

Carlo Fiori

Sabrina Gianoncelli

Elisa De Maestri

Maria Teresa Parolini

La gestione del paziente disfagico in RSA



Definizione

- **DISFAGIA**: dal greco *δυσ* (male) e *φαγειν* (mangiare), sta a indicare qualsiasi disturbo nella progressione del cibo dal cavo orale allo stomaco, vale a dire una difficoltà o impossibilità a deglutire oppure un rallentamento della deglutizione.

Le dimensioni del problema

- dal 10 al 30% delle persone ultrasessantacinquenni ha problemi di deglutizione.
- Tra i soggetti anziani di età superiore agli 87 aa. la prevalenza di disfagia è del 16% mentre raggiunge il 40-60% negli ospiti di R.S.A.

Le dimensioni del problema

PREVALENZA DI DISFAGIA IN ALCUNE PATOLOGIE

Patologia	Disfagia (%)
Paralisi cerebrale infantile (P.C.I.)	40%
Morbo di Parkinson	30-80%
Gravi traumi cranici	41%
Demenze	40-70%
SLA	30-81%
Sclerosi multipla	33-55%
Tumori testa-collo	44-51%

Le dimensioni del problema

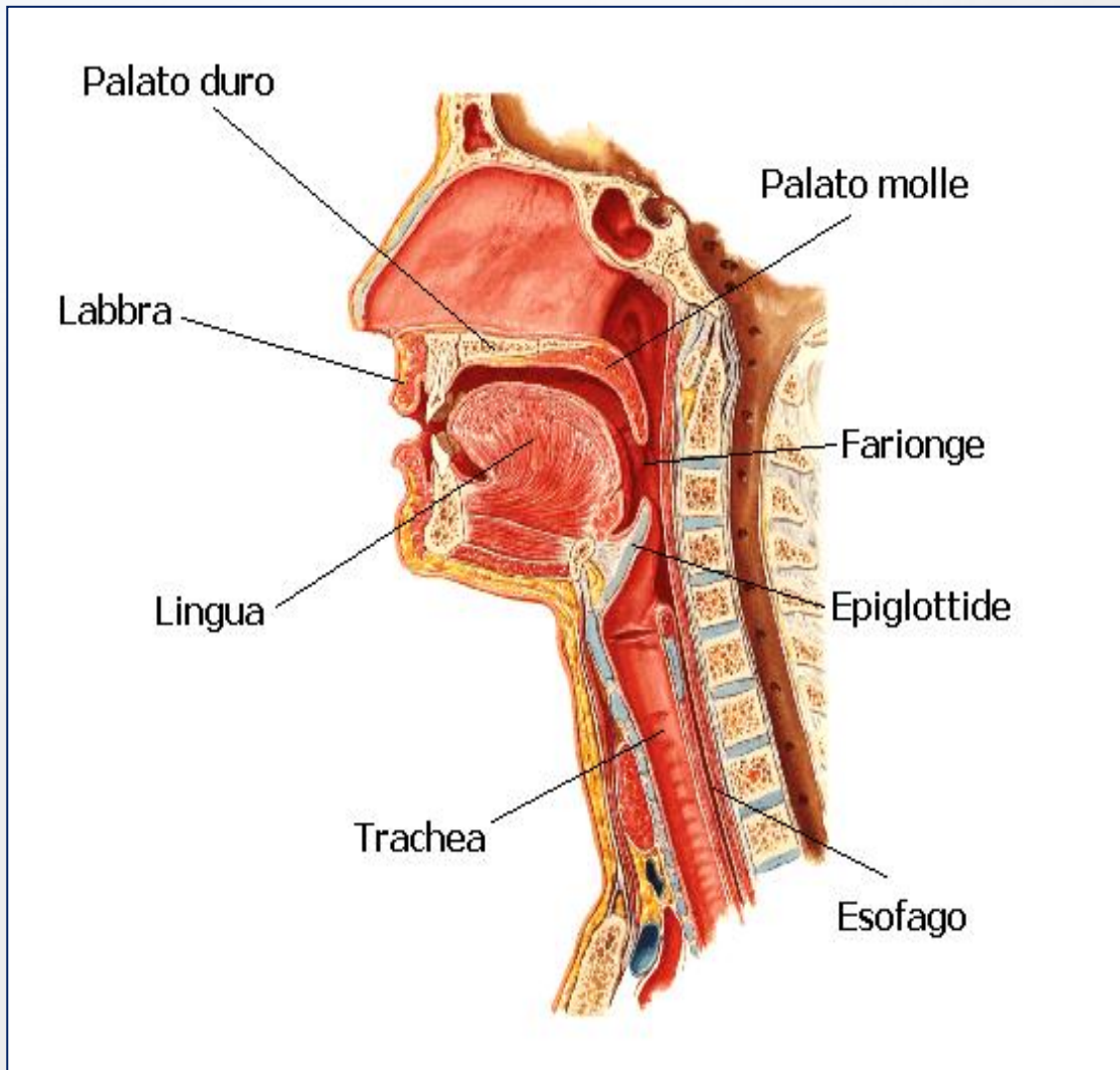
ICTUS E DISFAGIA

Tempo trascorso dall'ictus	Percentuale di disfagia
1 giorno	8-67%
1 settimana	13-43%
1 mese	1-5%
6 mesi	1-11%

Fisiologia della deglutizione

- Processo estremamente complesso che richiede la contrazione coordinata della muscolatura oro-faringea, laringea ed esofagea.
- Sono coinvolti in questa prassia 25 muscoli diversi e ben sei dei dodici nervi cranici (V, VII, IX, X, XI, XII).

Fisiologia della deglutizione



L'atto deglutitorio nel soggetto adulto viene comunemente distinto in sei fasi:

***Preparazione extraorale del cibo
→ Preparazione orale → Fase orale
→ Fase faringea → Fase esofagea → Fase gastrica.***

Fisiologia della deglutizione

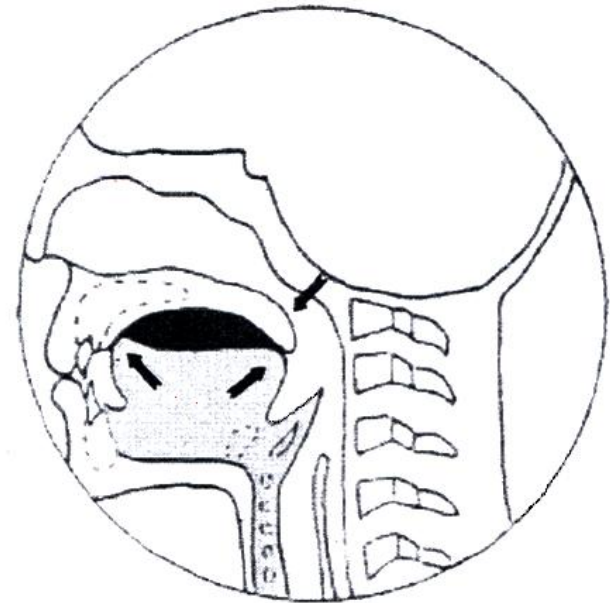
- ***FASE DI PREPARAZIONE EXTRAORALE***

- Preparazione del cibo e sua introduzione in bocca.
- E' la fase con maggior valenza culturale (gusti alimentari, scelta e preparazione degli alimenti). La vista, il profumo e il sapore del cibo stimolano la produzione di saliva.
- Questa fase termina quando il cibo è introdotto in bocca.

Fisiologia della deglutizione

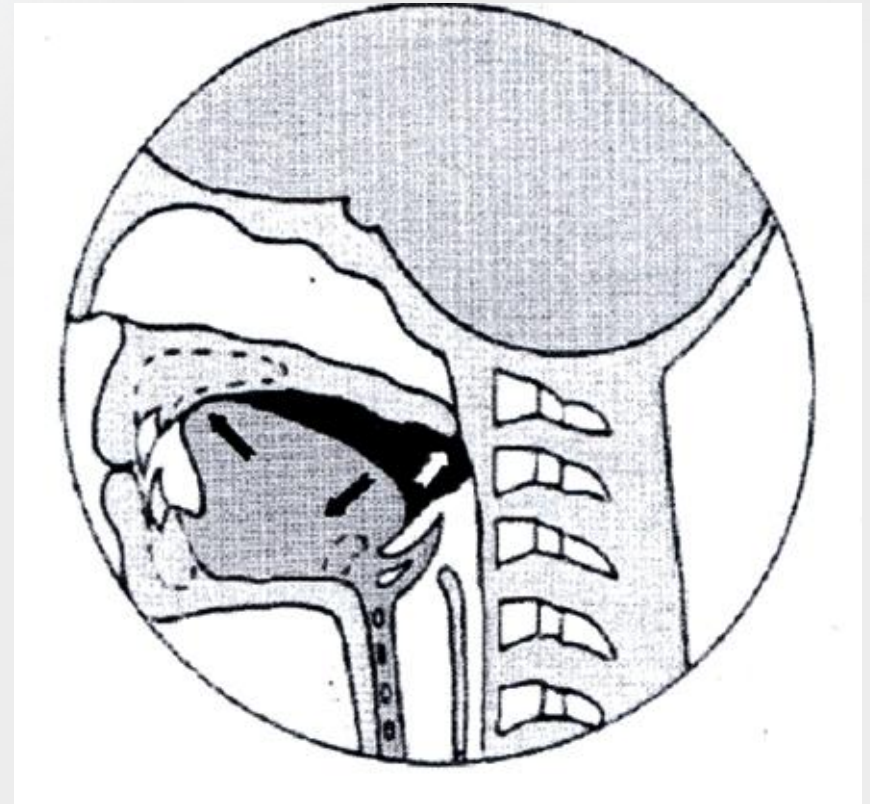
- **FASE DI PREPARAZIONE**

ORALE: Il cibo viene masticato e mescolato con la saliva, trasformandosi in BOLO che viene spinto, mediante movimenti volontari della lingua, verso la parte posteriore della bocca. Durante questa fase il bolo si trova posizionato fra il dorso della lingua e il palato duro.



Fisiologia della deglutizione

- **FASE ORALE:** la lingua, con la punta fissata sulla parte anteriore del palato, inizia il movimento di trasferimento posteriore del bolo. Il palato molle si solleva a chiudere la rinofaringe per impedire il reflusso nasale.



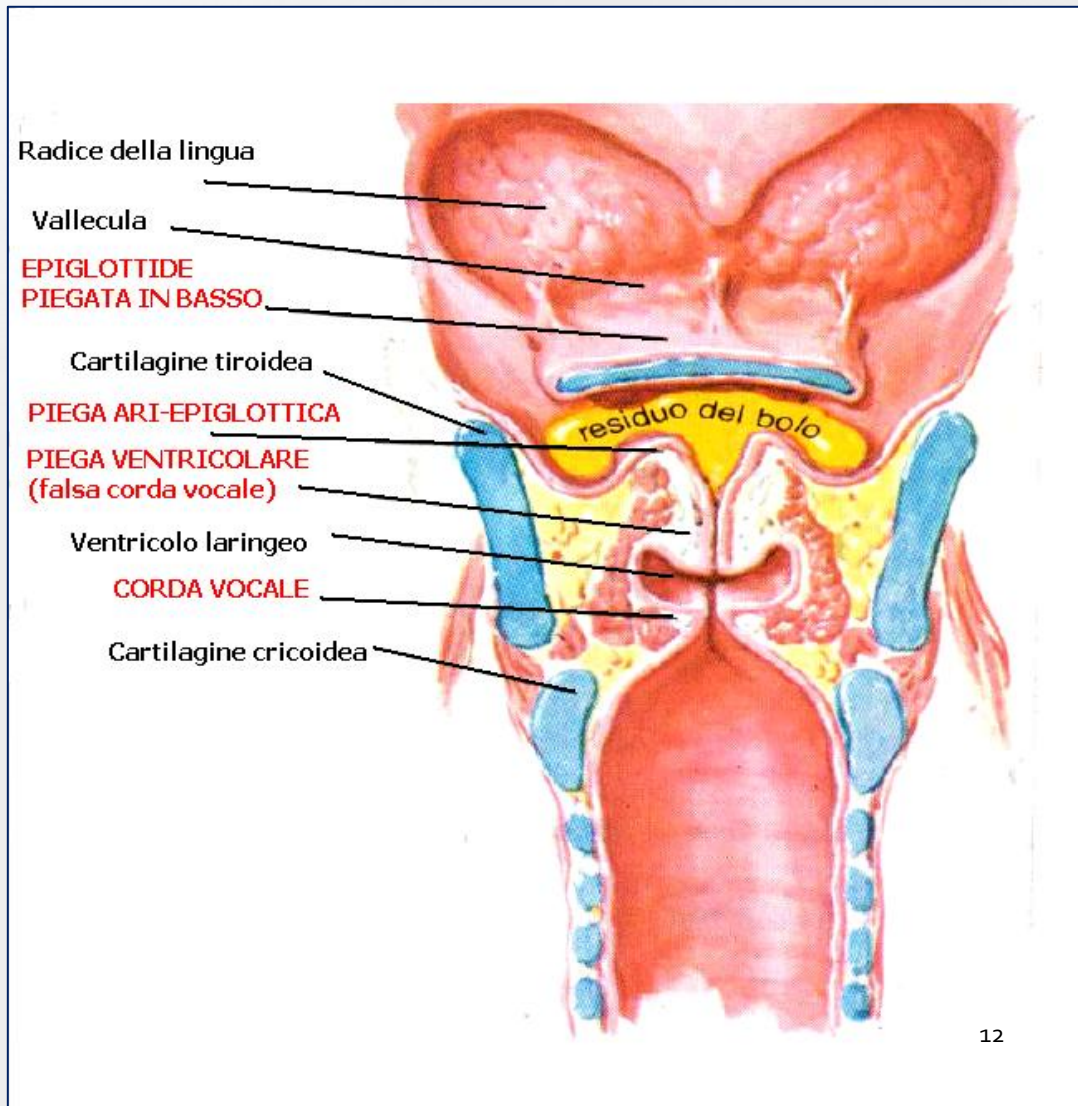
Fisiologia della deglutizione

- ***FASE FARINGEA (involontaria):*** Si verifica un momentaneo periodo di apnea per permettere il transito del bolo verso l'esofago. In questa fase si attua una complessa coordinazione neuromuscolare che interessa tutte le strutture oro-rino-laringo-faringee.
- La fase faringea comincia quando il bolo alimentare passa attraverso i pilastri palatini nella faringe. La contrazione dei muscoli costrittori della faringe spinge il bolo verso lo sfintere esofageo superiore. In contemporanea il palato molle mantiene chiusa la rinofaringe.

Fisiologia della deglutizione

LARINGE:

1. Chiusura delle corde vocali vere e false.
2. Chiusura dell'epiglottide.
3. Chiusura delle pliche ari epiglottiche.
4. La laringe e l'osso ioide si sollevano.



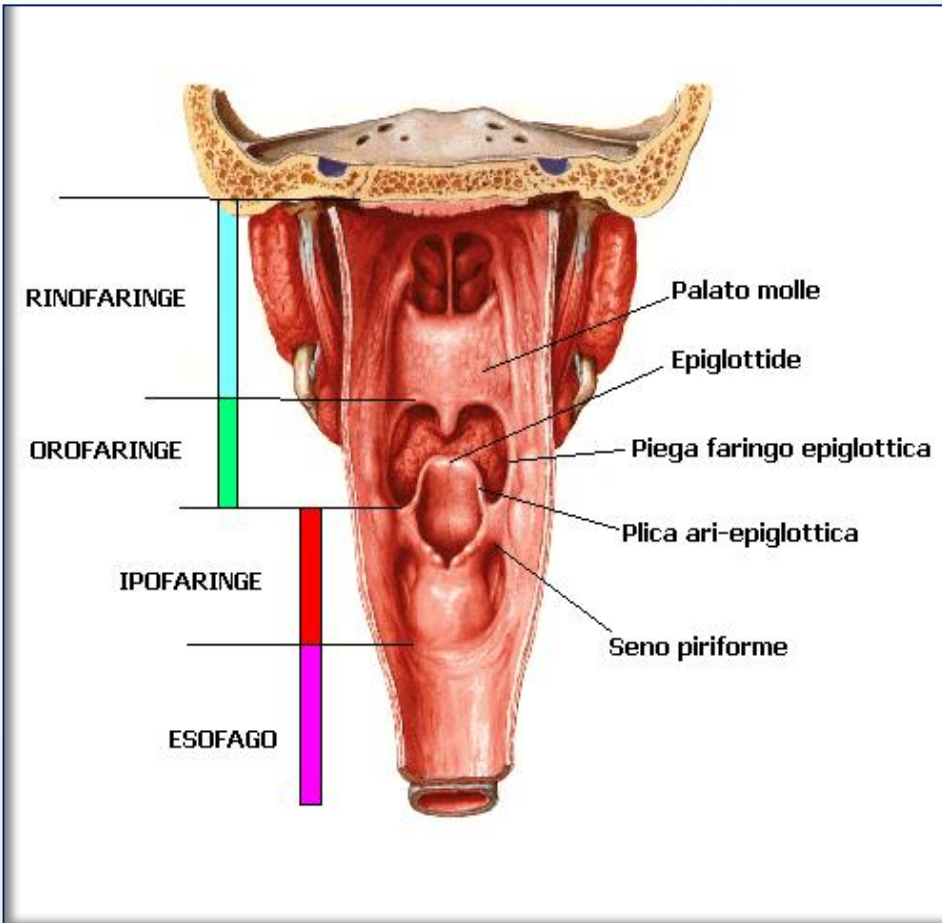
Fisiologia della deglutizione

IPOFARINGE:

Rilasciamento del muscolo cricofaringeo e peristalsi faringea (contrazione dei muscoli costrittori della faringe) con passaggio del bolo in esofago.

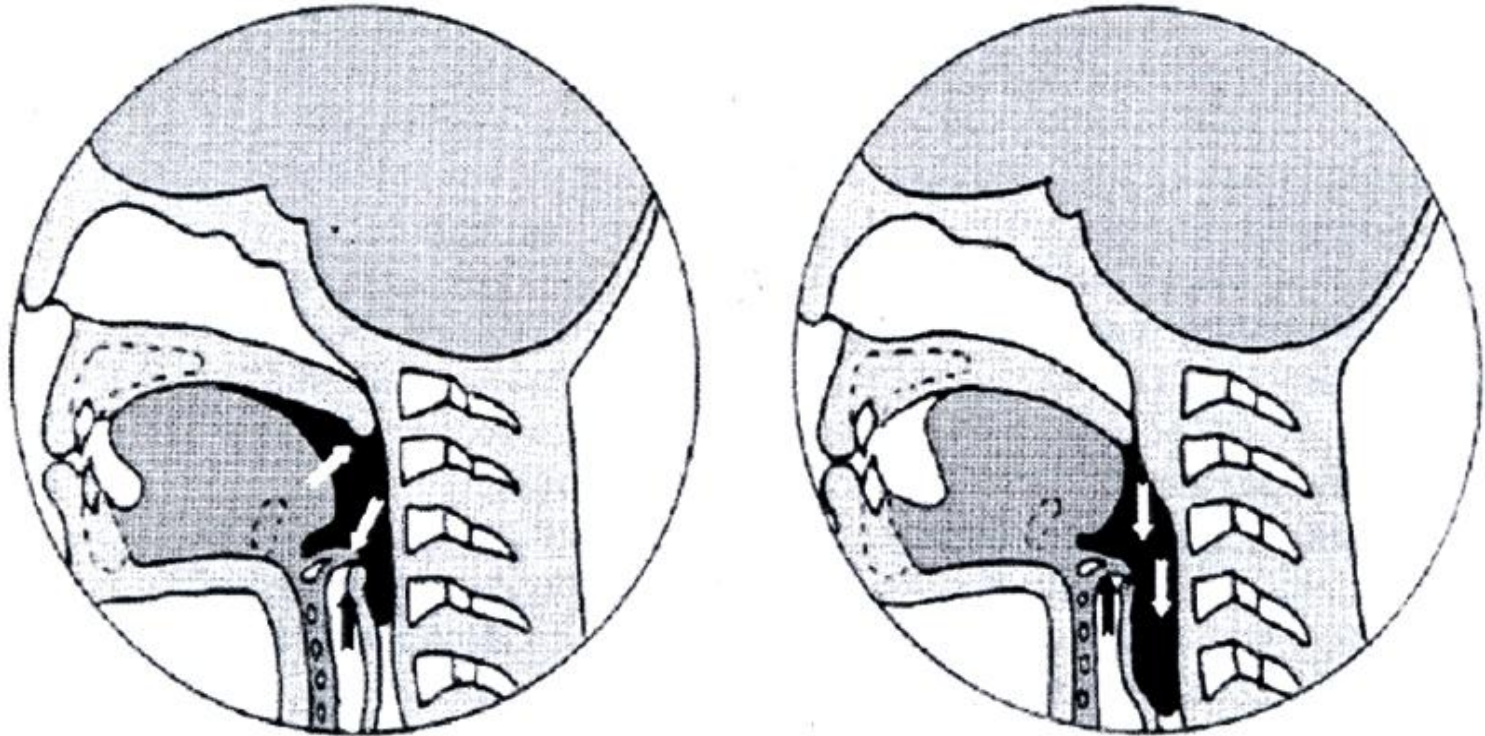
Nota: Dopo aver raggiunto e superato il dorso dell'epiglottide il bolo si divide in due porzioni simmetriche che vengono convogliate nei seni piriformi (o recessi ipofaringei).

Fisiologia della deglutizione



La parte di faringe che si raccorda con l'esofago è detta ipofaringe e ha la forma di un imbuto. L'ipofaringe circonda lateralmente e posteriormente la laringe e forma i seni piriformi che sovrastano l'esofago e terminano in basso con il muscolo cricofaringeo (costituente principale dello sfintere esofageo inferiore o SES).

Fisiologia della deglutizione



FASE FARINGEA: SI RAFFORZA LA CHIUSURA DEL VELO PALATINO, L'EPIGLOTTIDE SI ABBASSA, LA LARINGE SI SOLLEVA E LA PERISTALSI FARINGEA ASSICURA LA PROGRESSIONE DEL BOLO.

Fisiologia della deglutizione



- Inizio della chiusura laringea.



- Compressione delle pliche ventricolari.

Fisiologia della deglutizione



- Chiusura del vestibolo laringeo.



- Inizio del distacco dell'epiglottide.

Fisiologia della deglutizione



- Basculamento dell'epiglottide.



- Riapertura laringea.

Fisiologia della deglutizione

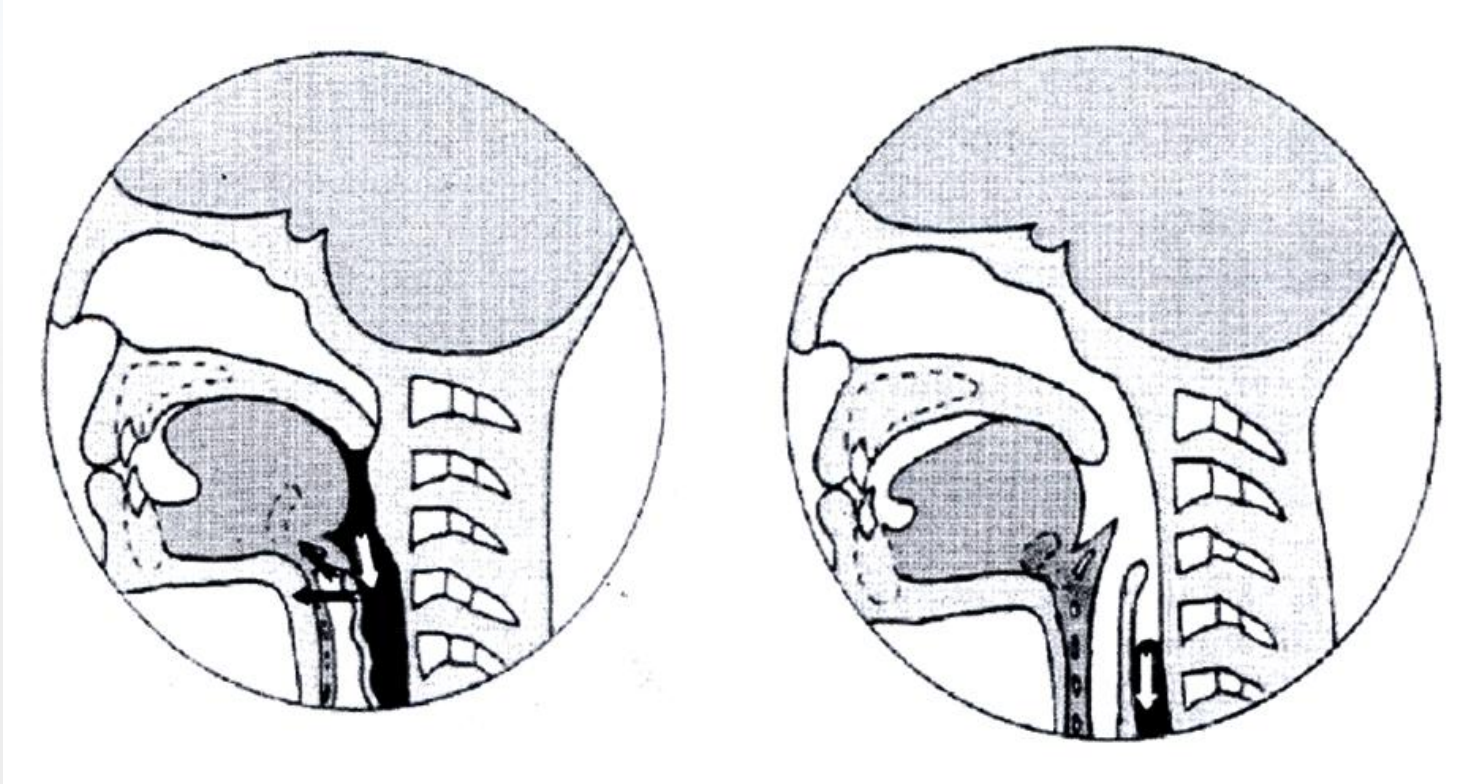
FASE ESOFAGEA:

Passaggio del bolo alimentare nello stomaco grazie a onde peristaltiche dall'alto verso il basso. Il tempo di transito del bolo lungo l'esofago è variabile da 8 a 20 secondi.

FASE GASTRICA:

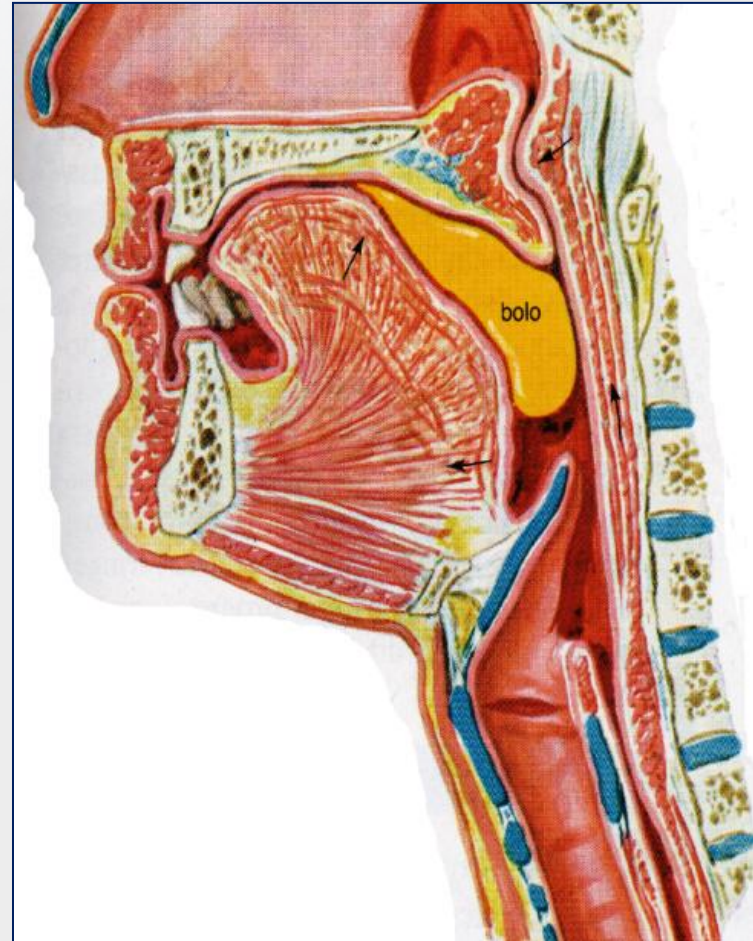
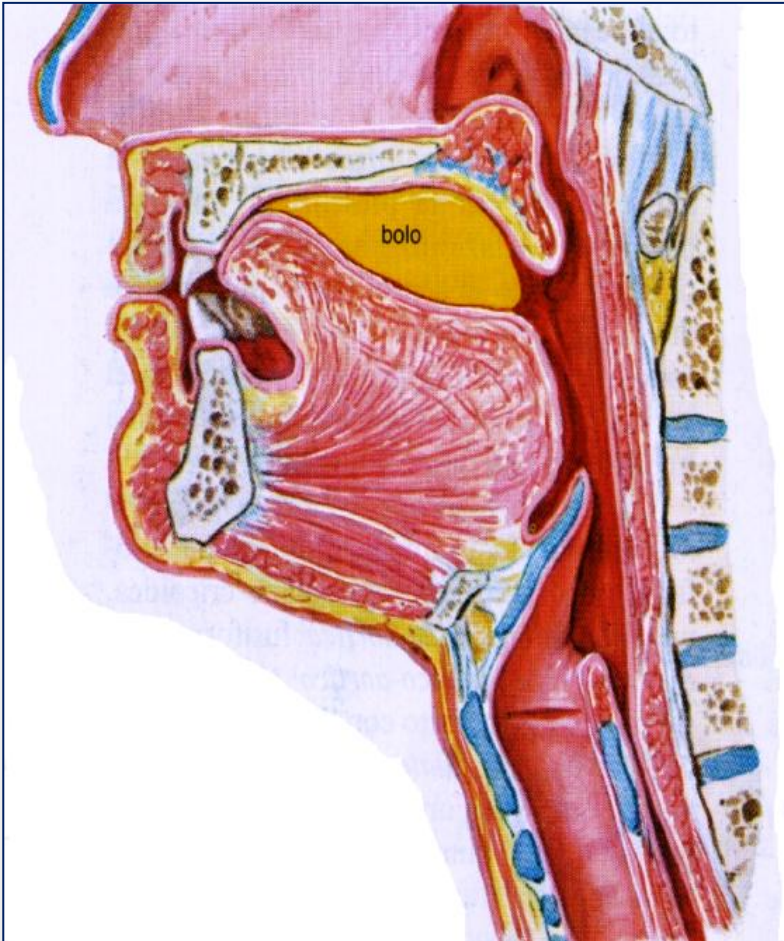
Stadio gastrico di “non ritorno” degli alimenti ingeriti: termina la deglutizione e inizia la fase digestiva.

Fisiologia della deglutizione

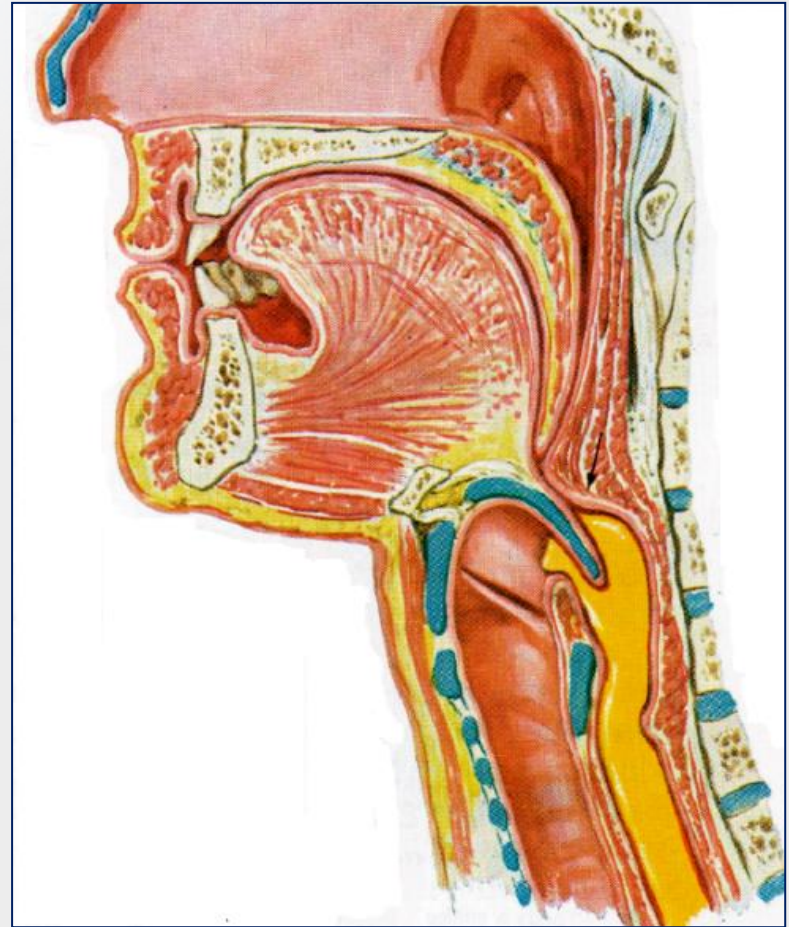
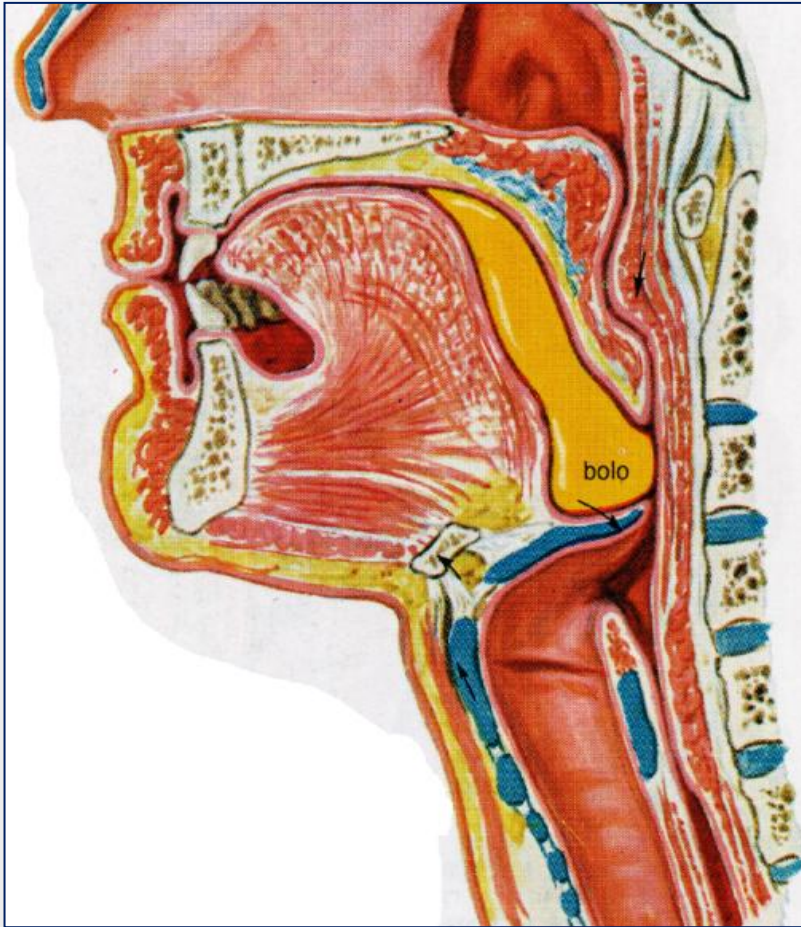


FASE ESOFAGEA: APERTURA DEL SES E SUCCESSIVA PROGRESSIONE DEL BOLO LUNGO L'ESOFAGO MENTRE LE STRUTTURE FARINGO-LARINGEE RIPRENDONO LA LORO POSIZIONE DI RIPOSO.

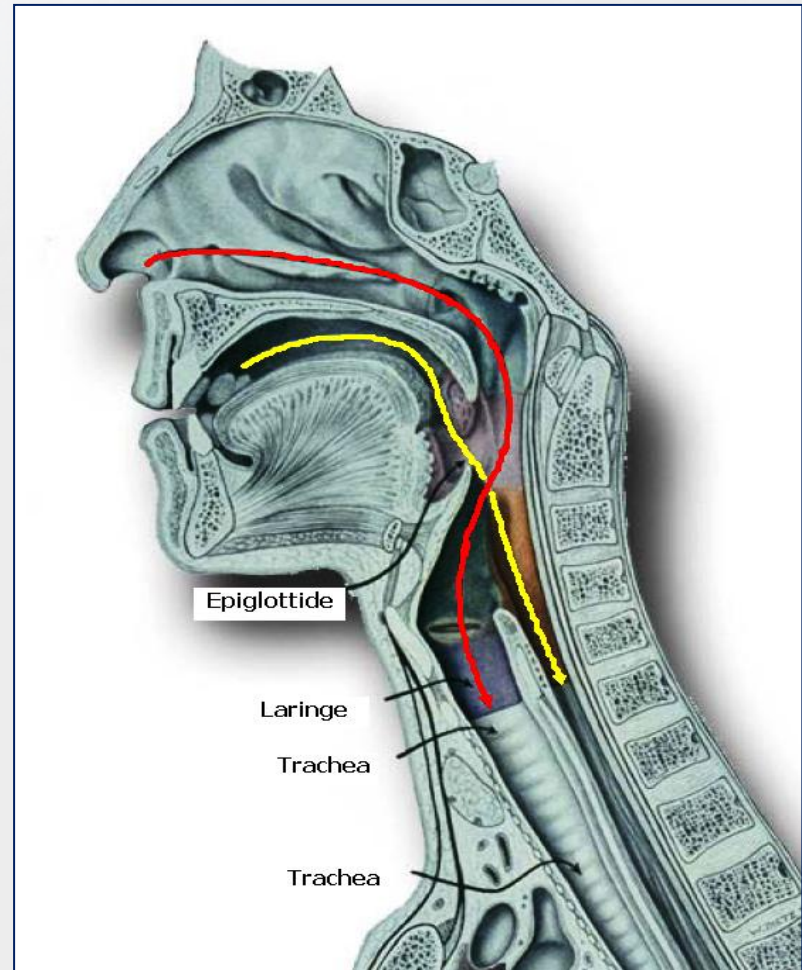
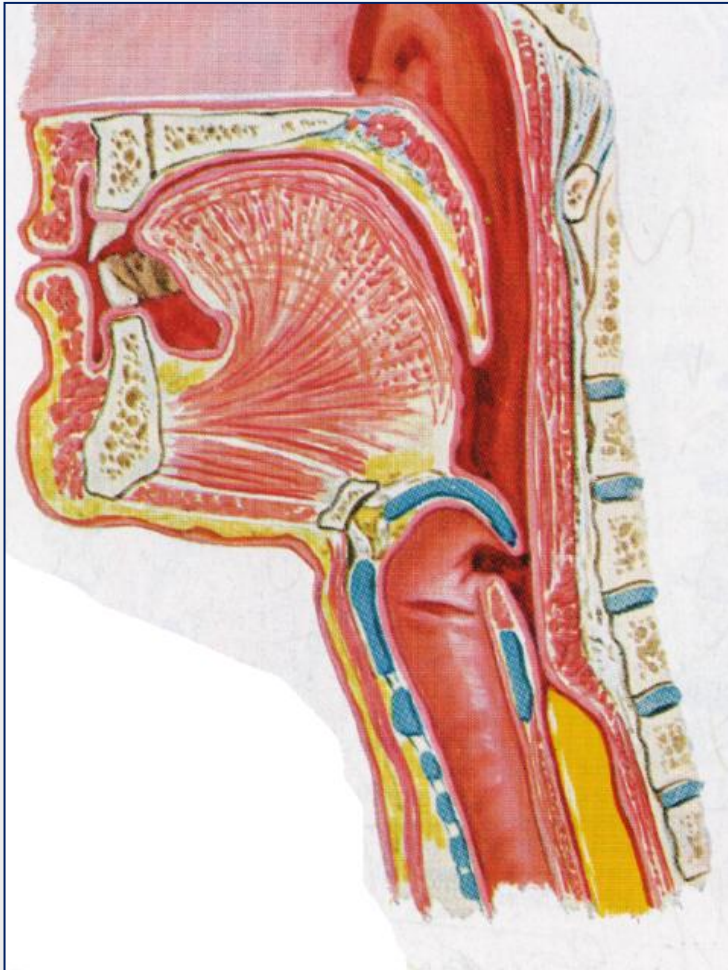
Fisiologia della deglutizione



Fisiologia della deglutizione



Fisiologia della deglutizione



Fisiologia della deglutizione

RIASSUMENDO:

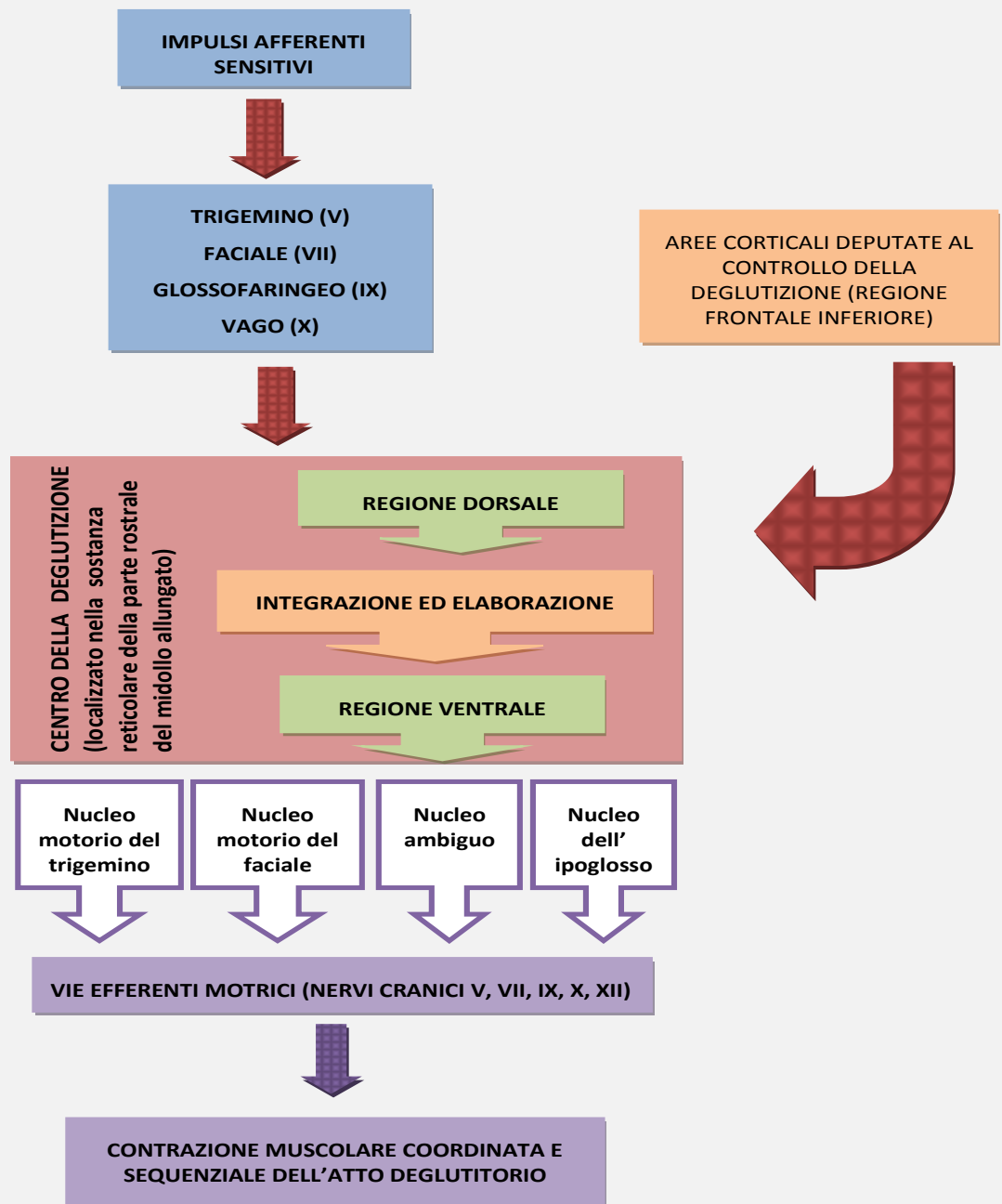
1. Chiusura della rinofaringe (retrazione ed elevazione del palato molle).
2. Caricamento ed elevazione della lingua.
3. Spinta della lingua.
4. Chiusura del vestibolo laringeo.
5. Peristalsi faringea.
6. Apertura dello sfintere esofageo superiore (SES).
7. Transitio esofageo.

Fisiologia della deglutizione

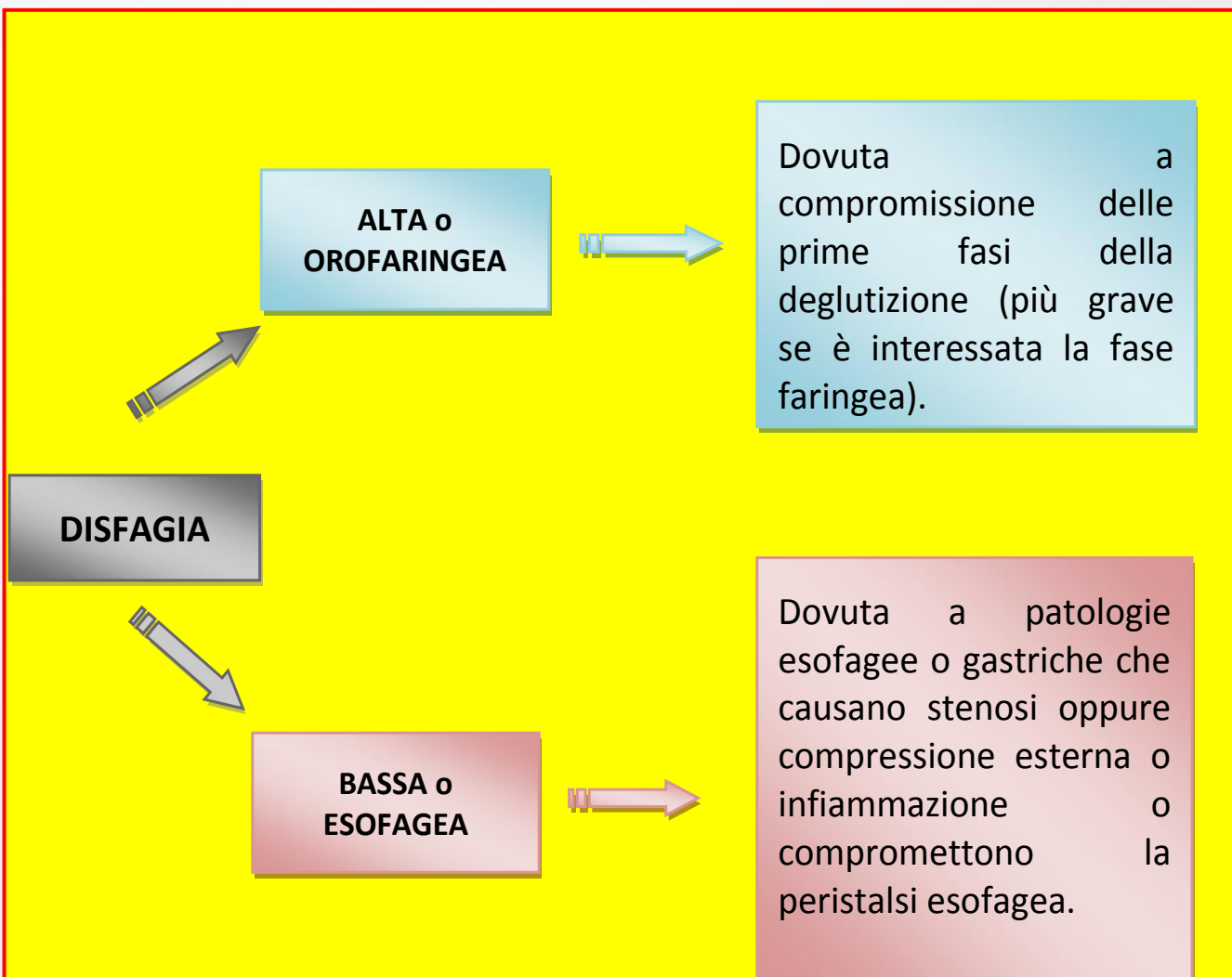
deglutizione_animazione.flv

Fisiologia della deglutizione

CONTROLLO NERVOSO DELLA DEGLUTIZIONE



Classificazione della disfagia



Nell'infanzia solitamente prevalgono disfagie che interessano le fasi orali (fasi 1, 2)

Nell'età adulta e negli anziani sono più comunemente interessate le fasi faringea ed esofagea (fasi 3, 4)

Cause di disfagia

- **IATROGENE:** post-chirurgica , post-radioterapia, farmaci (neurolettici, chemioterapici etc.), ingestione di sostanze caustiche
- **INFETTIVE:** mucositi (da herpes, candida, citomegalovirus etc.), malattia di Lyme etc.
- **METABOLICHE:** amiloidosi, morbo di Wilson etc.
- **MIOPATIE:** malattie reumatiche autoimmuni (sclerodermia, dermatomiosite), miastenia grave, sarcoidosi, etc.
- **NEUROLOGICHE:** traumi cranici., tumori del tronco encefalico, stroke, sclerosi multipla, SLA, morbo di Parkinson, demenze, paralisi cerebrale infantile.
- **ANATOMICHE:** diverticolo di Zenker, cicatrici cervicali, tumori orofaringei, malformazioni congenite (palatoschisi, diverticoli etc.), anello di Schatzki, tumori dell'esofago.
- **ALTRE:** tracheotomia, acalasia, reflusso gastroesofageo ed esofagiti, compressioni vascolari (disfagia lusoria), masse mediastiniche, fistole tracheo-esofagee, spasmo esofageo diffuso.

Conseguenze della disfagia

- **PROCESSI INFETTIVI A CARICO DELLE VIE AEREE** conseguenti ad aspirazione , spesso silente, di alimenti o di materiale gastrico. Le infezioni polmonari spesso si associano a perdita di peso, disidratazione, cachessia. Disfagia e polmonite da aspirazione sono state le due condizioni mediche più gravi rilevate, in uno studio, nei pazienti con demenza di Alzheimer.

[Collegamento a disfagia_liquidi.lnk](#)

- **EPISODI DISPNOICI ACUTI CON TOSSE** (evenienza più frequente).

Conseguenze della disfagia

- **EPIODI ACUTI DI SOFFOCAMENTO O SUB SOFFOCAMENTO** che possono arrivare all'exitus del paziente.
- **MALNUTRIZIONE** (principalmente calorico-proteica ma anche per micronutrienti, vitamine, sali minerali).
- **DISIDRATAZIONE.**
- **DEPRESSIONE.**
- **PEGGIORAMENTO DELLA QUALITÀ DI VITA.**

La valutazione del paziente disfagico: ANAMNESI

Ricerca di “campanelli d'allarme”

1. Fastidio/dolore durante la deglutizione.
2. Sensazione di corpo estraneo in gola e/o di soffocamento (o episodi di soffocamento durante il pasto).
3. Lentezza a iniziare la deglutizione (oltre cinque secondi).
4. Aumento del tempo impiegato per consumare i pasti.
5. Difficoltà/impossibilità delle labbra a prendere o trattenere il cibo.

La valutazione del paziente disfagico:

ANAMNESI

6. Difficoltà nel gestire le secrezioni orali (perdita di saliva e/o difficoltà a inghiottire la saliva).
7. Diminuzione dei movimenti di bocca e lingua.
8. Protrusione della lingua.
9. Rimuginamento del cibo in bocca (a volte con tendenza ad accumularlo o “impacchettarlo” a livello delle guance).
10. Necessità di più atti deglutitori per ogni boccone.

La valutazione del paziente disfagico:

ANAMNESI

11. Presenza di residui alimentari in bocca dopo la deglutizione e/o fuoriuscita di cibo dal naso.
12. Tosse durante i pasti o subito dopo oppure dopo un atto deglutitorio.
13. Assenza di tosse e/o deglutizione volontaria.
14. Voce gorgogliante o rauca specie dopo il pasto.
15. Frequenti schiarimenti di voce.

La valutazione del paziente disfagico:

ANAMNESI

16. Cambiamento delle abitudini alimentari.
17. Perdita di peso inspiegabile e/o disidratazione.
18. Febbre.
19. Frequenti episodi infettivi polmonari.
20. Modificazione delle modalità di respirazione dopo il pasto.
21. Risvegli notturni per accessi di tosse con senso di soffocamento.

La valutazione del paziente disfagico: ESAME OBIETTIVO

1. Livello di vigilanza.
2. Controllo posturale.
3. Esame neurologico.
4. Valutazione di fonazione e respirazione in quanto funzioni strettamente correlate con la deglutizione.
5. Valutazione della coordinazione respirazione/degutizione.

La valutazione del paziente disfagico:

ESAME OBIETTIVO

6. Ispezione del cavo orale.
7. Esame della sensibilità e della motricità di labbra, lingua, guance, velo palatino.
8. Esame del collo (ricerca di masse cervicali, tumefazioni interessanti la tiroide, linfonodi ...).
9. Ricerca di eventuali segni obiettivi di inalazione .
10. Valutazione dei riflessi di protezione (tosse, raclage).
11. Prove di deglutizione.

La valutazione del paziente disfagico: WATER SWALLOW TEST

Il paziente, seduto comodamente e col busto eretto, deve bere, senza interruzione, un certo volume di acqua mentre l'esaminatore osserva la comparsa di segni di soffocamento, tosse, cambio della qualità della voce o sforzo nel deglutire.

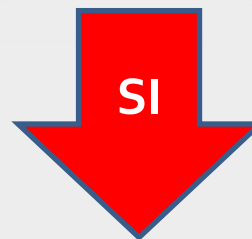
Per la sua relativa semplicità, economicità e accettazione da parte del paziente è ritenuto un importante test per lo screening iniziale.

La valutazione del paziente disfagico: WATER SWALLOW TEST

Somministrare 10 ml di acqua (un cucchiaino da minestra) per 3 volte.



A ogni deglutizione verificare la comparsa di segni quali: assenza di deglutizione, tosse, tosse ritardata, voce gorgogliante o alterazione della fonazione.



Sospendere il test

Proseguire somministrando 50 ml di acqua e rivalutare l'eventuale comparsa dei segni sopra elencati.

La valutazione del paziente disfagico: WATER SWALLOW TEST

Il test permette di classificare 4 livelli di disfagia:

DEGLUTIZIONE CORRETTA: Assenza di segni in ogni fase → Nessuna misura dietetica.

DISFAGIA LIEVE: Voce gorgogliante dopo deglutizione di acqua → Addensare i liquidi.

DISFAGIA MODERATA: Voce gorgogliante e tosse dopo deglutizione di acqua → Addensare i liquidi e rendere i cibi di consistenza omogenea.

DISFAGIA GRAVE: Tosse severa già alla deglutizione dei primi 10 ml di acqua → Nutrizione enterale.

In ogni caso, se questo test di screening viene superato senza problemi, il paziente può essere avviato alla alimentazione per os autonoma o assistita; in tutti gli altri casi è opportuna una valutazione più approfondita.

La valutazione del paziente disfagico: WATER SWALLOW TEST

- **Timed Water Swallow Test.** Consiste nel far bere al paziente, il più rapidamente possibile, 150 ml di acqua contenuta in un bicchiere. L'esaminatore misura il tempo impiegato e il numero di deglutizioni. Partendo da questi due dati è possibile calcolare la velocità di deglutizione (in ml/minuto) e il volume di ogni deglutizione. Il timed swallow water test ha una sensibilità del 96% nell'identificare la presenza di un disturbo della deglutizione.

La valutazione del paziente disfagico: WATER SWALLOW TEST

- **Three-oz Water Swallow Test:** si chiede al paziente di bere, senza interruzione, 3 sorsi d'acqua da un bicchiere valutando la presenza di segni di disfagia (tosse, gorgoglio o cambiamenti nella voce)
- **Monitoraggio della saturazione abbinato al water swallow test**

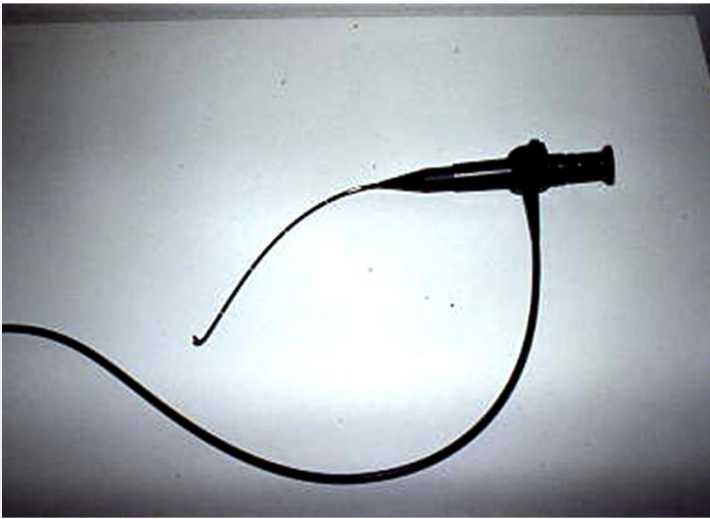
La valutazione del paziente disfagico: WATER SWALLOW TEST

- **Toronto bedside swallowing test (TOR-BSST)** è un test per la valutazione della disfagia in pazienti con ictus ed è da molti considerato, allo stato attuale, il gold standard. Tale strumento, piuttosto complesso, deve essere somministrato da personale addestrato.
- Consta di **cinque diversi test**: test dell'acqua con 50 ml., test della sensibilità faringea, test dei movimenti linguali indeboliti, test per valutare disfonia e modificazioni della qualità della voce, valutazione della debolezza muscolare generale:

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI

- ***FESS (STUDIO FIBRO ENDOSCOPICO DELLA DEGLUTIZIONE)***: lo strumento flessibile è introdotto attraverso una fossa nasale e fatto progredire fino all'adito laringeo. Permette di osservare direttamente la rinofaringe, la faringe e la laringe e di valutare la presenza di ristagni di saliva e/o secrezioni a livello delle vallecule, dei seni piriformi e del vestibolo laringeo.

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI

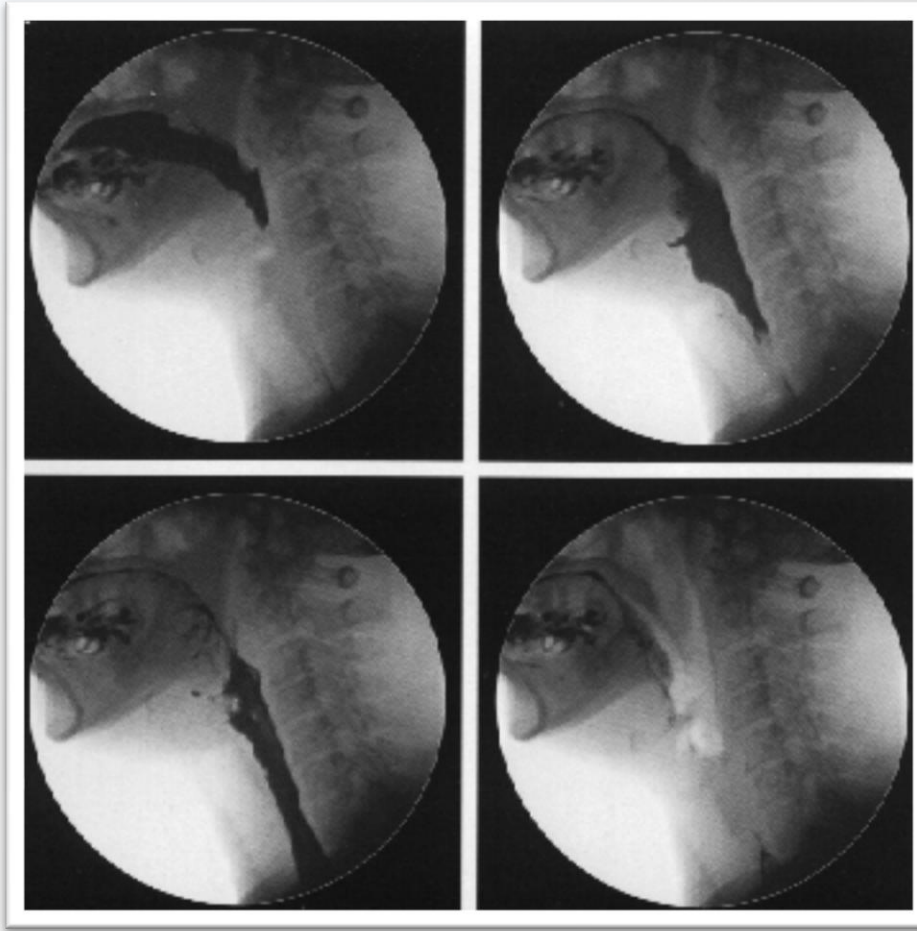


La FESS consente di fare una prova di deglutizione somministrando del liquido colorato con blu di metilene o cibo di varia consistenza e osservandone direttamente la progressione.

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI

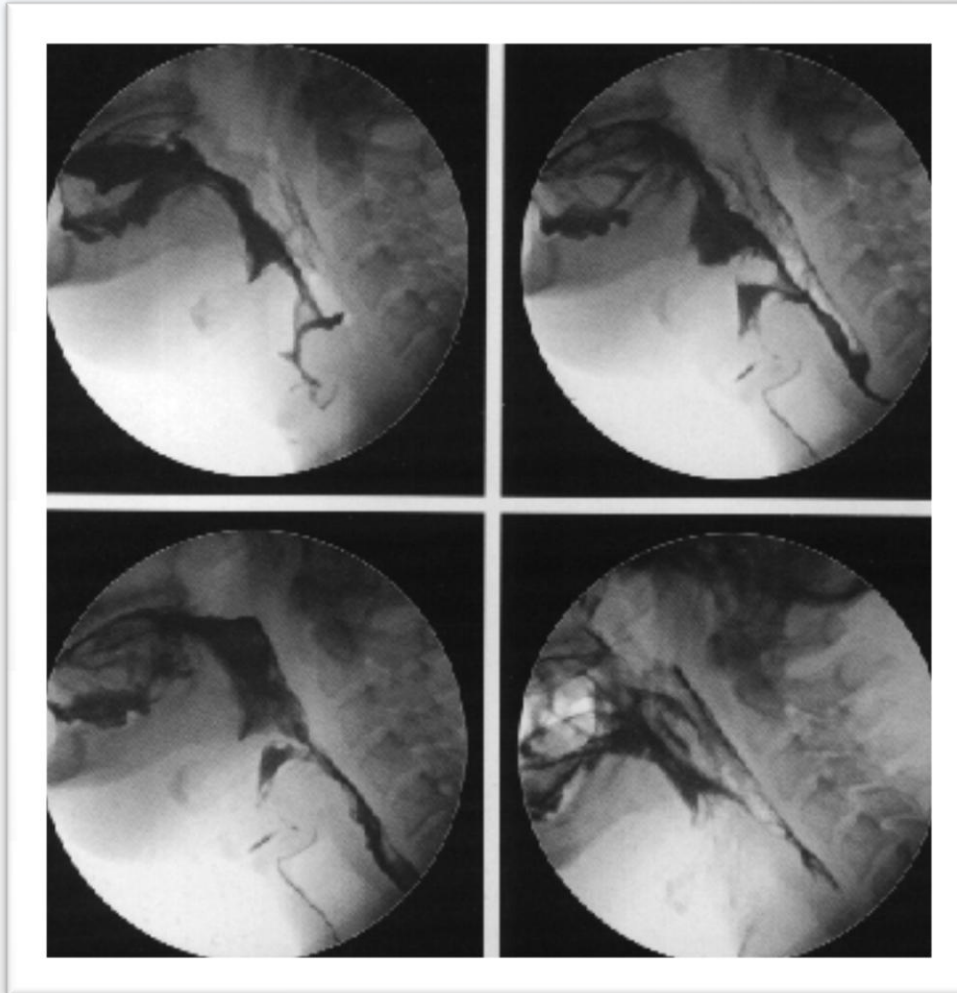
- ***VIDEOFLUOROGRAFIA DIGITALE (VFG)***. E' una tecnica radiologica dinamica che permette una valutazione diretta di tutte le fasi della deglutizione. Vengono acquisite delle immagini nelle proiezioni antero-posteriore e latero-laterale mentre il paziente, seduto con il tronco in posizione eretta, deglutisce una singola dose di mezzo di contrasto di consistenza opportuna.

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI



VFG:
Deglutizione
fisiologica.

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI



**VFG:
DEGLUTIZIONE
PATOLOGICA
(EVIDENTE IL
PASSAGGIO DI
MEZZO DI
CONTRASTO
NELLE VIE
AEREE)**

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI

deglutizione_VFSS_NORMALE.flv

VFG patologica.avi

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI

- **ENDOSCOPIA ESOFAGO-GASTRICA.** Permette di osservare direttamente l'esofago e lo stomaco e di individuare le lesioni della mucosa o delle strutture esofagee, tumori, stenosi cicatriziali etc.
- **ESOFAGOGRAFIA.** E' considerata generalmente complementare alla endoscopia nella valutazione diagnostica della disfagia esofagea.
- **MANOMETRIA.** Permette di misurare la forza della contrazione faringea (manometria faringea) e la completezza del rilassamento del SES. La manometria faringea è tecnicamente più complessa da eseguire rispetto a quella esofagea a causa del possibile spostamento dei sensori a seguito di movimenti imprevedibili delle strutture faringee.
- **PH METRIA.** Utilizzata principalmente nelle sindromi da reflusso.

La valutazione del paziente disfagico: INDAGINI STRUMENTALI

Gli esami strumentali NON sono indicati se:

- il paziente non è in grado di collaborare alla valutazione strumentale;
- la valutazione strumentale non può influire sulla successiva gestione clinica del paziente.

Scale di valutazione:

Tra le numerose scale di valutazione proposte per indagare il paziente disfagico ricordiamo:

1. [Indice di rischio di disfagia.](#)
2. Scala di gestione della disfagia.
3. [Eating assessment tool \(EAT-10\).](#)
4. Bedside swallow assessment.
5. [Dysphagia severity score.](#)
6. Scala DOSS (dysphagia outcome and severity scale).
7. [Swallowing rating scale.](#)
8. Northwestern dysphagia patient check sheet.
9. [Swallowing disturbance questionnaire \(SDQ\).](#)
10. Questionario di autovalutazione della disfagia.

Scale di valutazione: “Indice di rischio di disfagia”

Permette di quantificare il rischio di disfagia in:

- Basso (score 0-5).
- Medio (score 6-10).
- Alto (score 11-15).
- Disfagia evidente (score 16-20).

Scale di valutazione: "Indice di rischio di disfagia"

	PUNTI
Edentulia o protesi dentarie incongruenti.	1
Postura scorretta.	1
Respirazione alterata.	2
Collaborazione limitata dalle difficoltà di comprensione verbale e contestuale.	1
Rifiuto del cibo.	1
Eccessiva velocità o lentezza nell'assunzione del cibo.	2
Limitata autonomia nell'alimentazione (a volte non autonomo).	1
Calo ponderale nell'arco di breve tempo.	2
Scarso controllo delle prassie oro facciali (apertura e chiusura della bocca con tenuta delle labbra).	1
Scarso controllo delle prassie oro facciali (movimenti di masticazione).	1
Scarso controllo delle prassie orofacciali (movimenti della lingua).	1
Impossibilità a evocare volontariamente la tosse.	2
Variazione della qualità della voce nell'ultimo mese.	2
Percezione del gusto alterata (non riconosce i sapori, cerca gusti più decisi) .	1
Alterazione nella produzione della saliva.	1
PUNTI	/20

GRADO DI RISCHIO:

Basso (score 0-5).

Medio (score 6-10).

Alto (score 11-15).

Disfagia evidente (score 16-20).

Scale di valutazione:

“Scala di gestione della disfagia”

La scala indaga:

1. **Capacità di deglutizione** valutata osservando l'anziano al momento del pasto onde valutare eventuali difficoltà nell'assunzione di alimenti solidi, liquidi o di entrambi. Questo permette di capire quali alimenti possono essere somministrati con relativa tranquillità e quali è meglio evitare.
2. **Stato cognitivo** indagato mediante somministrazione di SPMSQ per quantificare il grado di collaborazione e la capacità/possibilità dell'anziano di percepire e segnalare le proprie difficoltà.
3. **Autonomia nell'alimentazione** per determinare la capacità dell'anziano di assumere più o meno autonomamente i pasti, il tipo di preparazione del cibo, le modificazioni della dieta necessarie, il carico di lavoro dei caregivers.

Scale di valutazione:

“Scala di gestione della disfagia”

Vengono identificati quattro livelli di gestione della disfagia:

- Ridotto: score 1-4 (preparazione del pasto ed eventuale imboccamento).
- Moderato: score 5-7 (interventi sulla dieta, uso di addensanti e imboccamento).
- Elevato: score 8-9 (interventi sulla dieta, uso di addensanti, utilizzo di ausili).
- Totale: score 10-12 (uso di ausili, SNG, PEG).

Scale di valutazione:

“Scala di gestione della disfagia”

Valutazione delle difficoltà deglutitorie relativamente alla consistenza del cibo		Valutazione Cognitiva		Valutazione Assistenziale	
Normale	punti 0	Normale	punti 0	Nessuna assistenza	punti 0
Solo solidi	punti 1	Deterioramento lieve	punti 1	Assistenza limitata alla preparazione del cibo	punti 1
Solo liquidi	punti 2	Deterioramento Medio	punti 2	Alimentazione non autonoma e lenta	punti 2
Solidi e liquidi	punti 3	Deterioramento Grave	punti 3	Somministrazione con ausili	punti 3
Incapacità totale ad assumere cibo per os	Punti 4	Deterioramento Totale	punti 4	Assistenza totale tramite SNG e PEG	punti 4

I punteggi di ogni colonna vengono sommati fra loro per ottenere il punteggio complessivo che può andare da 0 a 12.

Si individuano quattro livelli di gravità:

1-4 ridotto 5-7 moderato 8-9 elevato 10-12 totale

Scale di valutazione:

"EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10)"

E' un test per il monitoraggio della capacità deglutitoria organizzato su 10 items a ognuno dei quali è assegnato un punteggio che va da 0 (nessun problema) a 4 (problema grave).

Il punteggio massimo è 40. Il cut off della scala è fissato a 3, vale a dire che un punteggio pari o superiore a 3 indica la possibile presenza di una difficoltà a deglutire correttamente

Scale di valutazione:

"EATING ASSESSMENT TOOL (EAT-10)"

		PUNTEGGIO				
1	La difficoltà a deglutire mi ha causato una perdita di peso.	0	1	2	3	4
2	La difficoltà a deglutire mi rende difficile pranzare fuori casa.	0	1	2	3	4
3	Deglutire i liquidi mi risulta difficoltoso.	0	1	2	3	4
4	Deglutire cibi solidi mi risulta difficoltoso.	0	1	2	3	4
5	Ho difficoltà a deglutire i medicinali (pillole, compresse, capsule).	0	1	2	3	4
6	Deglutire mi causa dolore.	0	1	2	3	4
7	La difficoltà a deglutire mi riduce il piacere del pasto.	0	1	2	3	4
8	Quando deglutisco il cibo mi si ferma in gola.	0	1	2	3	4
9	Quando mangio tossisco.	0	1	2	3	4
10	Deglutire mi genera ansia.	0	1	2	3	4
PUNTEGGIO TOTALE						

Un punteggio pari o maggiore di 3 indica che potrebbero esserci problemi a deglutire in maniera corretta.

Scale di valutazione:

“BEDSIDE SWALLOW ASSESSMENT”

Valuta la presenza o meno di disfagia sulla base di:

1. livello di coscienza,
2. controllo della testa e del tronco,
3. respirazione,
4. chiusura delle labbra,
5. movimenti del palato,
6. funzione laringea,
7. riflesso della deglutizione e della tosse,
8. comparsa di segni di disfagia (tosse e gorgoglio) alla somministrazione di acqua in quantità crescente.

Scale di valutazione:

“BEDSIDE SWALLOW ASSESSMENT”

- Uno score complessivo pari o superiore a 24 indica la presenza di grave disfagia che rende necessario prendere in considerazione la nutrizione artificiale.
- Un punteggio inferiore a 24 consente di intraprendere la nutrizione orale.

Scale di valutazione: "BEDSIDE SWALLOW ASSESSMENT"

ITEM	VALUTAZIONE		PUNTI
Livello di coscienza	1	Vigile	
	2	Soporoso ma risvegliabile	
	3	Non apre gli occhi ma risponde agli stimoli verbali	
	4	Risponde solo agli stimoli dolorosi	
Controllo del tronco e della testa	1	Tronco normale	
	2	Posizione del tronco non mantenuta	
	3	Controllo solo della testa	
	4	Non controllo della testa	
Respirazione	1	Normale	
	2	Patologica	
Chiusura delle labbra	1	Normale	
	2	Patologica	
Movimenti del palato	1	Simmetrici	
	2	Assimmetrici	
	3	Minimi o assenti	
Funzione laringea (aaah/ee)	1	Normale	
	2	Ridotta	
	3	Assente	
Riflesso della deglutizione	1	Presente	
	2	Assente	
Riflesso della tosse	1	Normale	
	2	Ridotto	
	3	Assente	

Scale di valutazione: "BEDSIDE SWALLOW ASSESSMENT"

Stadio 1: Assunzione di 5 ml di acqua in un cucchiaino, per 3 volte			
Rifiuta l'acqua	1	Mai o una volta	
	2	Più volte	
Movimenti laringei con tentativi di deglutizione	1	Si	
	2	No	
Movimenti ripetitivi	1	Mai o una volta	
	2	Più volte	
Tosse durante la deglutizione	1	Mai o una volta	
	2	Più volte	
Gorgoglio dopo la deglutizione	1	Si	
	2	No	
Funzione laringea dopo la deglutizione	1	Normale	
	2	Disfonia	
	3	Afonia	

Scale di valutazione: "BEDSIDE SWALLOW ASSESSMENT"

Stadio 2: Se la deglutizione è normale nel primo stadio si somministrano 60 ml di acqua in un bicchiere

E' in grado di terminare?	1	Si	
	1	No	
Tempo necessario per terminare in secondi			
Numero dei sorsi necessari			
Tosse durante o dopo la deglutizione	1	No	
	2	Si	
Gorgoglio durante o dopo la deglutizione	1	No	
	2	Si	
Funzione laringea dopo la deglutizione	1	Normale	
	2	Disfonia	
	3	Afonia	
Sensazione di aspirazione	1	No	
	2	Possibile	
	3	Si	
PUNTEGGIO TOTALE			

Un punteggio complessivo pari o superiore a 24 indica la presenza di una disfagia grave (considerare la nutrizione enterale).

Scale di valutazione: “DYSPHAGIA SEVERITY SCORE”

Individua quattro gradi di disfagia:

- 0 Deglutizione normale (senza fenomeni di penetrazione sopraglottica o aspirazione).
- 1 Disfagia lieve:
- 2 Disfagia moderata:
- 3 Disfagia moderata-severa:
- 4 Disfagia severa:

Scale di valutazione:

“D.O.S.S. (DYSPHAGIA OUTCOME AND SEVERITY SCALE)”

Valuta la gravità della disfagia e fornisce indicazioni sul tipo di dieta, il grado di assistenza e il tipo di alimentazione (per os o artificiale). Distingue 7 gradi di gravità:

1°- 2° grado nutrizione per os impossibile o insufficiente;

3°- 4° - 5° grado nutrizione orale possibile con modificazione della dieta e assistenza;

6°- 7° grado nutrizione per os con dieta normale.

Scale di valutazione:

"D.O.S.S. (DYSPHAGIA OUTCOME AND SEVERITY SCALE)"

7	NORMALE	Deglutizione fisiologica. Dieta orale normale. Non necessita di strategie o tempi maggiori.	Nutrizione orale: dieta normale
6	INDIPENDENZA CON FUNZIONALITA' LIMITATA/MODIFICATA	Minime alterazioni della deglutizione. Dieta normale; deglutizione funzionale. Il tempo dedicato al pasto può allungarsi.	
5	DISFAGIA LIEVE	Supervisione a distanza, può avere necessità di una dieta a consistenza ristretta.	Nutrizione orale con modificazioni della dieta e del livello di indipendenza
4	DISFAGIA LIEVE - MODERATA	Supervisione e indicazioni con minima assistenza, necessità di evitare 1 o 2 tipi di consistenze.	
3	DISFAGIA MODERATA	Assistenza totale e/o supervisione o strategie; necessità di evitare 1 o 2 tipi di consistenze.	
2	DISFAGIA MODERATA - SEVERA	Massima assistenza o uso di strategie, con <u>nutrizione per bocca solo parziale</u> . Tollerabile al massimo una consistenza con totale uso di strategie (posture di compenso o altre tecniche di deglutizione).	Necessaria la nutrizione non orale
1	DISFAGIA SEVERA	<u>Niente per bocca</u> . Impossibile tollerare alimenti per bocca in modo sicuro	

Scale di valutazione: "SWALLOWING RATING SCALE)"

Livello 0: il paziente non può essere valutato.

Livello 1: la deglutizione non è funzionale.

Livello 2: la deglutizione è inconsistente o ritardata, impedisce un sufficiente apporto nutrizionale, anche se è possibile qualche atto deglutitorio.

Livello 3: l'alterazione della deglutizione impedisce parzialmente l'apporto nutrizionale ed è richiesta una stretta sorveglianza del paziente durante l'alimentazione.

Livello 4: l'alterazione della deglutizione non impedisce l'apporto nutrizionale, ma è necessaria una supervisione durante l'alimentazione al fine di verificare l'impiego di tecniche compensatorie.

Scale di valutazione: "SWALLOWING RATING SCALE)"

Livello 5: l'alterazione della deglutizione è sufficiente all'apporto nutrizionale sebbene siano necessarie tecniche di compenso e, occasionalmente, tecniche particolari di nutrizione e modificazioni dietetiche.

Livello 6: la deglutizione è funzionale alla maggior parte delle attività alimentari sebbene periodicamente possa essere presente una certa difficoltà. Può esserci un allungamento del tempo del pasto.

Livello 7: deglutizione normale.

Scale di valutazione:

“NORTHWESTERN DYSPHAGIA PATIENT CHECK” (Clinical Bedside Assessment)

- E' un test utilizzabile per una valutazione clinica bedside ad esempio quando il risultato dello screening preliminare fa sospettare la presenza di disfagia.
- E' costituito da 28 items, suddivisi in 5 categorie.
- Strumento piuttosto complesso, utilizzabile per lo più da deglutologi e logopedisti

Scale di valutazione:

“SDQ SWALLOWING DISTURBANCE QUESTIONNAIRE”

Scala di valutazione per individuare il disturbo di deglutizione nel M. di Parkinson.

Consta di 15 items e il cut off è rappresentato dal punteggio di 11 che indica la necessità di un successivo approfondimento diagnostico bedside e strumentale

Scale di valutazione:

"SDQ SWALLOWING DISTURBANCE QUESTIONNAIRE"

		Mai	Raramente (una volta al mese o meno)	Frequentemente (da 1 a 7 volte la settimana)	Molto frequentemente (più di 7 volte la settimana)
PUNTI		0	1	2	3
1	Ha difficoltà a masticare un cibo solido (mela, biscotto, cracker)?				
2	Rimangono dei residui di cibo in bocca o nelle guance?				
3	Le esce dal naso cibo solido o liquido quando mangia o beve?				
4	Mentre mastica il cibo ha delle sbavature dalla bocca?				
5	Sente di avere troppa saliva in bocca; sbava o ha difficoltà a deglutire la saliva?				
6	Deglutisce più volte prima che il cibo masticato possa scendere dalla gola?				
7	Ha difficoltà a deglutire cibo solido (p.e. si conficcano in gola pezzi di mela o di crackers)?				

Scale di valutazione:

"SDQ SWALLOWING DISTURBANCE QUESTIONNAIRE"

		Mai	Raramente (una volta al mese o meno)	Frequentemente (da 1 a 7 volte la settimana)	Molto frequentemente (più di 7 volte la settimana)
PUNTI		0	1	2	3
8	Ha difficoltà a deglutire cibi morbidi (come il purè)?				
9	Mentre mangia sente che dei grumi di cibo si piantano in gola?				
10	Tossisce mentre deglutisce i liquidi?				
11	Tossisce mentre deglutisce cibi solidi?				
12	Immediatamente dopo avere mangiato o bevuto sente un cambiamento nella voce, come raucedine o voce più debole?				
13	In momenti diversi da quelli del pasto, tossisce o ha difficoltà di respirazione dovuta a saliva che entra in trachea?				
14	Ha difficoltà di respirazione durante i pasti?				
15	Ha sofferto di infezioni respiratorie (polmoniti, bronchiti) durante l'ultimo anno?	SI NO			

Scale di valutazione:

“QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFAGIA “(M.D. ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY)

E' la traduzione e adattamento all'italiano, a cura di Schindler e collaboratori dell' "Anderson Dysphagia Inventory".

La scala tuttavia è utilizzabile solo su pazienti cognitivamente integri e pertanto risulta di scarsa utilità nelle R.S.A.

Scale di valutazione:

"QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFAGIA "(M.D. ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY)

		Mai	Qualche volta	Molte volte	Sempre
G	La mia abilità nel deglutire limita le mie attività quotidiane.				
E2.	Sono imbarazzato dalle mie abitudini alimentari.				
F1.	Le persone hanno difficoltà a cucinare per me.				
P2.	Deglutire è più difficile alla fine della giornata.				
E7.	Non mi rendo conto dell'atto deglutitorio quando mangio.				
E4.	Sono irritato dal mio problema nel deglutire.				
P6.	Deglutire richiede un grande sforzo.				
E5.	Non esco a causa del mio problema nel deglutire.				
F5.	Il mio problema nel deglutire mi fa guadagnare meno.				
P7.	Ho bisogno di più tempo per mangiare a causa del mio problema nel deglutire.				
P3.	La gente mi chiede "Perché non puoi mangiare quello?"				
E3.	Le altre persone sono irritate dal mio problema nel mangiare.				
P8.	Tossisco quando cerco di bere liquidi.				

Scale di valutazione:

"QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFAGIA" (M.D. ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY)

		Mai	Qualche volta	Molte volte	Sempre
F3.	I miei problemi nel deglutire limitano la mia vita personale e sociale.				
F2.	Non mi sento libero di andare a mangiare fuori con amici, vicini e parenti.				
P5.	Limito la quantità di cibo che ingerisco a causa delle mie difficoltà nel deglutire.				
P1.	Non posso mantenere il mio peso a causa del mio problema nel deglutire.				
E6.	Ho una bassa autostima a causa del mio problema nel deglutire.				
P4.	Ho la sensazione di deglutire un'enorme quantità di cibo.				
F4.	Mi sento escluso a causa delle mie abitudini alimentari.				

Scale di valutazione:

"QUESTIONARIO DI AUTOVALUTAZIONE DELLA DISFAGIA" (M.D. ANDERSON DYSPHAGIA INVENTORY)

Legenda

F = fattori funzionali

P = fattori fisici

E = fattori emotivi

G = valutazione globale

Punteggio

0 = mai

1 = qualche volta

2 = molte volte

3 = sempre

Valutazione delle risposte secondo i criteri ICF 2001

0-2 disfagia non presente o non percepita

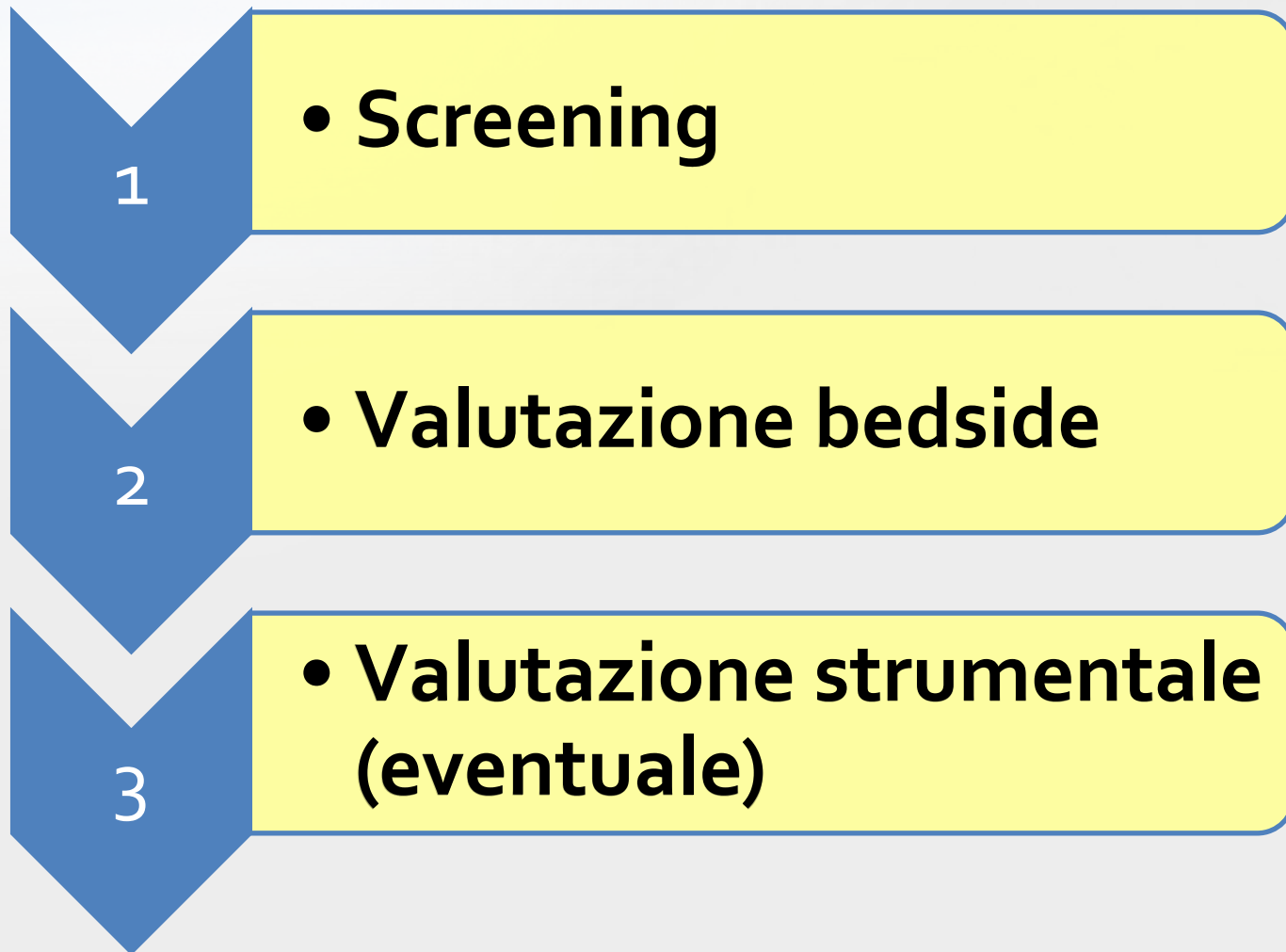
3-14 disfagia percepita come disabilità lieve

15-29 disfagia percepita come disabilità media

30-57 disfagia percepita come disabilità grave

58-60 disfagia percepita come disabilità totale

La valutazione del paziente disfagico: SINTESI



La valutazione del paziente disfagico: SINTESI

Lo screening e la valutazione sono procedure distinte effettuate in momenti diversi e generalmente da persone diverse.

Lo screening serve essenzialmente per individuare i soggetti a rischio di disfagia da sottoporre a successiva valutazione.

Le procedure di screening per la deglutizione dovrebbero preliminarmente includere:

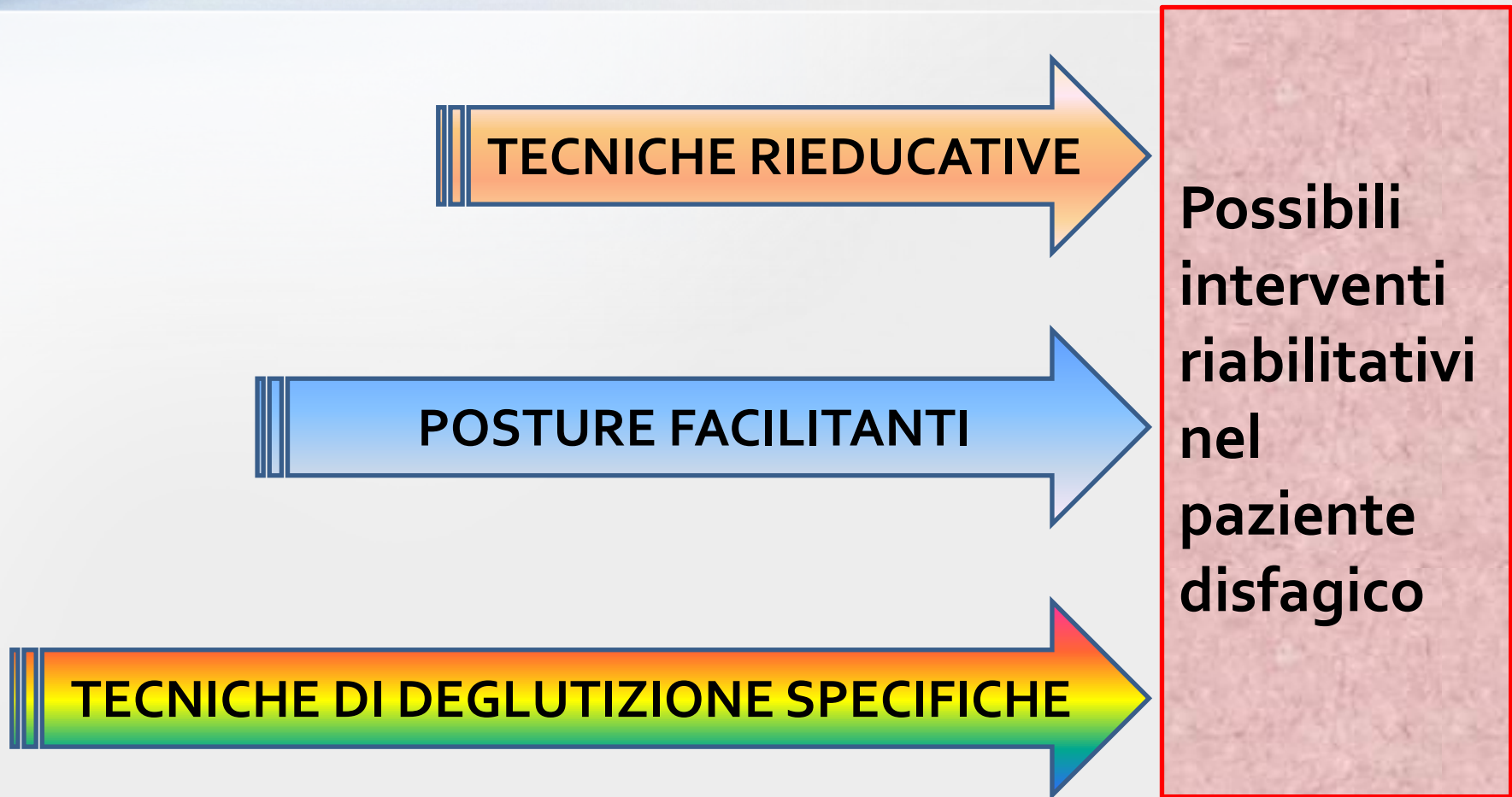
- Osservazione del livello di coscienza del paziente.
- Osservazione del grado di controllo posturale.

La valutazione del paziente disfagico: SINTESI

Se il paziente è in grado di collaborare attivamente e se è in grado di mantenere il tronco eretto lo screening dovrebbe proseguire con:

- valutazione dell'igiene orale;
- osservazione del controllo delle secrezioni orali;
- test del bolo d'acqua (se appropriato).

La gestione del paziente disfagico: INTERVENTI RIABILITATIVI



La gestione del paziente disfagico: VALUTAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO FKT

COLLO

- Mobilità.
- Presenza di eventuali contratture e/o di atteggiamenti scorretti che possono interferire con la deglutizione.

La gestione del paziente disfagico: VALUTAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO FKT

LABBRA

- Simmetria a riposo.
- Motricità (protrusione, stiramento laterale, chiusura).
- Forza in chiusura (si invita il paziente a serrare le labbra trattenendo un abbassalingua).



La gestione del paziente disfagico: VALUTAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO FKT

GUANCE

- Simmetria a riposo.
- Motricità (invitando il paziente a gonfiare le guance).

La gestione del paziente disfagico: VALUTAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO FKT

MANDIBOLA

- Simmetria a riposo chiedendo al paziente di mantenere l'apertura della bocca per cinque secondi.
- Motricità (apertura e chiusura della bocca, movimenti di lateralità dx e sx a bocca aperta).
- Forza (valutata chiedendo al paziente di aprire la bocca mentre l'esaminatore esercita resistenza applicando una mano sul mento).



La gestione del paziente disfagico: VALUTAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO FKT

LINGUA

- Simmetria a riposo.



- Motricità.

- Forza.



La gestione del paziente disfagico: VALUTAZIONE PRELIMINARE AL TRATTAMENTO FKT

VELO PALATINO

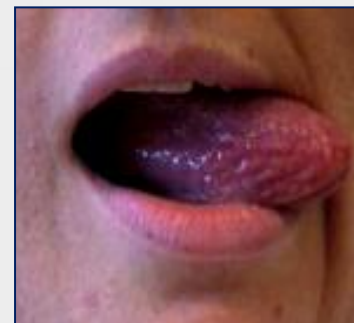
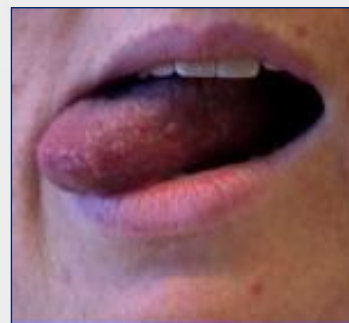
- Simmetria a riposo.
- Motricità (invitando il paziente a pronunciare dei fonemi (ad es. "a" dapprima in modo continuo e poi in rapida successione e osservando la validità dell'elevazione del velo stesso)).



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

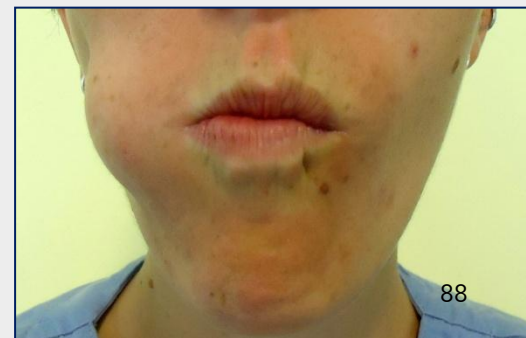
Esercizi per la motilità linguale

- Esercizio di controresistenza della lingua.
- Movimenti di lateralità della lingua protrusa.
- Protrusione della lingua all'esterno del cavo orale



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

- Movimenti verticali della lingua protrusa.
- Sporgere la lingua e poi ritirarla velocemente senza appoggiarla alle labbra.
- Muovere la lingua intorno alle labbra disegnando un cerchio.
- Esercizio della "caramella".



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

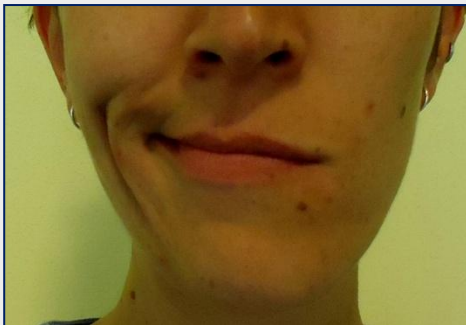
- Retrazione della lingua fino al velo palatino.
- Far schioccare la lingua.
- Pronunciare la consonante "k" seguita da vocale.



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

Esercizi per la motilità labiale

- Esercizi di pressione endorale (far gonfiare le gote al paziente).
- Stiramento laterale delle labbra.



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

- Allargare le labbra come per fare un ampio sorriso.



- Protrusione delle labbra come per dare un bacio.



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

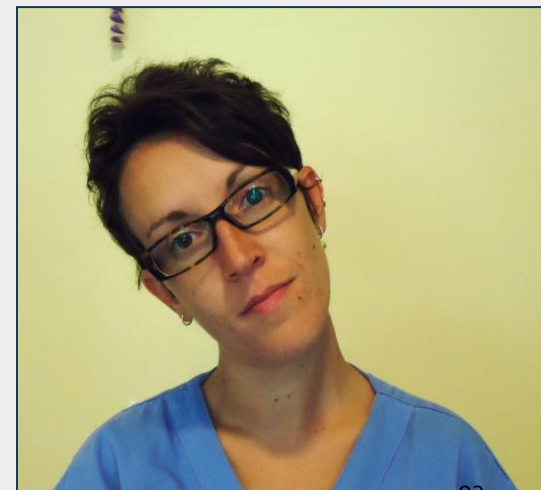
- Eseguire dei movimenti alternati di protrusione e stiramento delle labbra.
- Prensione di piccoli oggetti (es. stringere con forza fra le labbra un bastoncino).



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

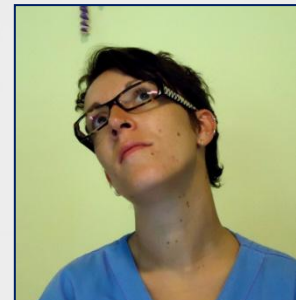
Esercizi di mobilizzazione del collo

- Esercizi di flessione ed estensione.
- Esercizi di inclinazione laterale.



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

- Esercizi di rotazione.



Esercizi per la motilità delle guance

- Risucchiare all'interno e gonfiare le guance.
- Massaggiare l'interno delle guance con la lingua.

La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

Esercizi per la motilità della mandibola

- Aprire e chiudere la bocca contro e senza resistenza.



- “Battere i denti”

La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

- Movimenti di lateralità della mandibola.
- Movimenti rotatori della mandibola.
- Protrusione e retrazione della mandibola



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE RIEDUCATIVE

Esercizi per il velo palatino

- Far soffiare al paziente (variando intensità e durata del soffio stesso).
- Risucchiare.
- Sbadigliare.

La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Postura facilitante a capo flesso (1)

E' la postura più utilizzata ed efficace in quanto determina:

- posizione più alta della laringe,
- orizzontalizzazione dell'epiglottide,
- spostamento posteriore della base della lingua.



La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Postura facilitante a capo flesso (2)

- Ampliamento delle vallecule ari-epiglottiche che in tal modo trattengono più efficacemente il cibo in caso di ritardo nell'innesco del riflesso di deglutizione e/o di insufficiente chiusura glottica.



La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Rotazione della testa verso il lato lesa. Aumenta l'apertura del SES di 2 mm e ne riduce del 35% la pressione basale; inoltre "isola" il lato lesa dal passaggio del bolo realizzando una chiusura del seno piriforme omolaterale.

- Indicata in caso di laringectomie parziali o di paralisi faringee unilaterali.



La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Postura facilitante con capo flesso lateralmente (1)

- Il capo del paziente viene fatto inclinare verso il lato sano (o meno compromesso) già al momento dell'introduzione del cibo in bocca.



La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Postura facilitante con capo flesso lateralmente (2)

- Il bolo alimentare è convogliato verso il lato flesso (sano) sia a livello orale che faringeo.
- E' indicata in tutte le lesioni laterali della lingua e delle strutture faringee.



La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Postura facilitante a capo esteso

- Il drenaggio del cibo dalla bocca risulta essere facilitato per effetto della gravità.
- Tecnica da adottare con molta cautela in quanto, eliminando lo spazio valleculare, aumenta sensibilmente il rischio di aspirazione.



La gestione del paziente disfagico: POSTURE FACILITANTI

Postura facilitante a capo esteso.

- La sua sicurezza risulta notevolmente aumentata quando è possibile abbinare la manovra di deglutizione sovraglottica.
- Trova indicazione in caso di mancata o ridotta mobilità della lingua oppure di insufficiente chiusura delle labbra.



La gestione del paziente disfagico: TECNICHE DI DEGLUTIZIONE

Deglutizione forzata

- viene aumentato volontariamente il movimento posteriore della lingua e trova indicazione quando questo movimento della base linguale è insufficiente.

La gestione del paziente disfagico: TECNICHE DI DEGLUTIZIONE

Manovra di deglutizione sovraglottica

- Il paziente trattiene il fiato prima di iniziare a deglutire. Si ottiene così la chiusura delle corde vocali e le vie aeree sono protette dal passaggio di cibo. Il paziente deglutisce mantenendo l'apnea respiratoria (e quindi anche la chiusura delle corde vocali). A conclusione della deglutizione viene eseguito un colpo di tosse.
- Questa manovra trova indicazione in caso di ridotta o ritardata chiusura delle corde vocali oppure di ritardo nell'innescio del riflesso faringeo di deglutizione.

La gestione del paziente disfagico: TECNICHE DI DEGLUTIZIONE

Manovra di deglutizione super-sopraglottica

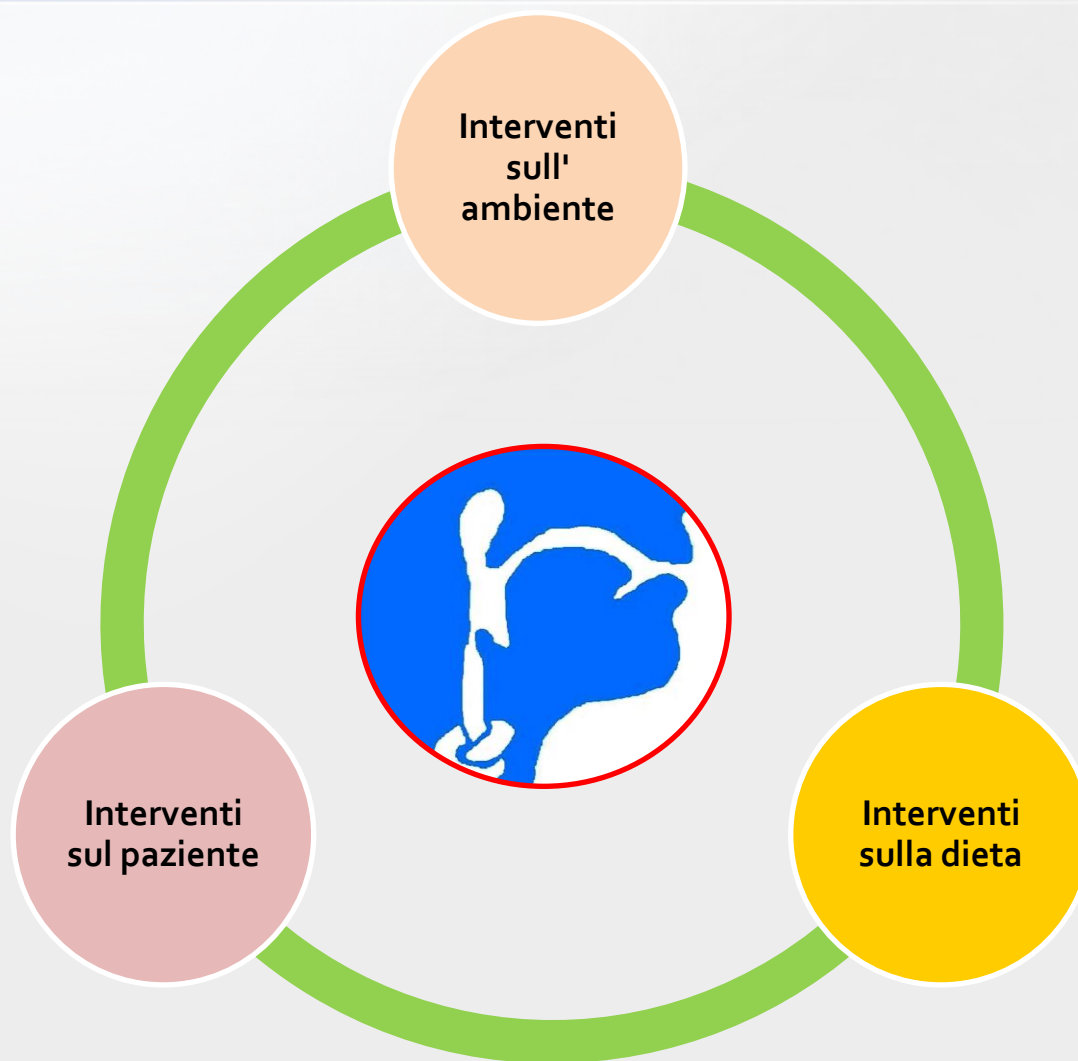
- E' utilizzabile nei casi in cui le corde vocali non si adducono del tutto. E' come la precedente ma eseguendo la manovra di Valsalva durante la deglutizione.
- Respiro profondo → apnea → Valsalva durante la deglutizione → espirazione forzata o colpo di tosse).

La gestione del paziente disfagico: TECNICHE DI DEGLUTIZIONE

Manovra di Mendelshon

- Consiste nel mantenere la laringe elevata con le dita oppure facendo eseguire il suono “ch” muto durante la deglutizione.

Consigli e accorgimenti pratici per pazienti e operatori



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SULL'AMBIENTE

- AMBIENTE TRANQUILLO E PRIVO DI DISTRAZIONI.

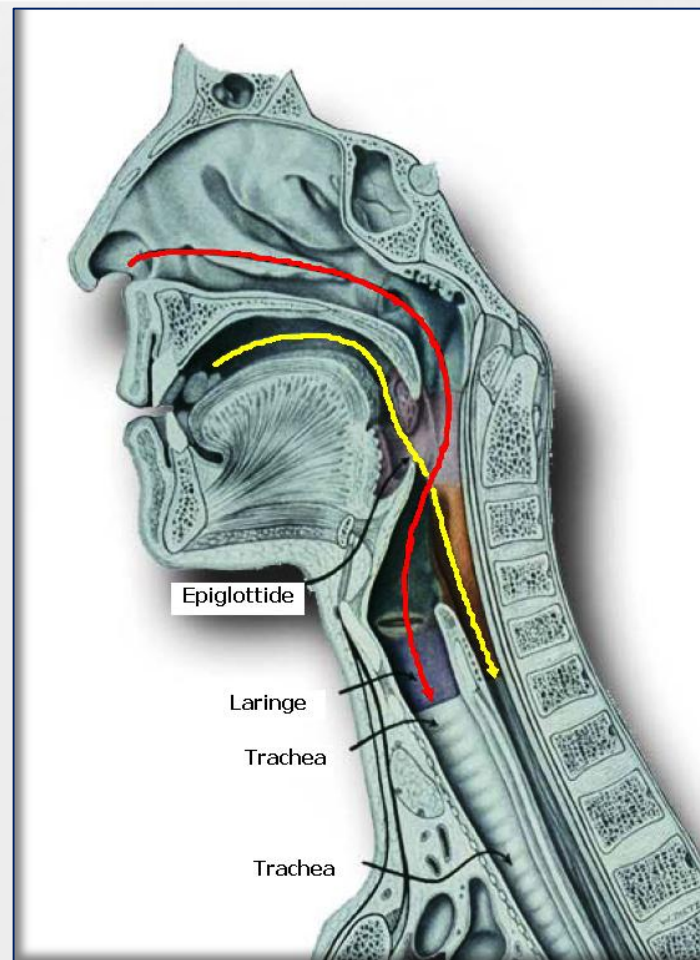


1. Rimuovere cibi, posate e stoviglie inutili.
2. Evitare che le persone mangino isolate dagli altri poiché ciò aumenta il rifiuto di alimentarsi.
3. Consumare il pasto in compagnia favorisce la relazione interpersonale e stimola l'appetito.

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SULL'AMBIENTE

- NON PARLARE DURANTE IL PASTO. Non è possibile parlare, respirare e deglutire contemporaneamente.
- NON GUARDARE LA TELEVISIONE.



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

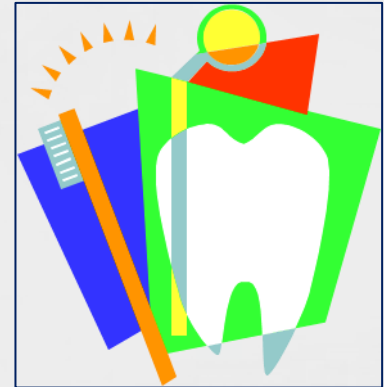
- CONTROLLARE VIGILANZA E REATTIVITA' E LA CAPACITÀ DELL'OSPITE DI COMUNICARE EVENTUALI DIFFICOLTÀ A DEGLUTIRE.
- CORRETTO POSIZIONAMENTO DELLE PROTESI.



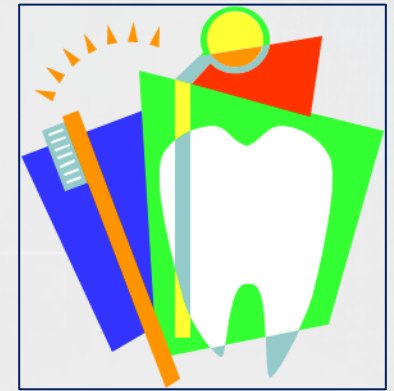
Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- ACCURATA IGIENE DEL CAVO ORALE:
 - Verificare sempre che non siano presenti ristagni di muco, saliva, cibo.
 - La salivazione e il gusto sono stimolati da una buona igiene orale.
 - Una buona igiene del cavo orale stimola la salivazione e il gusto, garantisce l'umidità delle mucose e contribuisce a impedire l'adesione del cibo alla mucosa stessa.
 - I denti e il cavo orale vanno puliti dopo ogni pasto



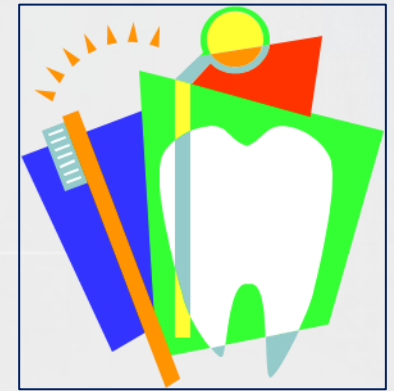
Consigli e accorgimenti pratici



IGIENE DEL CAVO ORALE

- Dovrebbe essere usato un adeguato protocollo di igiene orale per tutti i pazienti con disfagia, compresi quelli alimentati con PEG o SNG.
- Il cavo orale è colonizzato da oltre 300 specie batteriche che vivono sulla superficie di denti, mucosa, gengive.
- Ricevere cure non adeguate di igiene orale aumenta notevolmente la carica batterica presente nella saliva.
- Un buon livello di igiene orale riduce l'incidenza di infezioni delle vie respiratorie e la mortalità per polmonite.

Consigli e accorgimenti pratici



IGIENE DEL CAVO ORALE

- ***LINEA GUIDA ORAL HEALTH NURSING ASSESSMENT AND INTERVENTIONS-RNAO (2008):***
 - Gli infermieri effettuano, supervisionano, ricordano o sollecitano la cura orale dei pazienti, di routine, almeno 2 volte/die.
 - Gli infermieri effettuano o supervisionano la cura orale dei pazienti a rischio di aspirazione.
 - Gli infermieri forniscono ai pazienti e ai loro familiari un'educazione continua sulla cura orale.

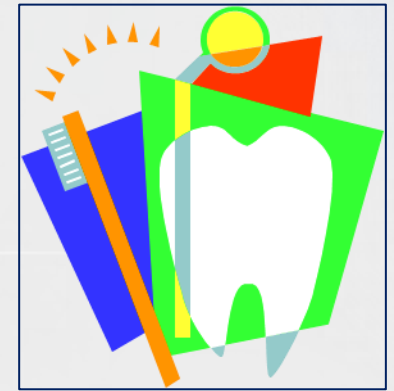
Consigli e accorgimenti pratici



IGIENE DEL CAVO ORALE

- Avvicinare la persona in modo cortese, senza fretta.
- Indossare i guanti.
- Una pulizia meticolosa meno frequente è preferibile ad una superficiale più frequente.
- Non mettere mai le dita tra i denti del paziente.

Consigli e accorgimenti pratici



IGIENE DEL CAVO ORALE

- In caso di paziente non collaborante, che morde, aggressivo fisicamente ecc. richiedere l'aiuto di un altro operatore, usare tecniche di comunicazione e approccio specifiche, effettuare la pulizia nei momenti in cui l'ospite è più collaborante, usare diversi tipi di spazzolino e indagare il possibile utilizzo di differenti prodotti dentali come spray, colluttori ecc.

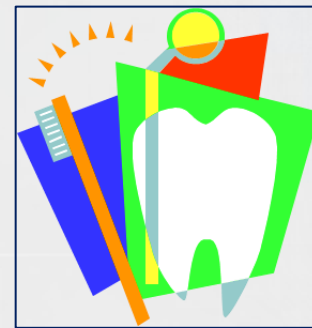
Consigli e accorgimenti pratici



IGIENE DEL CAVO ORALE

- Se il paziente dimentica come effettuare l'igiene orale può giovare scomporre in passaggi semplici e sequenziali il processo di igiene orale. Se utile scrivere dei promemoria per il paziente.
- In tutti i casi elencare le strategie che si sono dimostrate efficaci con il singolo paziente e verificare che i compiti che il paziente sa ancora fare da solo siano annotati.

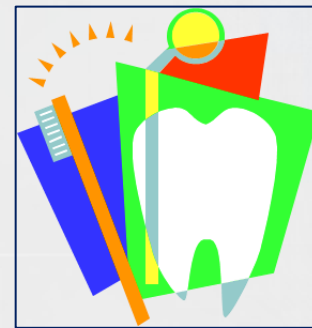
Consigli e accorgimenti pratici



Tecniche di comunicazione per pz. non collaborante

Tecniche	Descrizione	Esempi pratici
Salvataggio	Il secondo operatore interviene invitando il collega (che sta tentando di eseguire l'igiene orale) ad andare via affinché lui possa aiutare "il suo amico" (paziente).	Il primo operatore non riesce a rimuovere la dentiera del paziente, così un secondo operatore entra e prende il suo posto.
Distrazione	Il canto, la musica, la presentazione di oggetti, un tocco gentile, il parlare possono essere utili per tentare di distrarre il paziente da una situazione stressante.	Far frugare in una scatola o distrarre con un oggetto familiare sono dei modi per mantenere occupato il paziente durante le operazioni di assistenza (in questo caso di igiene orale).

Consigli e accorgimenti pratici



Tecniche di comunicazione per pz. non collaborante

Tecniche	Descrizione	Esempi pratici
Costruzione di un ponte	Migliorare la connessione sensoriale con ciò che si sta facendo permettendo al paziente di tenere in mano lo stesso oggetto usato dall'operatore mentre quest'ultimo esegue un'attività.	Il paziente afferra e manipola uno spazzolino da denti mentre l'operatore ne usa un altro.
Mano sopra la mano del paziente	L'operatore pone la propria mano su quella del paziente per guidarlo nell'attività.	L'operatore prende la mano del paziente, dopo averci messo sopra la parte inferiore della dentiera, e lo guida nel rimettere in bocca la protesi.
Concatenamento	L'operatore inizia l'attività e il paziente la completa.	Un operatore mette il dentifricio sullo spazzolino da denti e lo dà in mano al paziente, questi poi si spazzola denti.

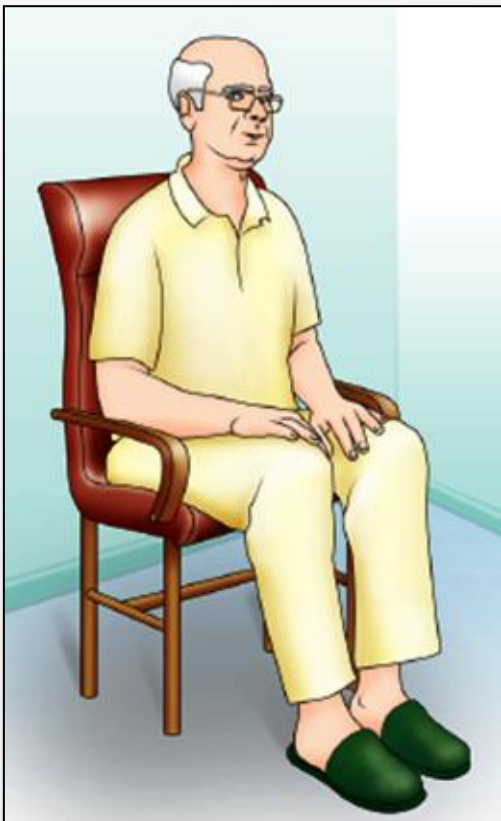
Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

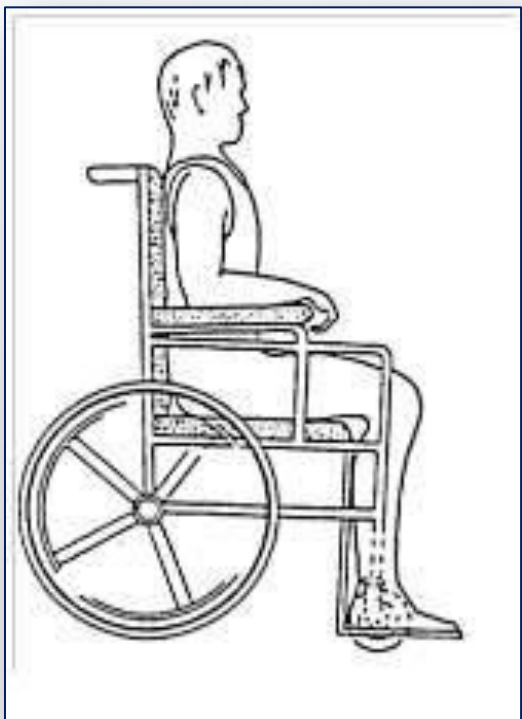
- POSTURA CORRETTA:
 - Paziente seduto col busto eretto e le braccia comodamente appoggiate ai braccioli della sedia.
 - Anche e ginocchia devono formare un angolo di 90°
 - Piedi ben appoggiati sul pavimento o sulle pedane della carrozzina.
 - Testa allineata al tronco, leggermente flessa in avanti e comunque mai in estensione per il rischio di aspirazione.

Consigli e accorgimenti pratici

• POSTURA CORRETTA.



Consigli e accorgimenti pratici



Postura corretta in carrozzina



Postura scorretta

Consigli e accorgimenti pratici

Se l'ospite utilizza una carrozzina bascula, il corretto posizionamento sarà effettuato regolando opportunamente l'inclinazione dello schienale e del poggiatesta

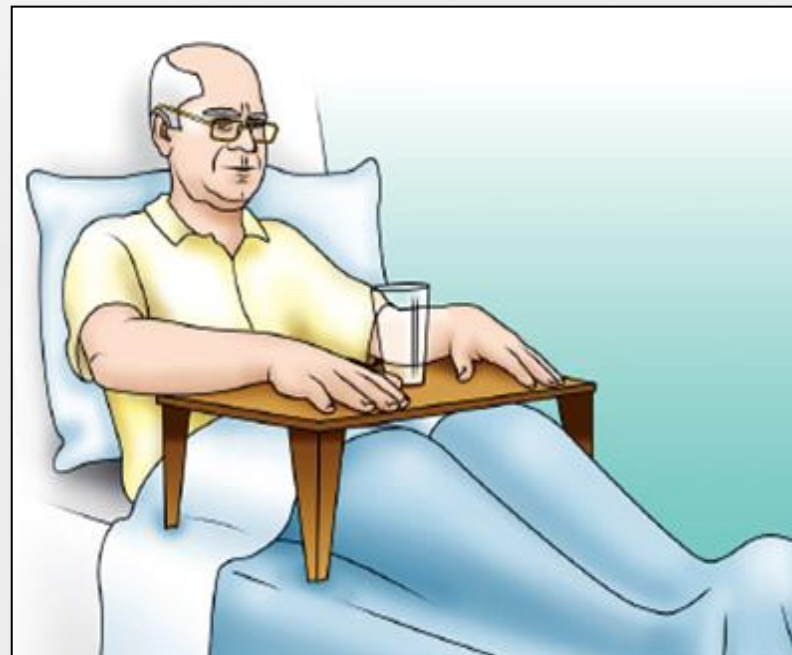


Consigli e accorgimenti pratici

POSTURA CORRETTA (paziente allettato):

Regolare la testata in modo che il busto abbia un'inclinazione di 60° - 80° (è possibile utilizzare cuscini per ottenere un posizionamento migliore).

Gli arti superiori, se possibile, dovrebbero appoggiare comodamente sul tavolino posto trasversalmente al letto e davanti al paziente.

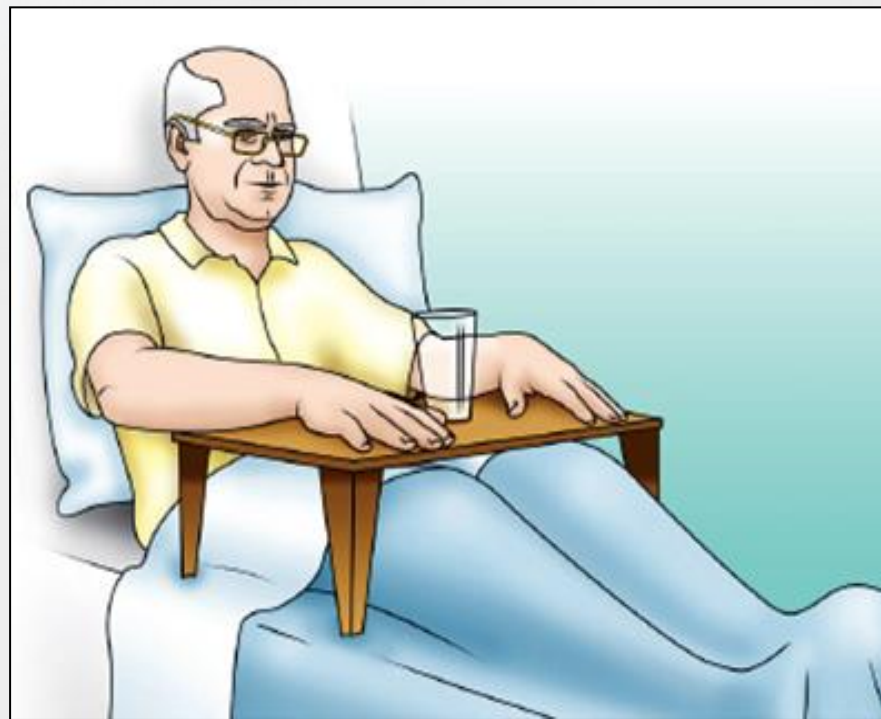


Consigli e accorgimenti pratici

POSTURA CORRETTA (paziente allettato):

Se la testa è instabile
l'operatore può sostenere la
fronte del paziente con una
mano.

Sconsigliato l'uso del collare
cervicale per mantenere il
posizionamento del capo
perché può ostacolare la
deglutizione.



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

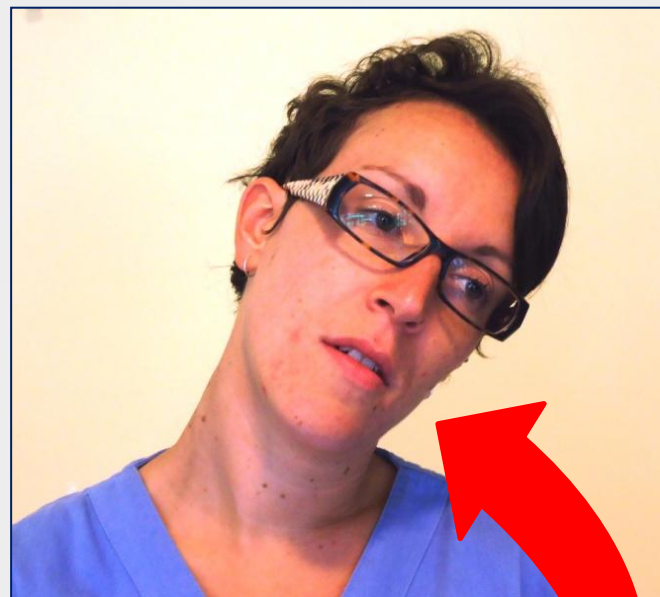
- CORRETTA POSIZIONE DELL'ASSISTENTE. Chi imbocca deve sedersi allo stesso livello del paziente o trovarsi un poco più in basso dei suoi occhi.
- FLETTERE IL CAPO. Piegare in avanti il capo, abbassando il mento verso il torace facilita la deglutizione e riduce il rischio di aspirazione.



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- LATO SANO. In presenza di deficit motorio monolaterale è preferibile imboccare l'ospite introducendo il cibo dal lato sano. Contemporaneamente è in genere opportuno flettere il capo del paziente verso il lato sano



LATO SANO

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- CORRETTO UTILIZZO DEL CUCCHIAIO:
 - scegliere il cucchiaino più adatto;
 - portarlo alle labbra dell'ospite dal basso;
 - deporre il cibo al centro della bocca, sulla parte anteriore della lingua, circa a un terzo della sua lunghezza;
 - non far venire il cucchiaino in contatto con i denti per evitare che il paziente lo morda.
- PREMERE LEGGERMENTE IL CUCCHIAIO SULLA LINGUA.

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- MANGIARE LENTAMENTE. Garantire al paziente disfagico un tempo sufficiente è probabilmente una delle misure assistenziali più efficaci.
- VERIFICARE CHE NON SIANO PRESENTI RESIDUI DI CIBO nel cavo orale prima di somministrare la cucchiata successiva.

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- ESEGUIRE DEGLI ATTI DEGLUTITORI A VUOTO a intervalli regolari durante il pasto. Se l'ospite è incapace di compiere delle deglutizioni a comando queste possono essere innescate semplicemente appoggiando sulla lingua il cucchiaino vuoto

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- ESEGUIRE DEI COLPI DI TOSSE. Questo permette di verificare la presenza di materiale non deglutito in gola e di liberare le vie aeree superiori da eventuali residui alimentari.



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- BERE FRA UNA PORTATA E L'ALTRA. (l'alternanza di liquido e solido può favorire la pulizia del cavo orofaringeo)
- VERIFICARE LA RISALITA DELLA GLOTTIDE
appoggiando un dito sotto il pomo d'Adamo: la palpazione della risalita di quest'ultimo è segno di avvenuta deglutizione.

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL PAZIENTE

- INTERROMPERE IL PASTO IN CASO DI STANCHEZZA.
- MANTENERE IL PAZIENTE CON IL TRONCO ERETTO per almeno 30 min. dopo la fine del pasto (non ci si corica subito dopo aver mangiato).

Consigli e accorgimenti pratici

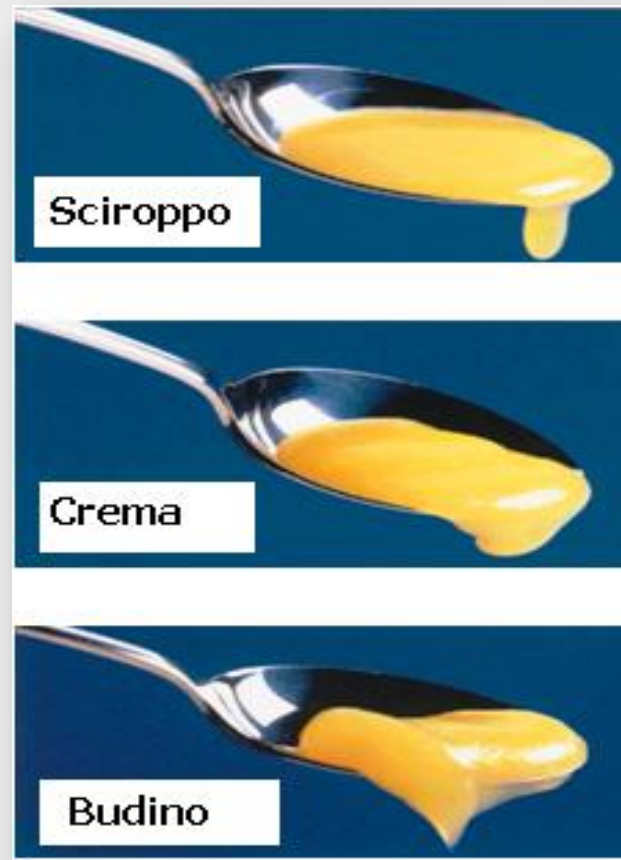
INTERVENTI SUL CIBO

- PASTI POCO ABBONDANTI. E' opportuno (ma non è una regola assoluta) somministrare numerosi piccoli pasti lungo l'intero arco della giornata al fine di evitare una precoce sensazione di sazietà.
- PICCOLE QUANTITA' DI CIBO per volta, assunte o somministrate lentamente e con attenzione (cucchiaini piccoli).

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL CIBO

- ADDENSARE CON ATTENZIONE. Il prodotto addensante va aggiunto poco a poco in modo da ottenere facilmente la consistenza desiderata (che molto spesso varia da paziente a paziente).



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL CIBO

- CIBI FRESCHI. La deglutizione è solitamente migliorata se il cibo addensato o gelificato è fresco. In ogni caso è consigliabile somministrare alimenti con temperature più calde o più fredde di quella corporea.



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL CIBO

- PREPARAZIONE ACCURATA E FANTASIOSA. Curare il gusto dei cibi a consistenza modificata evitando la monotonia e la ripetitività. Permettere al paziente di guardare, annusare e gustare il cibo al fine di stimolare l'appetito e la produzione di saliva.



Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL CIBO

- CARATTERISTICHE ORGANOLETTICHE BEN DEFINITE.
 - Cibi con caratteristiche di **temperatura**, **aroma** e **sapore** piuttosto decise stimolano la deglutizione.
 - Alimenti dal sapore aspro, come limone o lime hanno un effetto stimolante sulla deglutizione (possono però essere controindicati in caso di sialorrea giacché aumentano la salivazione).

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL CIBO

- NON MESCOLARE LE PORTATE. Mescolare le varie pietanze fino a ottenere un “pappotto” dal sapore indefinito, stucchevole e sempre uguale, non apporta nessun vantaggio all’operatore (il tempo impiegato per somministrare il pasto sarà comunque lo stesso) ma sicuramente compromette il piacere e il desiderio di alimentarsi dell’ospite e, conseguentemente, la sua capacità deglutitoria.

Consigli e accorgimenti pratici

INTERVENTI SUL CIBO

- CONSISTENZA OMOGENEA.
 - Devono essere evitati tutti i cibi che presentano contemporaneamente una componente solida e una liquida (es. minestrina).
 - La consistenza ottimale varia da paziente a paziente!

Consigli e accorgimenti pratici

Ma soprattutto:



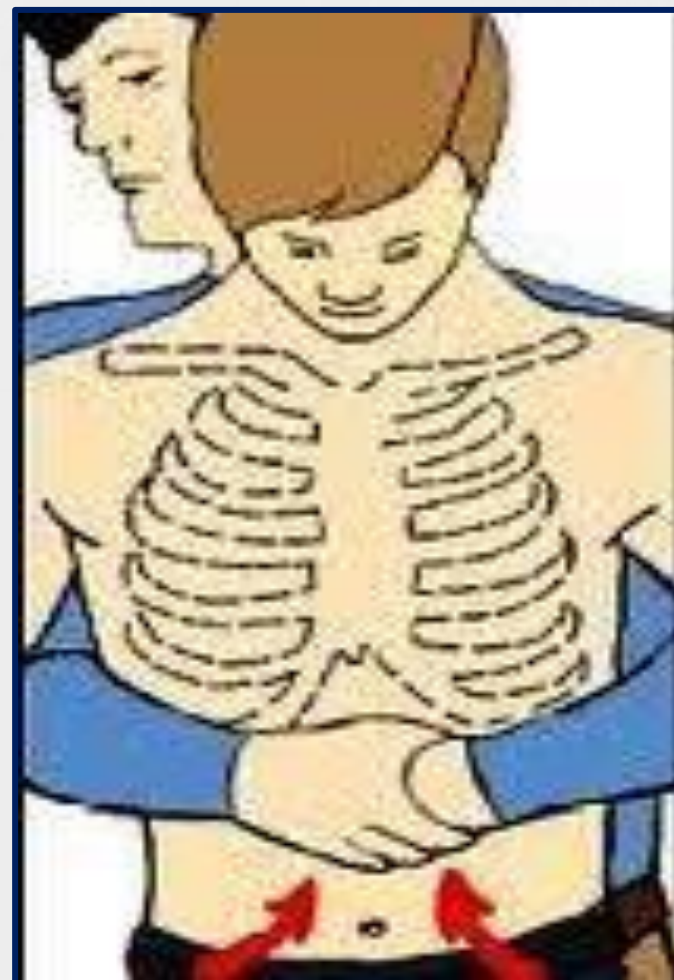
***SEGNALARE
QUALSIASI PROBLEMA
INSORTO DURANTE IL
PASTO.***

LA MANOVRA DI HEIMLICH

- E' utilizzata per liberare, in situazione di emergenza, le vie aeree ostruite da un bolo di cibo o da altro corpo estraneo.
- Si esercita una forte pressione appena sotto il diaframma del soggetto e si provoca un esplosivo rilascio d'aria dai polmoni della vittima che può rimuovere l'ostruzione delle vie aeree.

LA MANOVRA DI HEIMLICH

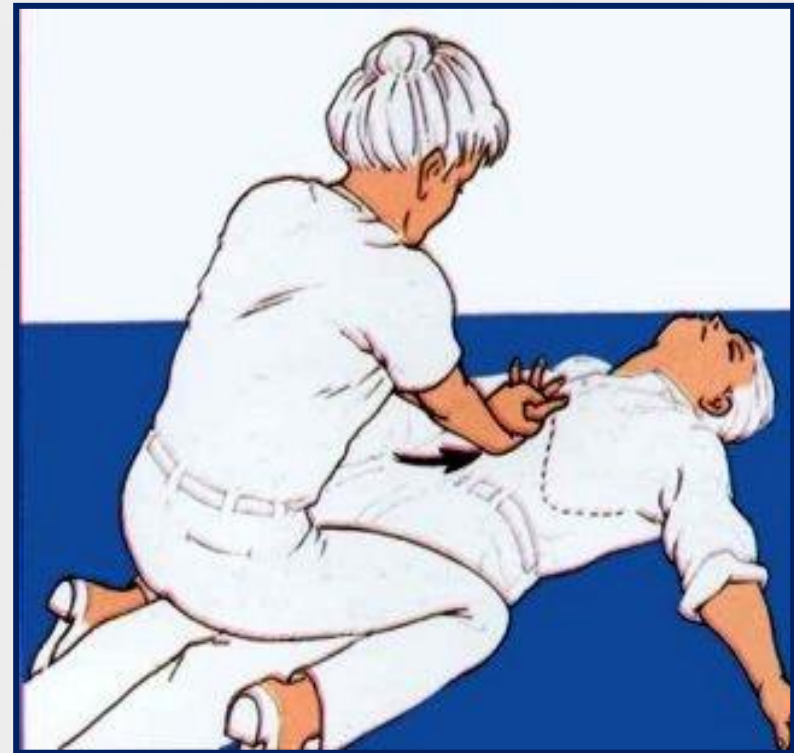
- Con paziente in piedi o seduto il soccorritore si pone dietro la vittima circondandola con le proprie braccia e appoggiando una mano chiusa a pugno con le nocche rivolte in alto, al di sotto dello sterno (circa all'altezza dell'ombelico) e pone l'altra mano, aperta, attorno al pugno che viene spinto con forza verso l'interno e verso l'alto.



LA MANOVRA DI HEIMLICH

Se la vittima diventa incosciente:

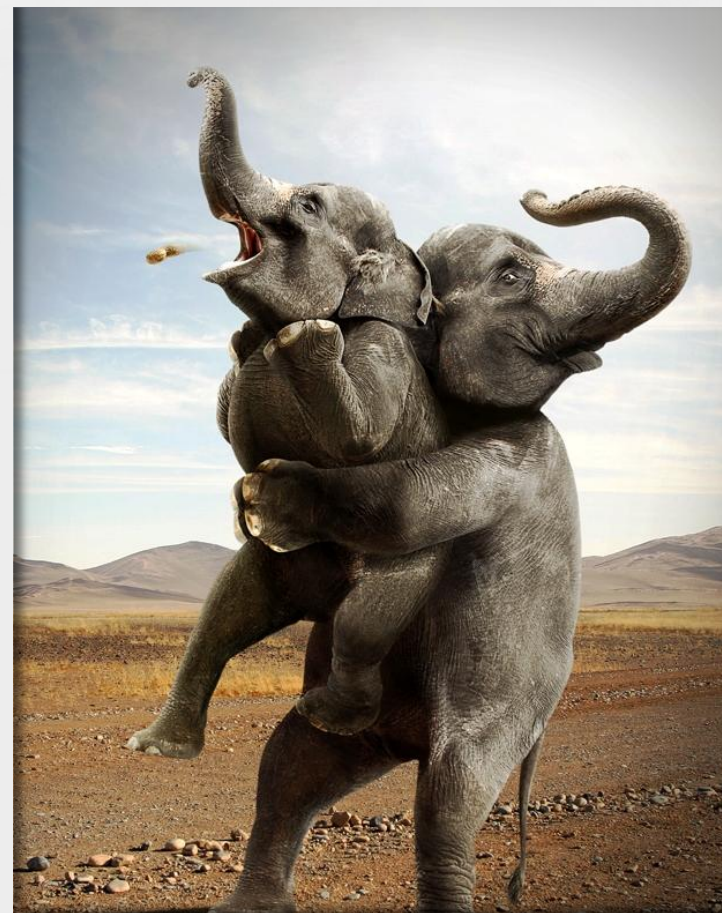
- Mettersi a cavalcioni della vittima distesa supina su una superficie rigida, porre la parte inferiore del palmo della mano (con le dita rivolte verso la testa della vittima) a livello dell'ombelico e premere con forza verso l'interno e verso l'alto.



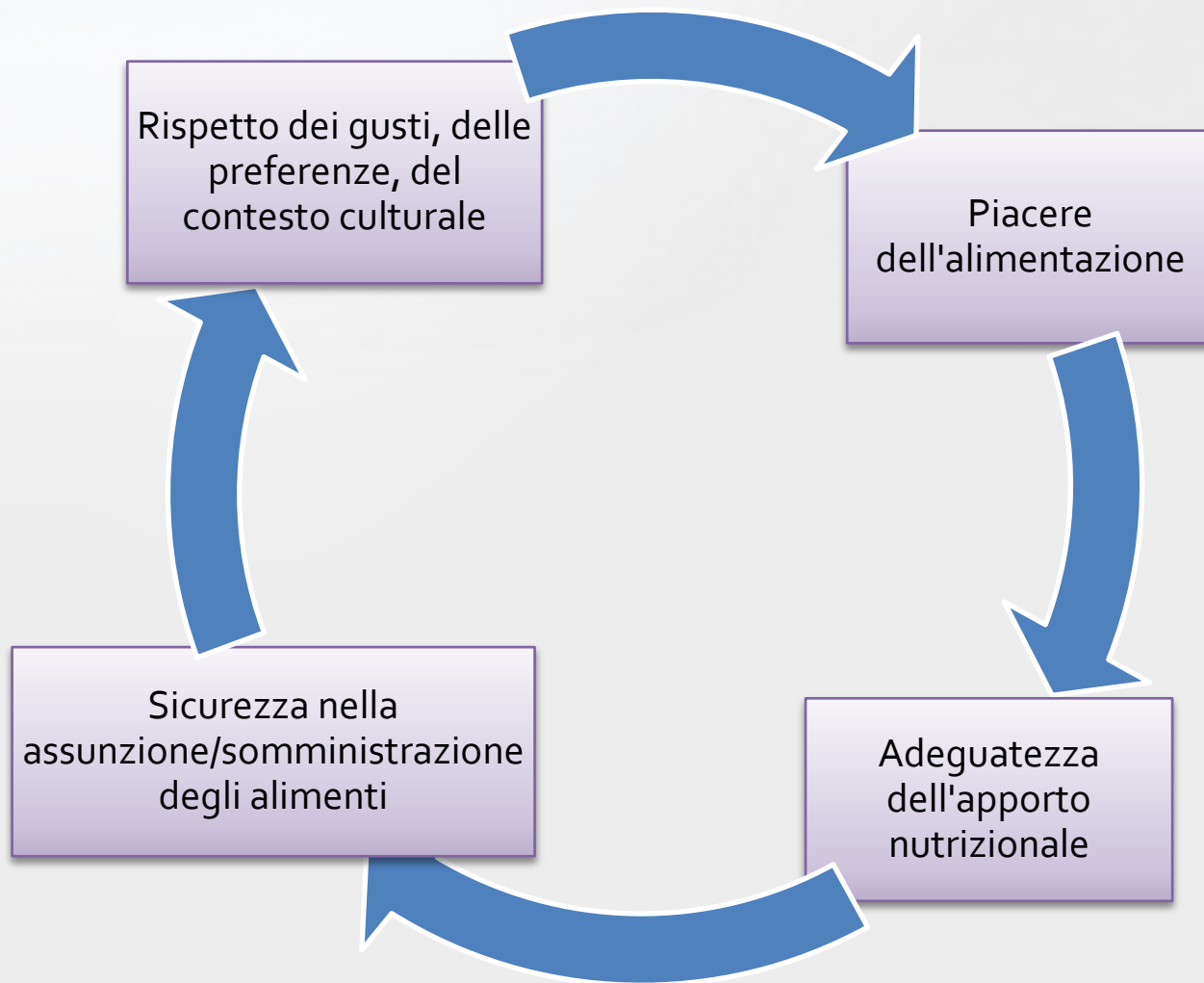
LA MANOVRA DI HEIMLICH

Tentativo di rimozione manuale.

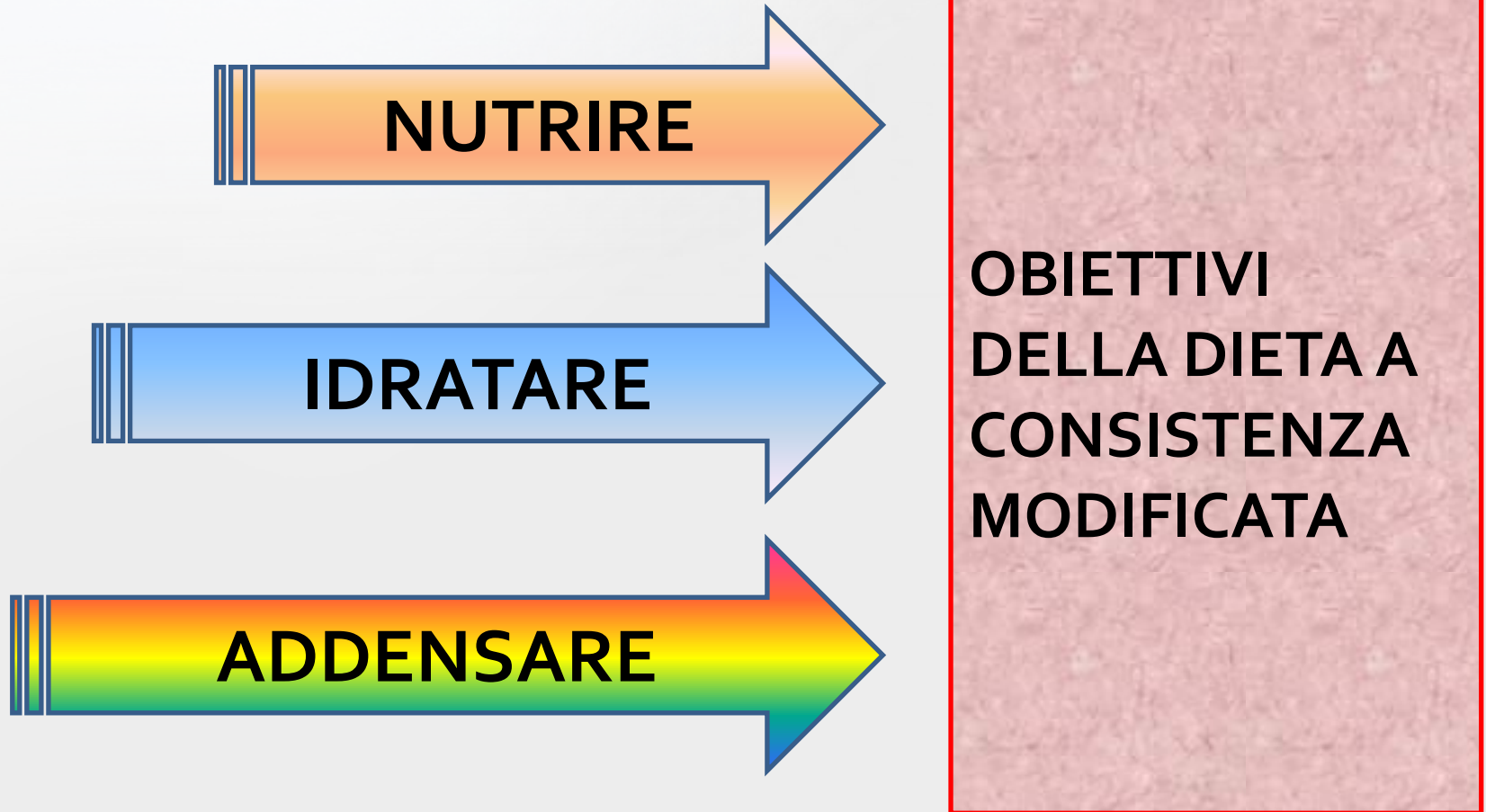
1. Afferrare con il pollice e con le altre dita di una mano la mandibola e la lingua della vittima tirandola verso l'alto per allontanarlo quanto più possibile dalla parete posteriore della faringe.
2. Inserire il dito indice dell'altra mano nel cavo orale della vittima facendolo scivolare lungo il lato interno della guancia fino a raggiungere il fondo della bocca e cercare di agganciare il corpo estraneo per spostarlo verso l'alto.



La dieta per il paziente disfagico



La dieta per il paziente disfagico

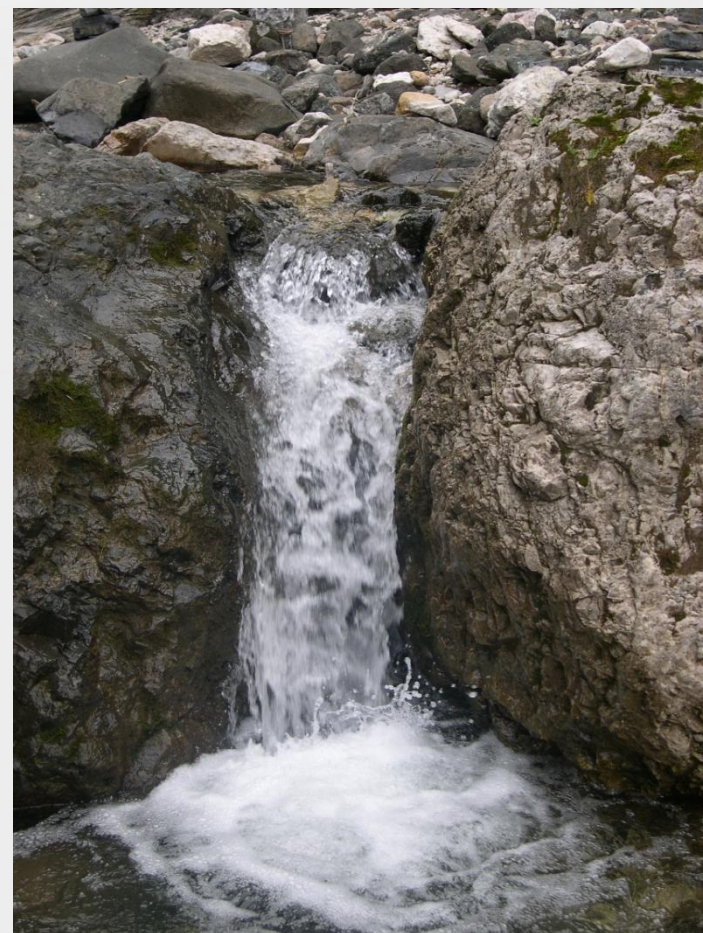


La dieta per il paziente disfagico: OBIETTIVI

1. **NUTRIRE** cioè fornire energia, proteine e tutti gli altri principi nutritivi in quantità sufficiente a coprire le necessità del paziente. Indicativamente:
 - 25 Kcal/Kg peso ideale (fino a 35 Kcal in presenza di malnutrizione, decubiti etc.);
 - 0,8-1,2 gr di proteine/Kg di peso ideale (fino a 1,5 gr o più in presenza di ipercatabolismo o piaghe da decubito);
 - apporto di micronutrienti secondo quanto indicato dai LARN

La dieta per il paziente disfagico: OBIETTIVI

2. **IDRATARE:** il disfagico è particolarmente a rischio di disidratazione.
- Regola pratica: il fabbisogno giornaliero di liquidi può essere stimato in 30-35 ml/Kg di peso (1800 ml per un soggetto di 60 Kg).



La dieta per il paziente disfagico: OBIETTIVI

3. **ADDENSARE** per migliorare viscosità, coesione, omogeneità e consistenza del cibo evitando ristagni in bocca, faringe, esofago e proteggendo il paziente dal rischio di aspirazione.
 - **Viscosità**: facilita la progressione del bolo rendendolo più scivoloso. La viscosità può essere migliorata utilizzando tutti i condimenti (olio, burro, panna, maionese, besciamella...) che hanno anche il vantaggio di aumentare la densità calorica della preparazione.

La dieta per il paziente disfagico: OBIETTIVI

- **Coesione e omogeneità**: Il bolo deve mantenersi compatto durante il transito faringo-esofageo e deve essere costituito da particelle aventi uguali dimensioni e consistenza.
- **Consistenza**: viene modificata con l'aggiunta di **addensanti naturali** (fecola, amido di mais, fiocchi di patate, gelatine alimentari) oppure **prodotti addensanti specifici** (a base di amido modificato, polisaccaridi, maltodestrine). Gli addensanti commerciali possono essere aggiunti al termine delle fasi di cottura e preparazione, permettendo un aggiustamento all'ultimo momento, tarato sul singolo paziente. Essendo inoltre quasi insapori alterano poco il sapore dell'alimento.

La dieta per il paziente disfagico

Classificazione degli alimenti in base alla consistenza:

- ***ALIMENTI DI CONSISTENZA SOLIDA.*** Alimenti morbidi, riservati a pazienti con compromissione di bassa entità della fase orale e con masticazione almeno in parte conservata. Esempi: pasta ben cotta, gnocchi ben cotti e ben conditi, pesce (platessa, sogliola), verdure non filamentose cotte, frutta cotta o comunque ben matura.

La dieta per il paziente disfagico

- ***ALIMENTI DI CONSISTENZA SEMISOLIDA:***
alimenti che, pur non necessitando di masticazione, richiedono una preparazione orale più impegnativa rispetto a quelli a consistenza semiliquida. Esempi: polenta morbida, passati e frullati piuttosto densi, creme di cereali, semolini, omogeneizzati di carne e pesce, formaggi cremosi, budini, creme, mousse, bevande gelificate.

La dieta per il paziente disfagico

- ***ALIMENTI DI CONSISTENZA SEMILIQUIDA:***
alimenti in cui la percentuale di liquido è prevalente, che non richiedono masticazione e necessitano solo di una modesta preparazione orale. Esempi: frullati e passati in cui prevale la componente liquida, gelati, omogeneizzati di frutta, yogurt cremosi.

La dieta per il paziente disfagico

- ***ALIMENTI DI CONSISTENZA LIQUIDA.*** Possono contenere scorie (succo di frutta, latte) oppure esserne privi (acqua, tè, tisane). Sono utili quando la difficoltà del pz. è rappresentata dalla masticazione, poiché non necessitano di preparazione orale. Sono però più difficili da deglutire perché meno controllabili a causa dello scarso attrito durante il transito in faringe.

Requisiti di una dieta a consistenza modificata

- 1. ALTO VALORE NUTRIZIONALE** (per prevenire o correggere la malnutrizione). I volumi da somministrare devono essere il più possibile ridotti (alta densità calorica).
 - L'apporto calorico può essere aumentato sia introducendo due o tre spuntini aggiuntivi oltre ai tre pasti principali sia aumentando l'utilizzo di olio, burro, maionese, tuorlo d'uovo, zucchero, miele, marmellata, fecola, gelati (addensati se necessario) etc. L'aggiunta di un cucchiaino da tavola (10 ml) di olio fornisce 90 Kcal e può inoltre migliorare la viscosità del cibo.

Requisiti di una dieta a consistenza modificata

- L'apporto proteico può essere incrementato aggiungendo carne, pesce, prosciutto cotto, parmigiano grattugiato, formaggi cremosi, latte in polvere, bianco d'uovo. Gli alimenti proteici possono essere aggiunti alle minestre e, più in generale, ai primi piatti ma, in tal modo, si corre il rischio di un eccessivo appiattimento delle qualità organolettiche (odore, sapore, colore) dei cibi.
- Possono essere utilizzati integratori alimentari ad alto contenuto calorico, proteico e vitaminico da aggiungere ai piatti abituali (integratori in polvere) oppure da assumere durante la giornata (integratori pronti per il consumo).

Requisiti di una dieta a consistenza modificata:

2. **COMPOSIZIONE DEFINITA E COSTANTE.** E' maggiormente garantita con i prodotti ad hoc del commercio (costo elevato) ma comunque realizzabile efficacemente anche con la preparazione casalinga dei cibi.
3. **CONSISTENZA OMOGENEA E BUONA SCIVOLOSITÀ** per facilitare masticazione e deglutizione.

Requisiti di una dieta a consistenza modificata:

4. **SICUREZZA MICROBIOLOGICA.** Porre attenzione soprattutto nella preparazione casalinga. I prodotti del commercio pronti all'uso sono sicuri sotto questo punto di vista ma hanno un costo decisamente elevato.
5. **FACILITÀ DI IMPIEGO E PREPARAZIONE.**

Requisiti di una dieta a consistenza modificata:

6. INGREDIENTI NATURALI.

7. QUALITÀ ORGANOLETTICHE GRADEVOLI.

Mantenere l'appetibilità e la varietà dei cibi deve rimanere uno degli obiettivi principali.



La dieta per il paziente disfagico:

Disfagia
lieve

- Dieta libera con limitazioni

Disfagia
moderata

- Dieta semisolida o semifluida frullata

Disfagia
grave

- Valutare nutrizione enterale (SNG o PEG)

La dieta per il paziente disfagico: esempi di menu:

- COLAZIONE: Yogurt bianco o aromatizzato alla frutta senza pezzi interi, oppure latte con aggiunta di biscotti facilmente solubili fino a ottenere una consistenza cremosa. Aggiunta di zucchero per migliorare il gusto e aumentare l'apporto calorico (attenzione ovviamente nel diabetico).
- SPUNTINI: frullato di frutta con aggiunta di latte o yogurt dolcificati con zucchero o miele oppure budini oppure creme (es. crema pasticcera).

La dieta per il paziente disfagico: esempi di menù

PRANZO e CENA:

- **Primi piatti:** Semolino, crema di riso o ai cereali cotta in brodo di carne o di verdura, passato di verdure miste, creme di verdure o di legumi, pasta preferibilmente di grande formato ben cotta e condita e successivamente frullata fino a ottenere una consistenza cremosa.
- **Secondi piatti:** carne o pesce lessati e frullati, prosciutto cotto frullato, formaggi freschi cremosi (tipo ricotta, stracchino, robiola, etc.). L'aggiunta di sugo o intingoli oltre a permettere una diversificazione del gusto può aiutare a raggiungere più facilmente il giusto grado di cremosità/fluidità.
- **Contorno:** purè di patate (consigliabile l'aggiunta di altre verdure per diversificare il gusto), verdura cotta frullata.
- **Dessert:** frullato di frutta, mousse di frutta, frutta cotta frullata.

La dieta per il paziente disfagico:

ALIMENTI PERICOLOSI

- Cibi e liquidi a temperature estreme.
- Cibi che richiedono una lunga masticazione (ad esempio carni o verdure filacciose).
- Alimenti dalla doppia consistenza (esempio tipico la pastina in brodo).
- Alimenti che in bocca tendono a fondere fino a diventare liquidi (ad es. alcuni prodotti gelatinosi ma anche gelato).
- Riso.

La dieta per il paziente disfagico:

ALIMENTI PERICOLOSI

- Minestre con verdura a pezzi o con presenza di pasta, pastina, riso, orzo etc.
- Toast, crackers, grissini, fette biscottate, biscotti e, più in generale, alimenti secchi e friabili e che si frammentano in tante piccole unità.
- Patate a pezzi o fritte o al forno oppure non ben condite (in assenza di condimento le patate tendono a risultare collose e di difficile deglutizione nonostante la consistenza possa essere accettabile).

La dieta per il paziente disfagico:

ALIMENTI PERICOLOSI

- Pomodori a pezzi o con buccia o con semi, sedano, verdura a foglia, carciofi, finocchi (alimenti con semi e/o filamentosi).
- Legumi (a meno che non siano passati).
- Frutta a pezzi (macedonia!), frutta a spicchi, uva.
- Frutta secca (noci, nocciole, mandorle, pistacchi).
- Uova sode.

La dieta per il paziente disfagico

ALIMENTI PERICOLOSI

- Carne troppo asciutta o filacciosa. Carne trita (a meno che non sia incorporata in purè o sughi densi o sotto forma di polpettone).
- Cibi che tendono a “impastarsi” in bocca (burro di arachidi, banane.)
- Liquidi (possono defluire per gravità in faringe senza che sia stimolato il riflesso della deglutizione, e quindi entrare nelle vie respiratorie).

NOTA: banane ben mature, schiacciate, amalgamate con zucchero, alle quali sia aggiunto succo di limone per stimolare la deglutizione possono essere una preparazione utile.

La dieta per il paziente disfagico:

ACCORGIMENTI PRATICI

- Frullatore o omogeneizzatore di potenza adeguata.
- Se necessario passare con un colino l'alimento frullato.
- Cibi ben cotti prima di essere frullati (la pasta va cotta ben oltre il tempo di cottura normale).
- Ai cibi da frullare è opportuno aggiungere condimenti, sughi, salse, maionese etc. per ammorbidirli, renderli più scivolosi, migliorarne il gusto e aumentarne il potere calorico.

La dieta per il paziente disfagico:

ACCORGIMENTI PRATICI

- Tagli di carne teneri e non filacciosi ai quali è possibile aggiungere verdure (molto adatte carote e zucchine). La carne può essere sostituita da prosciutto cotto o pesce.
- Aggiustare con attenzione la salatura.
- Se il cibo è troppo consistente diluirlo gradualmente utilizzando acqua ma anche, a seconda dei casi e delle indicazioni latte, panna, succhi di frutta o di verdure, brodo...
- Salvo controindicazioni di ordine medico usare latte intero, anziché scremato, giacché migliora la consistenza e aumenta le calorie.

La dieta per il paziente disfagico:

ACCORGIMENTI PRATICI

- Gli alimenti frullati rappresentano un terreno ideale per la crescita batterica; (refrigerazione o congelazione subito dopo la preparazione oppure conservazione in caldo a temperatura comunque superiore a 65°C.) Le quantità non consumate non devono essere ricongelate, conservate, riscaldate etc. ma vanno eliminate.
- Gli alimenti speciali per disfagici sono comodi, pronti all'uso, sicuri sotto l'aspetto igienico, forniscono apporti nutrizionali standardizzati e indipendenti dall'operatore ma ... COSTANO

La dieta per il paziente disfagico:

ADDENSANTI "NATURALI"

- Fecola di patate: è ottenuta dall'amido delle patate. Può essere aggiunta sia ai cibi dolci che salati durante le fasi di cottura oppure al momento della somministrazione. Fornisce un impasto viscoso e senza grumi.
- Fiocchi di patate liofilizzati: Possono essere aggiunti ai cibi (salati) sia durante la cottura che al momento della somministrazione.
- Amido di mais, riso o frumento: può essere aggiunto ai cibi (sia dolci che salati) durante la cottura o al momento della somministrazione. Da tenere presente che l'amido di frumento contiene glutine.

La dieta per il paziente disfagico:

ADDENSANTI "NATURALI"

- Farine di cereali: possono essere aggiunte ai cibi, sia dolci che salati, durante le fasi di cottura (per evitare la formazione di grumi).
- Farine istantanee per lattanti: (lattea o di cereali). Ne esiste una vasta gamma.
- Gelatine: ne esistono di diversi tipi (in polvere, dadi o fogli). Vanno sciolte nei cibi (dolci o salati) a caldo o a freddo. Il potere gelatinizzante viene meno se aggiunte a liquidi bollenti. Per addensare e gelificare, oltre alla colla di pesce è possibile utilizzare l'agar-agar (noto anche come kanten), che dopo una breve cottura, gelifica in circa un'ora a temperatura ambiente. Può essere usato per addensare sia cibi salati che dolci (in questo caso è necessario usare una quantità maggiore).

La dieta per il paziente disfagico:

ADDENSANTI SPECIFICI PER DISFAGICI

- Si presentano come polveri di colore bianco e sono generalmente derivati dall'amido di mais modificato.
- Possono essere aggiunti, in quantità variabile in funzione della consistenza desiderata, ad alimenti sia caldi che freddi.
- Aggiungere sempre gradualmente il prodotto: alcuni hanno un'azione addensante quasi istantanea, altri possono richiedere vari minuti. In quest'ultimo caso l'aggiunta iniziale di quantità eccessive rischia di addensare troppo l'alimento.

La dieta per il paziente disfagico:

ADDENSANTI SPECIFICI PER DISFAGICI

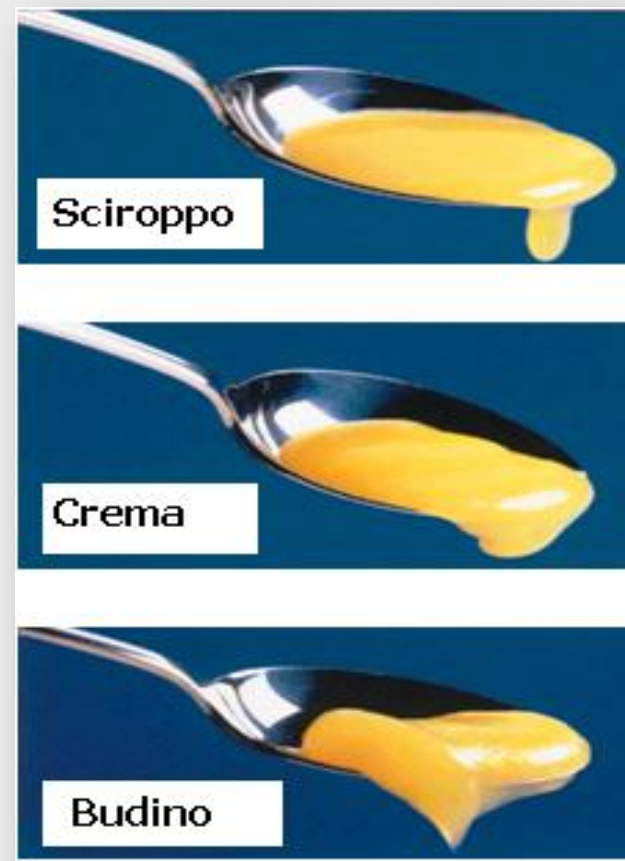
- Una volta raggiunta la consistenza desiderata questa perdura nel tempo senza modificarsi.
- Per evitare che si formino grumi è preferibile agitare piuttosto che mescolare, in alternativa utilizzare una forchetta per stemperare il prodotto addensante piuttosto che rimescolare con un cucchiaino.
- Alcuni addensanti possono alterare negativamente il sapore del cibo (soprattutto bevande).

La dieta per il paziente disfagico:

ADDENSANTI SPECIFICI PER DISFAGICI

Per ogni paziente dovrà essere studiata la consistenza ottimale.

- con 1 cucchiaino di addensante (1 misurino per Thicken up clear) → consistenza SCIROPPO;
- con 1,5 – 2 cucchiaini di addensante (2 misurini per Thicken up clear) → consistenza CREMA;
- con 2,5 – 3 cucchiaini di addensante (3-4 misurini per Thicken up clear) → consistenza BUDINO.

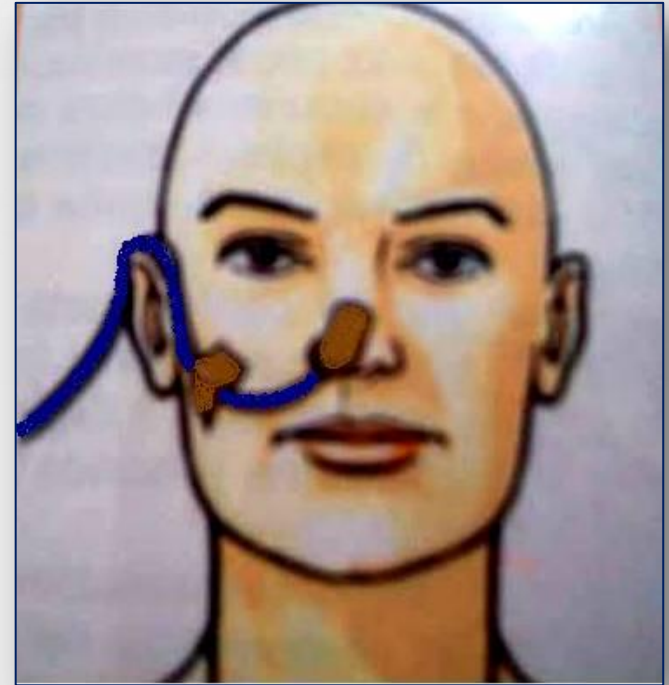


CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

- Quando la nutrizione orale è impossibile o sconsigliata vanno prese in considerazione soluzioni alternative quali la nutrizione parenterale (NPT) oppure la nutrizione enterale (NE).
- La **nutrizione parenterale** per i suoi costi, la natura invasiva e i rischi d'infezione, *non è generalmente indicata nei pazienti disfagici sul medio/lungo termine.*
- La nutrizione per via enterale può essere fatta attraverso sondino naso gastrico o via PEG. Il posizionamento di SNG è facile, veloce, relativamente non invasivo, richiede un minimo addestramento. Tuttavia molti pazienti la trovano poco confortevole e frequentemente strappano la sonda interrompendo così l'alimentazione. Se il SNG deve rimanere in sede per un tempo superiore a 4 settimane è indicato il posizionamento di PEG.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

- Il SNG è un tubo in silicone o poliuretano della lunghezza variabile tra 90 e 140 cm circa, con dei fori laterali nella porzione più distale, che può essere aperto anche in punta. Viene posizionato passando attraverso una narice e l'esofago fino allo stomaco ed è fissato al naso o alla guancia mediante cerotto.



CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

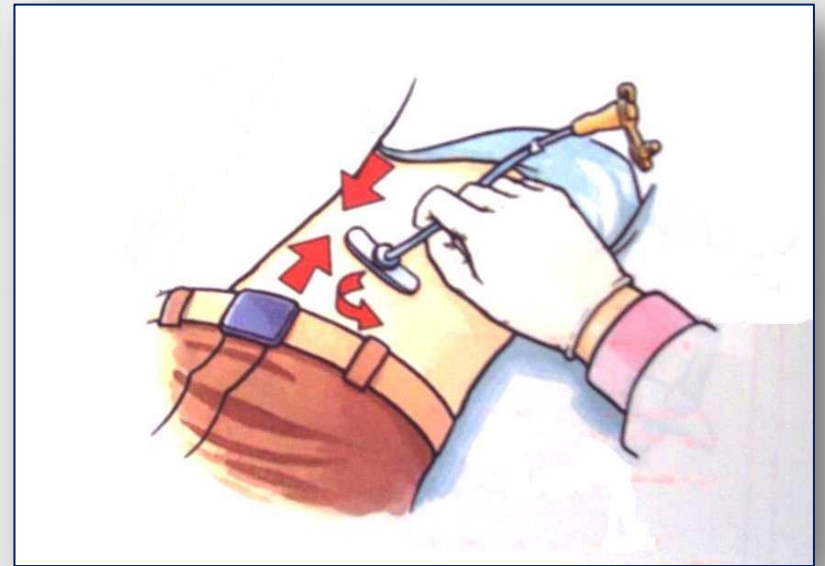
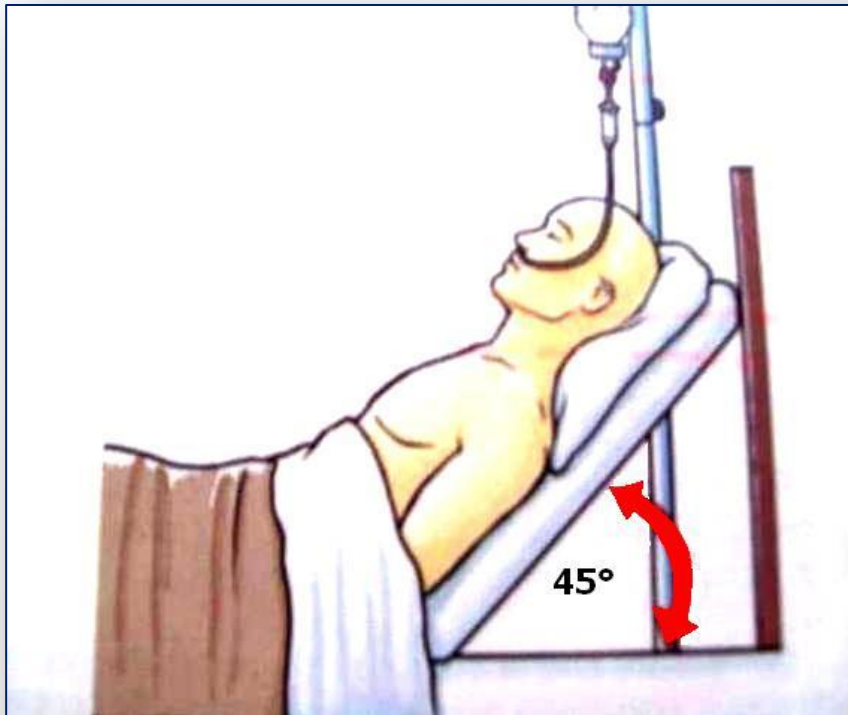
- La PEG richiede una procedura di posizionamento più invasiva che viene fatta in endoscopia con inserzione della sonda per via percutanea attraverso la parete addominale.
- Complicazioni legate al posizionamento di PEG possono essere: **1.)** sanguinamento, **2.)** peritonite, **3.)** perforazioni di altri organi addominali, **4.)** infezioni localizzate nella sede di innesto.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

La PEG può essere sostituita senza eseguire una nuova endoscopia, è meno irritante del SNG e generalmente meglio accettata dal punto di vista "estetico". Infine la PEG sembra permettere un miglior apporto nutrizionale rispetto al SNG.

	S.N.G.	P.E.G.
Posizionamento	Facile, veloce	Invasivo
Riposizionamento	Frequente	Poco frequente
Durata della sonda	Più di un mese	Parecchi mesi
Accettazione	Scarsa	Buona
Benefici nutrizionali	Poco conosciuti	Alcuni
Riduzione della mortalità	Nessuna	Possibile
Complicanze	+/-	++
Correlazione procedura/mortalità	Molto bassa	0-2,5%

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE



CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

Definizione del fabbisogno energetico:

- calcolo del fabbisogno energetico basale (metabolismo basale) mediante le apposite formule (WHO oppure di Harris-Benedict).
- Il valore di metabolismo basale sarà successivamente moltiplicato per 1,1 se l'ospite è allettato o in regime letto-carrozzina, per 1,37 se il paziente è deambulante, per 1,3/1,5 nel paziente disfagico oncologico, per 1,7 in presenza di severa malnutrizione.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

Apporto proteico:

- 0,8-1,2 gr/Kg/die che, come già detto, salirà fino a 1,5 in presenza di ipercatabolismo, ulcere da pressione etc.

Apporto Idrico:

- Il valore di riferimento è 30-35 ml/Kg/die. Le miscele pronte per NE forniscono circa 800 ml di acqua ogni 1000 ml di miscela stessa.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

MECCANICHE

1. Occlusione del lume della sonda.
1. Dislocazione della sonda.
1. BBS (Buried Bumper Sindrome): seppellimento del bumper intragastrico nello spessore della parete gastrica/addominale quale conseguenza di un'eccessiva cronica trazione verso l'esterno connessa con scarsa o nulla attenzione nella gestione quotidiana della protesi (ad es. mancata verifica dei movimenti di rotazione e di su-giù).

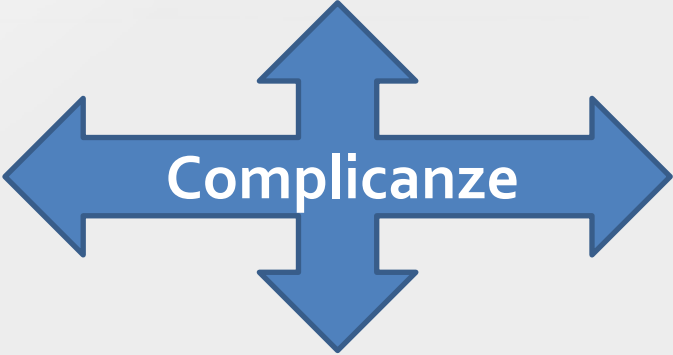
GASTROENTERICHE

Nausea.
Vomito.
Diarrea.
Stipsi.
Tensione addominale.

INFETTIVE

Infezione da contaminazione batterica delle miscele nutrizionali con comparsa di enterite.

Infezione dell'albero respiratorio per aspirazione del contenuto gastrico.



Complicanze

METABOLICHE

Iper/ipoidratazione.
Iper/ipoglicemia.
Deficit di sali minerali, vitamine, oligoelementi.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

- L'alimentazione enterale NON riduce il rischio di aspirazione nel paziente disfagico.
- Con entrambe le modalità (SNG, PEG) sono frequenti il reflusso gastro-esofageo e l'aspirazione.
- La PEG, rispetto al SNG, è associata a una più bassa percentuale di fallimenti e di mortalità oltre che a migliori indici nutrizionali quali peso corporeo, circonferenza braccio, albumina.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

SVEZZAMENTO DALLA NUTRIZIONE ENTERALE:

Requisiti indispensabili sono :

- stabilità del quadro clinico e funzionale;
- assetto nutrizionale stabile;
- attività cognitive conservate o comunque tali da permettere l'apprendimento di nuove modalità di deglutizione e/o di strategie compensatorie;
- rivalutazione della disfagia.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

- Passaggio graduale dalla NE a quella orale tenendo nella massima considerazione le risposte del paziente al programma di rialimentazione.
- Si inizierà con i cosiddetti “cibi di stimolazione”: alimenti di consistenza molle somministrati dapprima una sola volta al giorno per poi aumentare fino a tre volte.
- Seguirà lo svezzamento vero e proprio fino al passaggio alla sola alimentazione orale.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

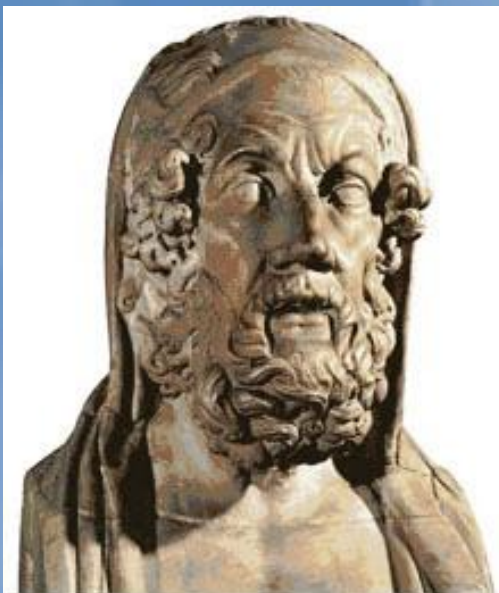
- All'inizio della fase di svezzamento l'apporto calorico e nutrizionale dovrebbe essere garantito per il 75% dalla NE e per il 25% dalla somministrazione per os che sarà gradualmente incrementata.
- Un fattore critico nella rialimentazione è il mantenimento di una adeguata idratazione. In particolar modo faticano a raggiungere livelli di idratazione ottimali coloro che devono essere idratati con bevande addensate o gelificate.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

- Un ultimo aspetto da considerare è l'opportunità o meno di utilizzare la NE nel paziente con demenza in stadio avanzato quando diventa incapace di assumere per os una quantità sufficiente di alimenti.
- Per pazienti con demenza in fase avanzata, degenti in RSA, ci sono ben poche evidenze a sostegno del beneficio clinico connesso con la nutrizione enterale.

CENNI DI NUTRIZIONE ENTERALE

- L'alimentazione per sonda NON sembra ridurre il rischio di morte, l'aspirazione polmonare, le ulcere da pressione, le altre infezioni e NON mantiene uno stato nutrizionale/funzionale in grado di consentire un prolungamento della sopravvivenza.
- Tutte queste considerazioni non significano che il demente grave debba essere automaticamente escluso dalla possibilità di ricevere una alimentazione artificiale ma indicano semplicemente che la decisione deve essere presa dopo attento e approfondito bilancio rischi/benefici.



πάντες μὲν συγγεροὶ θάνατοι δειλοῖσι βροτοῖσι,
λιμῷ δ' οἴκτιστον θανέειν καὶ πότμον ἐπισπεῖν.

**Odiose per i miseri mortali sono tutte le forme di morte,
ma il destino più lacrimevole è quello di morire per fame.**

Odissea, Libro XII, 341-342