esigenze e ai moduli che precedentemente avete fatto firmare. Si ricorda che le piattaforme comunemente usate per la riabilitazione a distanza hanno solitamente un loro sistema per la privacy che il cliente accetta quando vi si iscrive, è bene però controllare se non si sono mai usati prima.

OPPORTUNITÀ

Saper cogliere delle opportunità legate alle proposte di solidarietà che provengono da istituzioni private ecc. un esempio ci è dato dall'UNESCO, che ha dato accesso alla Biblioteca Digitale Mondiale su Internet. (<https://www.wdl.org>)

Restando a vostra disposizione, buon LAVORO A DISTANZA!!!

Referente Commissione Libera Professione FLI

Maria Rosa Paterniti



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- AGGIORNAMENTO RACCOMANDAZIONI PER L'ATTIVITA' DEL LOGOPEDISTA AI TEMPI DEL CORONAVIRUS
<https://fli.it/2020/03/16/raccomandazioni-per-lattivita-del-logopedista/>
- FNO TSRM-PSTRP indicazioni per i professionisti e su COVID-19
<http://www.tsrn.org/wp-content/uploads/2020/03/FNO-TSRM-e-PSTRP-Indicazioni-ai-liberi-professionisti.pdf>
<http://www.tsrn.org/index.php/polmonite-da-nuovo-coronavirus-2019-ncov-in-cina/>
- codice deontologico
www.fli.it,
- documento libera professione (moduli privacy e consenso informato)
www.fli.it
- “Limiti e proposte riabilitative per il trattamento logopedico”, Commissione d’Albo Logopedisti Ba-Bat-Ta, FLI Puglia
<https://alpu.fli.it/2020/03/11/limiti-e-proposte-alternative-per-il-trattamento-riabilitativo-logopedico/>
- <https://logopedistiinbasilicata.it/index.php/2020/03/15/covid-19/#more-438>
- <https://www.asha.org/Practice-Portal/Professional-Issues/Telepractice/>
- <https://www.wdl.org>
- nei pazienti post ictus
http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/dispositiviMedici/C_17_pagineAree_120_2_listaFile_itemName_12_file.pdf
- documento su telemedicina del ministero della salute del 2012 con decreti attuativi del 2014
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2129_allegato.pdf
- e-book su tech trend 2019
<https://www.key4biz.it/tech-trend-2019-key4biz.pdf>



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



ALLEGATI IN APPENDICE

I seguenti moduli sono stati modificati per l'attuale emergenza, è comunque opportuno modificarli in base alle esigenze lavorative, alle piattaforme utilizzate, ai programmi che vengono utilizzati nello scambio. Vi invitiamo quindi a verificare la presenza delle corrette diciture sui vostri moduli. Per chi avesse già utilizzato i moduli FLI indicati sul documento della Libera Professione, il riferimento alle modalità telematiche/informatiche di trattamento dati è presente.



INTEGRAZIONE ALL'INFORMATIVA PRIVACY PER ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA** -MINORI

Legge n. 675/1996 e successive modificazioni (D.L.n°196 del 30.06.03) - Aggiornato ai sensi dell'articolo 13 del GDPR
679/2016

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il
___/___/___ e residente in _____ lo sottoscritta sig.ra
_____ nata a _____ il ___/___/___ e
residente in _____, genitori/tutori legali del minore minore
_____ nato/a a _____ il ___/___/___,

già in trattamento presso la dott.ssa/il dott. _____, con questo documento scritto
confermiamo ed estendiamo il consenso informato privacy già firmato in precedenza e autorizziamo il
proseguimento delle sedute riabilitative e/o di consulenza considerato il particolare momento di emergenza
sanitaria utilizzando:

- il servizio telematico Skype (o altro, inserire il nome) in video conferenza
- Whatsapp/mail altro (indicare il nome) per lo scambio di materiale video o foto
-

Siamo consapevoli che durante il video collegamento deve essere garantito che non ci sia la presenza di terze
persone e che la seduta non potrà in alcun modo essere registrata e che il videocollegamento è garantito da
risorse che garantiscono il rispetto della vigente normativa privacy.

Siamo consapevoli che il materiale video/audio/foto inviato alla dott.ssa/ al dott. _____
ai fini di counselling e consulenza verrà trattato come i dati sanitari trattati in via telematica
precedentemente forniti (controllare se presente la voce su propria informativa, nell'informativa FLI
presente).

Data / /

Luogo

Firma madre leggibile _____

Firma padre leggibile _____

DA RINVIARE ALLA DOTT.SSA/DOTT. _____ VIA MAIL ALL'INDIRIZZO
_____ CON ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

** MODULO inserito per attività a distanza del logopedista in seguito a situazione di emergenza dovuta a COVID-19 i
punti in grassetto nel corpo del testo si possono modificare



INTEGRAZIONE ALL'INFORMATIVA PRIVACY ATTIVITÀ A DISTANZA DEL LOGOPEDISTA** -ADULTI

Legge n. 675/1996 e successive modificazioni (D.L.n°196 del 30.06.03) - Aggiornato ai sensi dell'articolo 13 del GDPR 679/2016

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il
___/___/___ e residente in _____ già in trattamento presso la
dott.ssa/il dott. _____, con questo documento scritto confermo ed estendo il consenso
informato privacy già firmato in precedenza e autorizziamo il proseguimento delle sedute riabilitative e/o di
consulenza considerato il particolare momento di emergenza sanitaria utilizzando:

- il servizio telematico Skype (o altro, inserire il nome) in video conferenza
- Whatsapp/mail altro (indicare il nome) per lo scambio di materiale video o foto
-

Sono consapevole che durante il video collegamento deve essere garantito che non ci sia la presenza di terze
persone e che la seduta non potrà in alcun modo essere registrata e che il videocollegamento è garantito da
risorse che garantiscono il rispetto della vigente normativa privacy.

Sono consapevole che il materiale video/audio/foto inviato alla dott.ssa/ al dott. _____ ai
fini di counselling e consulenza verrà trattato come i dati sanitari trattati in via telematica precedentemente
forniti (controllare se presente la voce su propria informativa, nell'informativa FLI presente).

Data / /

Luogo

Firma leggibile _____

DA RINVIARE ALLA DOTT.SSA/DOTT. _____ VIA MAIL ALL'INDIRIZZO
_____ CON ALLEGATA COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITÀ

** MODULO inserito per attività a distanza del logopedista in seguito a situazione di emergenza dovuta a COVID-19 i
punti in grassetto nel corpo del testo si possono modificare



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO LOGOPEDICO CON MINORI **

(Art. 5 - Convenzione di Oviedo)

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il ___/___/___ e residente in _____ lo sottoscritta sig.ra _____ nata a _____ il ___/___/___ e residente in _____ prima di ottenere prestazioni professionali di tipo logopedico da parte del/la dottore/ssa _____ in favore del minore _____ nato/a a _____ il ___/___/___ sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione offerta è una terapia atta a migliorare gli aspetti comunicativi e linguistici del bambino, e/o a potenziare le abilità di apprendimento scolastico e/o riabilitare le abilità masticatorie e deglutitorie;
- Le sedute verranno rese in via telematica (video-conferenza e chat) tramite Skype o analogo sistema digitale (inserire nome del sistema utilizzato)**
- il trattamento si articola in ___ sedute di valutazione e consegna della relazione, trattamento riabilitativo. Qua modificare in base a come si è ridisposto il trattamento
- a tal fine potranno essere usati strumenti di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione;
- lo strumento principale di intervento sarà la seduta riabilitativa di 45-60 minuti, con frequenza settimanale da valutare in relazione alla problematica del bambino e alla disponibilità in studio;
- il compenso, sarà di euro _____ a terapia, da conferire secondo accordi presi;
- in caso di impossibilità a presentarmi all'appuntamento, rinvieremo con un preavviso di 24 ore; in caso di mancato preavviso, pagheremo comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta o le spese, secondo gli accordi;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al logopedista la volontà di interruzione;
- Il logopedista è tenuto a rispettare il Codice Deontologico dei Logopedisti Italiani;
- le sedute potrebbero essere audio/videoregistrate a soli scopi professionali/didattico/scientifici,

fermi restando gli obblighi del logopedista al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza; informato/a di tutto ciò, accettiamo che nostro figlio fruisca della prestazione concordata con il/la dr/dr.ssa _____ iscritto/a all'Ordine Professionale TSRM-PSTRP di _____ - Albo Logopedisti n° _____.

Luogo e data _____

FIRMA DELLA MADRE LEGGIBILE.

FIRMA DEL PADRE LEGGIBILE

** dicitura inserita per attività a distanza del logopedista in seguito a situazione di emergenza dovuta a COVID-19



CONSENSO INFORMATO AL PERCORSO LOGOPEDICO ADULTI

(Art. 5 - Convenzione di Oviedo)

Io sottoscritto sig. _____ nato a _____ il
___/___/___ e residente in _____ prima di ottenere
prestazioni professionali di tipo logopedico da parte del/la dottore/ssa _____ in
mio favore sono stato informato sui seguenti punti:

- la prestazione offerta è una terapia atta a migliorare gli aspetti comunicativi e linguistici, e/o a potenziare le abilità di apprendimento scolastico e/o riabilitare le abilità masticatorie e deglutitorie;
- Le sedute verranno rese in via telematica (video-conferenza e chat) tramite Skype o analogo sistema digitale (inserire nome del sistema utilizzato)**
- il trattamento si articola in ___ sedute di valutazione e consegna della relazione, trattamento riabilitativo. Qua modificare in base a come si è ridisposta l'attività
- a tal fine potranno essere usati strumenti di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione;
- lo strumento principale di intervento sarà la seduta riabilitativa di 45-60 minuti, con frequenza settimanale da valutare in relazione alla problematica e alla disponibilità in studio;
- il compenso, sarà di euro _____ a terapia, da conferire secondo accordi presi;
- in caso di impossibilità a presentarmi all'appuntamento, rinvieremo con un preavviso di 24 ore; in caso di mancato preavviso, pagheremo comunque l'importo relativo alla prestazione professionale non goduta o le spese, secondo gli accordi;
- la durata globale dell'intervento non è definibile a priori: si concorderanno obiettivi e tempi di volta in volta;
- in qualsiasi momento potremo interrompere la terapia. Al fine di permettere i migliori risultati della stessa comunicheremo al logopedista la volontà di interruzione;
- Il logopedista è tenuto a rispettare il Codice Deontologico dei Logopedisti Italiani;
- le sedute potrebbero essere audio/videoregistrate a soli scopi professionali/didattico/scientifici,

fermi restando gli obblighi del logopedista al rispetto del segreto professionale e alla riservatezza; Informato/a di tutto ciò, accetto di fruire della prestazione concordata con il/la dr/dr.ssa _____ iscritto/a all'Ordine Professionale TSRM-PSTRP di _____ - Albo Logopedisti n° _____.

Luogo e data _____

FIRMA LEGGIBILE.

** dicitura inserita per attività a distanza del logopedista in seguito a situazione di emergenza dovuta a COVID-19



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Allegato 5: CPLOL Covid-19 Statement

COMITÉ PERMANENT DE LIAISON
DES ORTHOPHONISTES-LOGOPÈDES
DE L'UNION EUROPÉENNE



STANDING LIAISON COMMITTEE OF E.U.
SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS
AND LOGOPEDISTS

SPEECH-LANGUAGE THERAPY PRACTICE during COVID-19 EMERGENCY CRISIS

Europe is living an unprecedented situation that changed our lives overnight. Health care professionals, such as Speech-Language Therapists (SLTs)/Logopedists, continue to provide services to their clients/patients in various settings despite potential danger to themselves and their families. CPLOL is the authoritative voice of SLT Associations in Europe, comprising of more than 40,000 SLTs. The purpose of this document is to provide information on CPLOL's position about two critical aspects that should guide service delivery during the acute phase of the pandemic and also during the post-acute phase in the upcoming months. *First*, on the implementation of appropriate safety/protection measures; *second*, on the use of telehealth and telepractice to ensure the continuation of therapy/rehabilitation.

SLTs offering services in hospitals and other healthcare settings are at the forefront of this crisis together with other front-liners who must continue provide services to the most vulnerable. While supplies of Personal Protective Equipment (PPEs) are scarce in some countries, it is imperative that authorities ensure that PPEs are available to SLTs. Proper protection safeguards not only the professional who uses it, but also other patients and health care workers in the system. In addition, the WHO recommends wider testing of hospitalised patients and professionals in order to better monitor the outbreaks and isolate persons with COVID-19 infections who may be asymptomatic but continue to spread the disease.

In addition to treating hospitalized patients with or without COVID-19, SLTs treat individuals with communication and swallowing disorders who must continue to receive services. These conditions have an impact on the quality of life of individuals and halting therapy is detrimental to the overall progress of the client. In the case of swallowing disorders, halting treatment, may be life-threatening. Furthermore, the COVID-19 has generated a new clinical group of patients with potentially swallowing and communication needs requiring SLT services beyond the acute phase of hospitalization.

Other types of conditions, such as Autism Spectrum Disorders, require intensive involvement by the SLT professional due to the extreme changes and disruption to our daily routine. Therefore, in line with WHO recommendations as well as directives issued by several European governments for home confinement and social distancing, CPLOL recommends that SLTs carry out telepractice whenever appropriate so that the clients may continue to benefit from therapy.

There is scientific evidence that telepractice which is one aspect of telehealth, can be safely and effectively performed in SLT and research supports this service model as a legitimate and viable clinical mode of service delivery. Prior to the current pandemic, guidelines had already been issued by national and international associations. There are guidelines on implementing telepractice in children and adults with a variety of communication disorders. Considerations such as protection of personal data and quality of service delivery are in the forefront of such

C.P.L.O.L. – 145, Bd Magenta – 75010 PARIS
Tél: +356 7942 7660
E-mail: cplol@cplol.eu



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



COMITÉ PERMANENT DE LIAISON
DES ORTHOPHONISTES-LOGOPÈDES
DE L'UNION EUROPÉENNE



STANDING LIAISON COMMITTEE OF E.U.
SPEECH AND LANGUAGE THERAPISTS
AND LOGOPEDISTS

methodologies. Research evidence supports the use of several means for this purpose, whilst taking into account all ethical obligations and online security issues.

We are living a crisis that is drastically impacting all economic sectors and is having severe financial implications for families. We appeal to insurance companies to review their current policies with regard to telehealth and telepractice and include this service delivery model in the list of services that may be claimed for reimbursement by policy holders. It is imperative that individuals with communication and swallowing difficulties are not deprived of their right for therapy where this is available.

CPLOL appreciates that Covid-19 has drawn the whole world to its knees and that there are several difficulties and concerns that authorities are facing. At the same time, countries should not neglect those with existing conditions because that will result in additional immediate health, economic and societal burden. We thank all authorities and institutions who already have a system in place for SLTs and hope that our recommendations will be taken into serious consideration by the others.

Norma Camilleri
CPLOL Chair

Fofi Constantinidou
CPLOL Deputy Chair

Allegato 6: Voce e Logopedia a distanza



GIORNATA MONDIALE DELLA VOCE

16 APRILE 2020

CONSIDERAZIONI SU VOCE E LOGOPEDIA A DISTANZA

In occasione della Giornata Mondiale della Voce 2020, abbiamo condiviso delle considerazioni per i numerosi colleghi che, non potendo lavorare in presenza a causa dello stato di emergenza da CoViD – 19, sono attualmente impegnati nell'intervento a distanza o nella teleriabilitazione.

Questo tipo di intervento, in tutte le sue forme, dalla consulenza al parent training all'intervento diretto, effettuato con piattaforme multimediali e veicolato da dispositivi elettronici mobili e fissi, sta esponendo il Logopedista a fonastenia.

Allo stesso modo, insegnanti impegnati nella didattica a distanza e altre categorie di lavoratori che utilizzino i suddetti dispositivi o, in minor misura, il privato cittadino che in stato di quarantena ha aumentato o utilizzato per la prima volta dispositivi elettronici per comunicare con parenti ed amici, sono a rischio di danno vocale.

Le criticità maggiormente evidenziate sono :

- Stanchezza vocale
- Stanchezza fisica generale

I fattori che concorrono a generare l'esposizione alla fonastenia possono essere:

- L'alterazione delle componenti di comunicazione non verbale prossemica, particolarmente distorta dal vedere vicino un soggetto che si sa lontano, ed aptica
- L'enfaticizzazione della componente di comunicazione vocale non verbale
- L'adottare posture disfunzionali
- La difficoltà nel gestire i turni di locuzione
- Potenziali difficoltà di connessione internet



DOCUMENTO CONDIVISO FLI – CDA DEI LOGOPEDISTI



Per cercare di ovviare all'eventuale disfunzione vocale per i professionisti impegnati nelle attività di intervento a distanza è bene avere delle corrette strategie vocali, generali e di comunicazione:

- Dare inizio all'attività professionale ben riposati
- Evitare cibi e bevande che favoriscano irritazione gastrica o disidratanti
- Effettuare una idratazione massiva generale e locale, ad esempio applicando garze imbevute
- Dotarsi di un umidificatore da tenere nei pressi della postazione di lavoro
- Effettuare un riscaldamento vocale della durata di circa 10 minuti
- Distanziare le terapie con intervalli di 10/15 minuti l'una dall'altra
- Limitare le altre attività vocali personali (videochiamate, telefonate) nei giorni di intenso lavoro; se impossibilitati a poterlo fare, concedersi del riposo vocale prima di cominciare altre conversazioni
- Comunicare con cuffie specifiche per questo tipo di comunicazione o ovviare con auricolari, lasciando libero un orecchio quando si parla. Si avrà un feedback sulla propria voce che farà evitare sforzi inutili.
- Dotarsi di un microfono esterno
- Evitare il sovraccarico lavorativo in un periodo di tempo limitato ma distribuire le sedute nell'arco della settimana
- Stabilire delle regole di turnazione con il paziente o con il caregiver così da non sovrapporre la propria voce su quella dell'altro
- Essere consapevoli del proprio volume della voce, adeguarlo alla conversazione. Questo sarà di esempio per il paziente che adotterà la stessa strategia
- Adattare la propria postazione di lavoro in maniera funzionale così da non avere posture disfunzionali
- Posizionarsi in un ambiente areato, con luce soffusa ma non buio, silenzioso
- Chiedere anche all'utente di porsi in un ambiente quanto più possibile silenzioso.

Alla fine di ogni seduta:

- Ripetere l'idratazione locale
- Effettuare dello stretching per liberarsi dalle tensioni naturalmente accumulate
- Non fumare
- Lasciar riposare la voce per un tempo adeguato.

Alla fine dell'attività professionale non impegnarsi subito in attività familiari o che comportino un carico vocale e fisico.

Avendo consapevolezza dei meccanismi comunicativi che generano un innaturale innalzamento del volume, comprendendo l'inutilità di quest'ultimo, esplorando e facendo esperienza nel lavoro a distanza, imparando ad utilizzare gli strumenti di comunicazione e attenendoci a norme e strategie vocali e di comunicazione, renderemo l'attività logopedica più facile, funzionale e con un minor dispendio di energie e minor carico vocale.

Log. Paola Magaldi