



GIORNATA EUROPEA DELLA LOGOPEDIA

6 marzo 2008

SENTI CHI (NON) PARLA

Diritto di parola: un logopedista fa la differenza

La perdita della parola dopo un incidente d'auto o in moto, i problemi di comunicazione nei bambini e negli adulti dovuti a malattie neurologiche come la paralisi cerebrale o l'ictus; i disturbi del linguaggio: sono solo alcuni dei tantissimi ambiti in cui l'intervento di un logopedista fa la differenza. Attenzione particolare meritano i disturbi della deglutizione, noti come disfagia.

La Disfagia è un disturbo della deglutizione (di alimenti, saliva o altro) conseguente per lo più a patologie neurologiche (es. Ictus, Parkinson, Sclerosi Multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, etc.), oncologiche o traumi. Può interessare sia l'età evolutiva e neonatale che l'età adulta e geriatrica. Determina gravi conseguenze cliniche (malnutrizione, disidratazione, polmoniti, etc.) e sociali (imbarazzo ai pasti, isolamento).

Il logopedista, collaborando con altri specialisti, identifica e valuta i problemi di deglutizione, rieduca la funzione compromessa ed educa pazienti e caregivers a riconoscere i sintomi (deglutizione lenta o assente, tosse durante e dopo la deglutizione, voce gorgogliante, residui di cibo nel cavo o nel tracheostoma, perdita di peso, disidratazione) e ad usare strategie per consentire una deglutizione efficace e sicura (es. modifiche di consistenza e temperatura di cibi, uso di manovre e posture).

Per far conoscere i vantaggi di un ricorso precoce a un professionista del linguaggio, che per molti può significare un recupero pieno della comunicazione e dell'inserimento sociale, il CPLOL (Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes/Logopedes de l'Union Européenne) e la F.L.I. (Federazione Logopedisti Italiani) in collaborazione con le Associazioni regionali, hanno promosso la Giornata europea della logopedia il 6 marzo 2008.

In occasione dell'iniziativa l'Associazione Logopedisti Piemontesi desidera distribuire all'attenzione del pubblico di specialisti e non, un opuscolo di indubbia utilità elaborato presso il Dipartimento Otorino Maxillo-Facciale (Direttore Prof. G. Cortesina) a cura di C. Burdese, A. Accornero, M. Spadola Bisetti, A. Farri, A. Lombardo.

**S.S.N. REGIONE PIEMONTE
AZIENDA SANITARIA OSPEDALIERA S. GIOVANNI BATTISTA DI
TORINO
DIPARTIMENTO OTORINO MAXILLO-FACCIALE
Direttore: Prof. G. Cortesina
Via Genova, 3 - 10126 Torino**

QUANDO DEGLUTIRE DIVENTA DIFFICILE

UN VEDEMECUM PER IL PAZIENTE DISFAGICO

A cura di:

C. Burdese
A. Accornero
M. Spadola Bisetti
A. Farri
A. Lombardo

SOMMARIO

- **Che cos'è la disfagia**
- **Come avviene la deglutizione**
- **Tipi di disfagia**
- **Come capire quando ci sono problemi di deglutizione: i “campanelli d'allarme”**
- **A chi rivolgersi quando si presenta il problema della deglutizione**
- **Il rilevamento di segni di ingresso tracheobronchiale di alimenti nel paziente disfagico con tracheotomia**
- **Posizione in cui il paziente deve alimentarsi o essere alimentato**
- **Le precauzioni comportamentali per l'alimentazione del paziente disfagico**
- **Come comportarsi in caso di soffocamento da cibo**
- **Il problema della somministrazione dei farmaci**
- **La corretta alimentazione del paziente disfagico**
- **I cibi da evitare**
- **Le caratteristiche degli alimenti**
- **Come modificare le caratteristiche degli alimenti**
- **Igiene orale**
- **Ausili**
- **Il ruolo della famiglia**
- **Glossario**
- **Bibliografia**

Premessa

La deglutizione e le sue alterazioni (disfagie) hanno avuto una particolare attenzione solo da poco più di un decennio, cioè da quando grazie a nuovi strumenti diagnostici, in particolare la video fluoroscopia e la fibroendoscopia, hanno consentito di documentare funzionamenti, alterazioni e danni.

In particolare si è potuto evidenziare come le turbe della deglutizione, con il meccanismo delle aspirazioni tracheobronchiali e le broncopolmoniti conducono a morte un numero particolarmente alto di pazienti.

Le disfagie non riguardano solo l'ingestione di cibi, bevande, saliva, flora batterica della bocca e del naso, ma possono determinarsi anche mediante il meccanismo del reflusso duodenogastroesofageo (quindi anche nei portatori di sondino naso gastrico, gastrostomia o PEG), con tutte le conseguenze del caso quali disturbi buconasosinusalì, della voce, asma e lesioni tumorali.

Ai fini di poter meglio comprendere i problemi della deglutizione e dei suoi disturbi abbiamo ritenuto utile sintetizzare quanto dovrebbe essere conosciuto

- dai pazienti disfagici
- dal personale sanitario
- dai familiari
- dai care-givers

Gli operatori del dipartimento otorino maxillo facciale sono comunque a disposizione per qualsiasi problema, dubbio o chiarimento.

Oskar Schindler

Introduzione

Il rapporto medico paziente ha negli anni perso sempre più le caratteristiche fiduciario - paternalistiche, per lasciare spesso spazio ad un rapporto afinalistico, permeato di diffidenza reciproca.

Nell'ottica di creare un nuovo rapporto medico – paziente, prioritario e di fiducia, le iniziative di informazione - formazione del paziente assumono un'importanza strategica.

Questo “Vademecum per il paziente disfagico” si inserisce proprio in questa ottica, apportando informazioni utili sulle definizioni, sui sintomi e sulle regole di vita correlate al sintomo “disfagia”.

Per concisione e chiarezza del linguaggio ci pare un ottimo ausilio per i pazienti e per i caregivers, figura indispensabile in una Sanità moderna, in cui il ruolo della famiglia diventa sempre più fondamentale.

Inoltre l'informazione del paziente e dei suoi famigliari è un cardine nel percorso educativo dei cittadini, indispensabile nel processo di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale.

M. Rapellino

Ø Che cos'è la disfagia

Con il termine di **disfagia** vengono definiti tutti i disordini della deglutizione a prescindere da:

- la natura della causa che li ha generati (lesioni del Sistema Nervoso Centrale; esiti di interventi chirurgici del cavo orale e/o delle alte vie aeree o digerenti; esiti di traumi Cranio-Encefalici o altro)
- la sede anatomica dell'alterazione.

Ø Come avviene la deglutizione

Deglutire è un atto che si compie alcune centinaia di volte nell'arco della giornata; durante i pasti gli atti di deglutizione da noi compiuti sono più frequenti che nell'intervallo tra i pasti (circa 390 atti durante i pasti contro circa 150 tra i pasti e 50 durante il sonno).

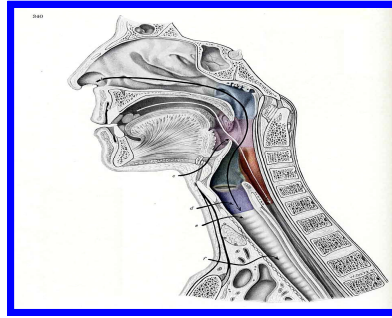
Nella **deglutizione** sono coinvolti diversi organi dell'apparato digerente: la bocca, la lingua, la faringe che costituiscono un canale attraverso cui il cibo introdotto e masticato nella bocca raggiunge lo stomaco attraverso l'esofago.

Ma questo canale è condiviso con un'altra funzione vitale: la **respirazione**.

La **disfagia** è quindi un disturbo che riguarda un crocevia estremamente critico nel mantenimento della nostra salute: quello tra la via **alimentare** e la via respiratoria.

I disordini della deglutizione possono compromettere i rapporti tra queste due vie, fino a determinare penetrazione del cibo nelle vie aeree.

Ø Fisiologia della deglutizione



Può senz'altro capitare di mandare del cibo **“per traverso”**. L'organismo normale risponde prontamente e spontaneamente a questa invasione dell'albero respiratorio da parte di un corpo estraneo, con la **tosse**, spesso convulsa ed insistente.

Il motivo di ciò è che vi è stata una cattiva coordinazione della **respirazione con la deglutizione**: cioè inspirando abbiamo così ingoiato una parte di cibo prima che fosse stato innescato il **riflesso della deglutizione**.

Un riflesso è ogni atto che compiamo in risposta ad uno stimolo preciso, indipendentemente dalla nostra volontà e dalla nostra capacità di pensarlo.

Nello specifico della **deglutizione**, noi possiamo intervenire con la nostra volontà e decidere quando un alimento può essere:

- messo in bocca
- masticato e amalgamato con la saliva
- **sospinto con la lingua verso il palato**

Da questo momento in poi, tutti gli atti che seguono sono guidati da un programma del **sistema nervoso centrale** che si compie in modo **riflesso** e sempre con le stesse modalità:

- a) il cibo inizia la progressione verso la faringe chiudendo il palato molle
- b) la laringe si solleva
- c) le corde vocali si chiudono rendendo la laringe inaccessibile alla penetrazione del bolo, che altrimenti cadrebbe nei polmoni (**aspirazione**)

d) l'epiglottide si abbassa lasciando scendere il bolo nella faringe

e) lo sfintere crico-faringeo si rilascia permettendo al bolo di arrivare all'esofago.

Questi atti vengono compiuti in un intervallo di tempo non superiore ai 2 secondi durante una breve **pausa respiratoria**.

Successivamente il bolo alimentare impiega dagli 8 ai 20 secondi per attraversare l'esofago e penetrare nello stomaco.

La **deglutizione**, malgrado la sua frequenza (1000 deglutizioni di saliva al giorno) e la sua apparente semplicità, è un meccanismo altamente sofisticato e strettamente legato ad altre funzioni vitali.

La definizione stessa di **deglutizione** come capacità di convogliare sostanze solide, liquide, gassose o miste dall'esterno allo stomaco (O.Schindler), ci indica che questa non è limitata al passaggio di cibo dalla bocca allo stomaco, ma riguarda anche le attività che precedono l'ingresso delle sostanze nel cavo orale, pertanto si riconoscono **SETTE FASI**.

Ø Le fasi della deglutizione

FASE ANTICIPATORIA Comprende tutte quelle modificazioni che coinvolgono il cavo orale e faringeo prima che il cibo oltrepassi lo sfintere labiale (Owens et al.). La funzione è quella di preparare tutte le strutture deglutitorie e digestive a svolgere il loro compito.



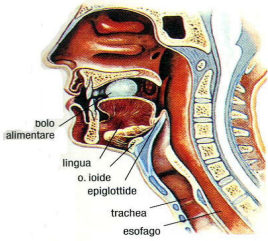
Fase 0 - FASE DI PREPARAZIONE EXTRA ORALE DELLE SOSTANZE –

Comprende tutte le modificazioni di consistenza, viscosità, temperatura e dimensioni del bolo che deve essere introdotto nel cavo orale (Schindler e Juliani) e ancora omogeneità e appetibilità.

Fase 1 - FASE DI PREPARAZIONE ORALE-

Comprende le modificazioni del cibo fino a trasformarlo in bolo pronto per essere deglutito; di questa fase fanno parte la salivazione e la masticazione (Schindler et al.). E' sotto il controllo volontario.

Fase 2 - FASE ORALE PROPULSIVA -



Inizia quando la lingua spinge il bolo superiormente e posteriormente e termina nel momento in cui viene elicito il riflesso deglutitorio, terminando così il controllo volontario (Logemann).

Fase 3 - FASE FARINGEA - dove il bolo attraversa il “quadrivio faringeo”, punto in cui la via digestiva incrocia la via respiratoria, e dove avviene la coordinazione di differenti meccanismi che permettono il transito del bolo, evitando il passaggio di cibi liquidi e solidi nel naso e la penetrazione e/o aspirazione di cibo rispettivamente in laringe e/o nell'apparato bronco-polmonare.

Fase 4 - FASE ESOFAGEA - il bolo arriva all'esofago attraverso lo sfintere esofageo superiore e lo percorre per mezzo di onde peristaltiche che lo porteranno allo sfintere esofageo inferiore.

Fase 5 - FASE GASTRICA - il bolo arriva nello stomaco, termina la deglutizione ed inizia la digestione.

Ø Tipi di disfagia

Alla luce di quanto detto si comprende che esistano tanti tipi di disfagia, ognuno dei quali necessita di valutazioni, trattamenti e precauzioni specifici.

Si possono, pertanto, elencare i vari tipi di disfagia tenendo conto del punto dove si verifica il malfunzionamento del meccanismo:

Disfagia orale: sono presenti disturbi della 1^a o 2^a fase della deglutizione.

Ciò si verifica, per esempio, nella paralisi del nervo facciale, nelle palato e labio-schisi, in seguito ad interventi chirurgici demolitivi, radioterapie riguardanti, in qualche modo la bocca.

Disfagia faringea: vi è un disturbo a livello della 3^a fase della deglutizione.

Ciò si verifica nell'80% a causa di malattie neurologiche ed il 20% in seguito ad interventi chirurgici.

Disfagia esofagea: vi è un disturbo a livello della 4^a fase della deglutizione.

Ciò si verifica a causa della presenza di diverticoli nell'esofago, per compressione da parte di un grosso gozzo tiroideo, per malattie neurologiche o in seguito ad interventi chirurgici.

Ø Come capire quando ci sono problemi di deglutizione: i “campanelli d'allarme”

Il passaggio del cibo nelle vie aeree (**aspirazione**) si può manifestare:

in modo evidente con senso di **soffocamento, tosse insistente, comparsa di colorito rosso o cianotico al volto;**

in modo **più silente** con il passaggio di piccole quantità di alimenti nei bronchi, il più delle volte non avvertito neppure dal paziente, pertanto sintomi che devono indurre il sospetto sono:

- la comparsa di alcuni colpi di **tosse involontaria** entro 2-3 minuti dalla deglutizione di un boccone;
- la comparsa di **voce velata o gorgogliante** dopo la deglutizione del boccone;

- la **fuoriuscita** di liquidi o di cibo **dal naso**;
- la presenza di un **rialzo termico** senza cause evidenti;
- l'aumento di **salivazione**;
- la presenza di **catarro**.

Ø A chi rivolgersi quando si presenta il problema della deglutizione

E' importante esporre il problema, già dai primi sintomi, al **medico di base**, che lo segnalerà allo specialista.

Nella gestione del paziente disfagico operano una pluralità di figure professionali che lavorano sinergicamente tra di loro:

Il **Foniatra** → il medico specialista che si occupa dei problemi di voce, del linguaggio, degli apprendimenti e della *valutazione clinica della deglutizione* stabilendone il tipo ed il grado di alterazione.

Il **Logopedista** → l'operatore sanitario esperto nella prevenzione e nella riabilitazione dei disturbi della voce, del linguaggio e dei problemi di deglutizione. Collabora con il medico specialista alla valutazione del paziente, con testimonianze ed osservazioni mirate a precisi requisiti. Fornisce informazioni agli altri operatori sanitari che si prendono cura del paziente ed ai familiari sulle particolari *tecniche per rendere più agevole la deglutizione*, sulle *posture facilitanti*, sulle *norme alimentari precauzionali* e sulle *tecniche rieducative* orientate al miglioramento dei deficit muscolari e sensoriali.

L'**Otorinolaringoiatra** → il medico specialista che si occupa della *diagnosi e della terapia* delle patologie dell'orecchio, del naso, e della gola. Fra le patologie di sua competenza rientrano quelle della laringe e del cavo orale, che possono essere causa di alterazioni della deglutizione.

L'**Infermiere Professionale** → l'operatore sanitario addetto all'*assistenza del malato*. In presenza di paziente con disturbo della deglutizione riceve dal foniatra, logopedista, otorinolaringoiatra, nutrizionista, dietista ed eventualmente altri

interlocutori del settore, le informazioni necessarie per potere fare fronte alle particolari problematiche che il disturbo pone.

Qui di seguito si elencano le altre figure maggiormente coinvolte nei problemi di deglutizione:

il nutrizionista, il dietista, il neurologo, il radiologo, il gastroenterologo.

Ø Il rilevamento dei segni di ingresso tracheobronchiale di alimenti nel paziente disfagico con tracheotomia

Per il paziente disfagico con **tracheostomia** che può alimentarsi per os si richiedono ulteriori attenzioni nel rilevare eventuali segni di ingresso tracheobronchiale di alimenti, eseguendo con la cannula le seguenti manovre in caso di tosse riflessa prima, durante o dopo la deglutizione di un boccone:

- 1.** mettere una **garza** piegata a contatto con la pelle, sotto il “pacchetto” della medicazione della cannula, sospingendola fino ai margini della tracheostomia e controllare che **non** vi siano **tracce di inalazione**, inizialmente dopo 2-3 deglutizioni, in caso di risultato negativo, al termine di ogni “portata”;
- 2. aspirare** con l’aspiratore della cannula;
- 3.** riposizionare una nuova garza e ripetere le manovre descritte al punto 1 dopo 15 minuti circa per verificare che non ci sia stato inalazione di **ristagno** post-deglutitorio.

Ø Posizione in cui il paziente deve alimentarsi o essere alimentato

Per il conseguimento di una adeguata deglutizione ha grande importanza il controllo della posizione, in particolare del capo e del tronco, ed, in generale, di tutto il corpo.

Qui di seguito vengono considerate le seguenti eventualità: paziente che si alimenti seduto sulla sedia, seduto sulla sedia a rotelle, seduto a letto.

E' importante la **posizione adeguata del corpo**, per evitare movimenti abnormi e per facilitare il controllo della testa e del tronco, dal momento che anche piccoli cambiamenti possono disturbare l'equilibrio muscolare.

Per la ricerca di un corretto modello per la posizione, bisogna subito trovare le premesse di base affinché il paziente possa restare nella posizione per lui idonea senza difficoltà.

Paziente posizionato sulla sedia:



il paziente deve essere **seduto dritto**, con un **comodo appoggio** degli avambracci ed i piedi appoggiati a terra. Poiché una corretta seduta dipende dal bacino, il baricentro dovrebbe essere distribuito su entrambi i glutei. Si consiglia una flessione dell'anca di 90°.

La testa si trova in posizione centrale e, salvo diverse indicazioni è appena flessa in avanti; gli avambracci e le mani, con superficie palmare rivolta verso il basso,

giacciono rilassate sui femori, su cui gli incavi delle braccia sono lievemente piegati ad angolo.

In caso di incerto controllo del busto si raccomanda di far posizionare gli avambracci su una tavola posta di fronte al paziente.

Le gambe sono lievemente avvicinate per garantire una costante stabilità. Le ginocchia sono piegate a 90° ed i piedi appoggiati a terra; la sedia deve avere un'altezza tale che i piedi raggiungano il suolo e contemporaneamente le articolazioni delle anche e delle ginocchia siano piegate ad angolo retto.

Paziente posizionato sulla sedia a rotelle:

vale il modello di posizione sopra descritto. La **stabilizzazione del tronco** è molto importante, anche per facilitare il movimento del capo e degli arti superiori; a tal fine è necessario che lo schienale abbia un'adeguata inclinazione che fornisca sostegno al dorso e che il bacino sia ben allineato e stabilizzato.

Tra gli accessori per la stabilizzazione del tronco si ricordano i sostegni laterali e quelli anteriori, da applicare alla struttura base della carrozzina, qualora il paziente non possa tenere la schiena diritta è opportuno posizionare un cuscino tra schiena e spalliera.

Per quanto riguarda il posizionamento degli arti superiori, si fa largo impiego di braccioli e tavolino. E' importante porre attenzione che gli accessori utilizzati abbiano la corretta altezza per fornire un buon appoggio.

Mediante l'appoggio degli avambracci sul tavolino della sedia a rotelle si ottiene un'ulteriore stabilità, il tronco si appoggia stabilmente sulla parte e può essere inserita un'imbottitura sul bracciolo.

Anche in questo caso il capo deve essere, salvo indicazioni, diritto o lievemente flesso in avanti. Le piante dei piedi devono essere sistemate in modo che sia possibile una flessione delle ginocchia di 90° ed i piedi devono appoggiare bene sui adeguati sostegni.

Paziente posizionato a letto:



per quanto riguarda la posizione a letto, deve essere adottata la **posizione seduta con spalliera** del letto sollevata da 80 a 90° per portare il più possibile l'anca ad angolo retto: attraverso un cuscino dietro la schiena viene dato sostegno al sollevamento della colonna vertebrale. Le gambe giacciono distese sul letto con una flessione delle ginocchia da 20 a 30°.

Gli avambracci sono comodamente appoggiati su una tavola spostabile in alto, che è posta trasversalmente sul letto davanti al paziente. L'appoggio delle braccia facilita l'estensione della colonna vertebrale. Se il materasso è molto spesso verrà posto il cuscino sotto il gomito.

Se si possiede un letto con spalliera non spostabile si sommano tanti cuscini finché il paziente si possa appoggiare sulla schiena e risulti con il capo diritto o, salvo diverse indicazioni, lievemente flesso in avanti.

Ø Le precauzioni comportamentali per l'alimentazione del paziente disfagico

Esistono alcune **precauzioni comportamentali** da adottare nel caso di alimentazione del paziente disfagico:

- il **paziente** quando si alimenta deve essere molto **concentrato**, non distrarsi in alcun modo per esempio guardando la televisione, leggendo, parlando ...;

- il paziente potrà parlare sospendendo il pasto, dopo aver **ripulito la gola** con qualche colpo di tosse e qualche deglutizione a vuoto;
- l'alimentazione deve procedere **lentamente**, rispettando per ogni singolo boccone il volume consigliato, ed introducendo il boccone successivo solo dopo avere deglutito completamente quello precedente;
- il paziente, ad intervalli regolari, deve controllare la eventuale presenza di residui di cibo in faringe emettendo due tre **colpi di tosse** seguiti da qualche **deglutizione a vuoto**; il pasto potrà essere ripreso solo dopo completa pulizia del faringe;
- per quanto riguarda l'assunzione di **liquidi**, quando consentita, può avvenire attraverso l'uso del cucchiaino o con altri mezzi solo **dopo avere eliminato ogni residuo di cibo dalla bocca**, dal faringe con qualche colpo di tosse seguito da qualche deglutizione a vuoto;
- ogni volta che si verificano episodi di tosse riflessa, cioè involontaria, bisogna riportare l'atto sotto il **controllo volontario coordinando la respirazione** e la spinta diaframmatica;
- le persone che assistono il paziente devono **vigilare sul suo stato di attenzione**, sospendendo il pasto ai primi segni di stanchezza;
- l'**ambiente** dove viene consumato il pasto deve essere **tranquillo, silenzioso e ben illuminato**.
- qualora il paziente abbia una **tracheostomia**: è importante che durante la deglutizione la cannula tracheale sia tenuta chiusa e che chi assiste il paziente la tenga sotto costante controllo durante l'alimentazione per rilevare eventuali segni di ingresso tracheobronchiale di alimenti e procedere così alla loro aspirazione.

Ø Come comportarsi in caso di soffocamento da cibo

Esistono alcuni comportamenti che è bene conoscere in modo da poterli applicare prontamente nelle situazioni in cui si verifichi un soffocamento da cibo.

Chi assiste alla scena deve cercare di **non** farsi prendere dal **panico** onde non peggiorare l'agitazione che, comprensibilmente, prende la persona alla quale il cibo sia andato di traverso.

Non è opportuno né dare disordinatamente manate sulla schiena, né dare da bere, né alzare le braccia al soggetto da soccorrere, né praticare la respirazione bocca a bocca poiché è inutile e dannosa, bisogna, piuttosto, comportarsi come segue:

a) se vi è **cibo in bocca** o sono presenti le **protesi dentali**, cercare di toglierle con le dita tenendo la persona distesa su un fianco. Per liberare la bocca da residui di cibo può essere utilizzato l'aspiratore o della semplice garza avvolta intorno ad un dito con cui si pulisce adeguatamente il cavo orale;

b) se il soggetto è in piedi e cosciente eseguire la cosiddetta “**Manovra di Heimlich**”: ci si pone dietro il paziente e lo si avvolge con entrambe le braccia a livello del suo stomaco mantenendo una mano chiusa a pugno e l'altra sovrapposta alla prima; in tale posizione si richiamano a sé le proprie braccia comprimendo con forza l'addome del paziente con un movimento dal basso verso l'alto. La manovra deve essere ripetuta più volte rimuovendo prontamente il cibo che risalirà alla bocca;

c) se il soggetto è seduto sulla **sedia a rotelle** ed è cosciente si può eseguire ugualmente la manovra di Heimlich;

d) se il **soggetto** si trova sdraiato a terra o sulla sedia a rotelle **privo di sensi** per l'asfissia si deve chiamare subito il servizio di emergenza e, nell'attesa dei soccorsi, porre il paziente disteso sul dorso con il capo ruotato da un lato, liberare velocemente la bocca da residui di cibo, mettersi sopra al paziente all'altezza delle cosce con una gamba per lato ed appoggiare le mani sovrapposte l'una all'altra a croce tra ombelico e gabbia toracica, premere con rapidità e decisione esercitando una spinta verso l'alto (spostando le mani dal diaframma sino allo sterno) continuare la manovra fino alla ripresa spontanea della respirazione.

Qualora non ci si senta in grado di eseguire la manovra di Heimlich, **far piegare la persona in avanti**, finché la testa non sia più bassa del torace e dare tre o quattro colpi fra le scapole con il palmo della mano.

Ø Il problema della somministrazione dei farmaci



Un particolarissimo tipo di “alimenti” che sovente richiedono di essere assunti per bocca sono i farmaci: compresse, pillole confettate, capsule possono provocare non pochi problemi nel momento della somministrazione se questa avviene con le modalità errate.

Non a caso li abbiamo voluti definire “alimenti” poiché in quanto tali non fanno eccezione alle norme di consistenza prescritte per l'alimentazione della persona disfagica: i farmaci da assumere per bocca, infatti, devono avere le stesse caratteristiche di consistenza previste per i cibi.

Innanzitutto è importante far presente ai vari medici curanti (medico di base, medici specialisti consulenti, medici curanti occasionali) il problema disfagico in modo che possano scegliere tra le varie forme in commercio di ciascun farmaco quella più adeguata: uno stesso antidolorifico, ad esempio, oltre che in pastiglia, può essere disponibile come fiala a somministrazione intramuscolare od endovenosa, come supposta, come polvere solubile, come pomata o come aerosol.

Fra le medicine somministrabili per bocca possono essere preferite quelle in forma liquida quali le gocce, le polveri solubili, gli sciroppi, le soluzioni e le sospensioni: queste preparazioni possono essere addensate con le apposite polveri, analogamente a quanto detto per le bevande, e somministrati alla consistenza voluta. Tali forme

farmaceutiche sono anche più indicate per la somministrazione a mezzo di sondini: in tale evenienza sarà possibile diluire il farmaco (ad esempio uno sciroppo) con acqua per facilitarne la somministrazione senza rischio di ostruire il sondino.

I farmaci disponibili solo in compressa, confetto o capsula possono essere somministrati con maggiore sicurezza con acqua gelificata o con una crema piuttosto che con acqua.

Si sconsigliano, comunque, lavorazioni improvvisate quale la polverizzazione o la frantumazione di capsule o confetti se non esplicitamente autorizzate dal medico che le ha prescritte e con le modalità da questi indicate. Una impropria manipolazione delle medicine o/e la mescolazione di più prodotti al fine di somministrarli insieme può rendere il farmaco sottodosato, inattivo o, in casi limite, creare dei composti dannosi per la salute del paziente.

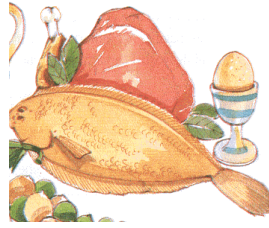
Ø La corretta alimentazione per il paziente disfagico

Al paziente disfagico deve essere garantita **un'alimentazione equilibrata**, ed è per questo motivo che ogni paziente che presenta questa patologia viene seguito da un **nutrizionista** che esamina le sue abitudini alimentari ed i suoi dati nutrizionali per verificare le modifiche conseguenti alla malattia.

L'obiettivo è impostare una corretta alimentazione, che consenta di variare la scelta dei cibi ogni giorno e combinare opportunamente i diversi alimenti tra di loro.

Per facilitare tale scelta si sono suddivisi gli alimenti in diversi gruppi, in base alle caratteristiche nutrizionali.

Carni – Pesce - Uova



Sono alimenti ricchi di proteine ad elevato valore nutritivo, ferro e vitamine del gruppo B ed A. Gli alimenti che fanno parte di questo gruppo sono:

agnello, anatra, capretto, cavallo, coniglio, gallina, maiale magro, manzo, pollo, prosciutto cotto, struzzo, tacchino, vitello.

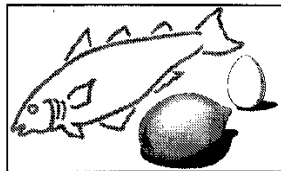
In alcuni casi di disfagia la carne può essere consumata tritata (ben lubrificata con l'olio), si ricorda che:

la carne di bovino adulto è più ricca di proteine rispetto a quella di vitello;

le carni bianche (pollo e tacchino) hanno un contenuto di proteine lievemente superiore a quella di bovino ed un minore contenuto in grassi;

il pollame di allevamento, per la minore concentrazione di collagene, è più digeribile.

Pesce

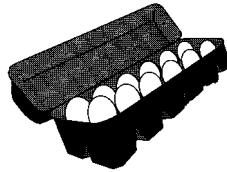


Il pesce è un alimento particolarmente indicato per la sua digeribilità, inoltre la scarsità di collagene lo rende facile da masticare. Il grasso de pesce (acidi grassi omega-3) svolge funzioni salutari, riducendo il colesterolo del sangue.

Il modo migliore per cucinare il pesce è al vapore, lessato, al forno ed al cartoccio.

E' bene ricordare che nel caso di disfagia per i liquidi bisogna evitare il limone che può provocare tosse ed aumento della secrezione salivare.

Uova



Le uova sono un'ottima fonte di proteine e sono facilmente digeribili. Non contengono fibre e pertanto rappresentano un buon aiuto nel caso di alcune disfagie, soprattutto sotto forma di crema. La digeribilità dell'uovo alla coque è maggiore rispetto a quello sodo.

Latte e suoi derivati

Sono alimenti ad elevato valore nutritivo (contengono calcio, vitamine del gruppo B, Vitamina A e Vitamina D).

Il latte è un alimento ricco in proteine ad elevato valore biologico, con aminoacidi essenziali in rapporto più favorevole che nella carne.

Per i soggetti che presentano intolleranza al lattosio si può ricorrere al latte senza lattosio (reperibile nei comuni supermarket). Il latte può essere consumato: intero, parzialmente scremato o totalmente scremato.

Con il latte si possono fare frullati e/o creme, che possono essere addensati o diluiti a piacimento.

Nell'alimentazione del paziente disfagico il latte può essere utilizzato come ottimo diluente, bisogna, tuttavia, fare attenzione alla eccessiva produzione di muco che esso provoca, se esiste elevata secrezione di saliva e muco sarà opportuno utilizzare il latte di soia.

Può essere vantaggioso utilizzare latte in polvere per aumentare il valore calorico e proteico di una pietanza, senza aumentare il volume della stessa.

Per quanto riguarda i formaggi, nel caso del paziente disfagico, possono rappresentare un problema per la loro consistenza ed omogeneità.

Alcuni formaggi possono essere assunti sotto forma di creme o di sufflée, modificandone la densità, la compattezza, la viscosità e la omogeneità.

E' importante evitare formaggi che scaldati formino filamenti (tipo sottilette, fontina, Emmental, mozzarella), o grumi (gorgonzola, caciotta).

I filamenti ed i grumi possono crearsi subito o dopo un po' che il cibo è servito (si deve tenere presente che spesso il disfagico è un paziente che si alimenta lentamente), sono pertanto indicati i formaggi cremosi e spalmabili (mascarpone, ricotta, robiola, stracchino morbido).

Ortaggi e frutta



Sono alimenti caratterizzati da un elevato contenuto di pro-vitamina A, C, Sali minerali e fibre.

Le verdure, quando consentite, sono da assumere cotte e passate. Si adattano a questo uso: punte di asparagi, barbabietola rossa, bietola in foglie, broccolo, carota, cavolfiore, cavolo, cipolla, zucca, zucchini. Le melanzane, i peperoni, i pomodori potranno essere assunti cotti, spellati e privi di semi.

Per quanto riguarda la frutta: gli agrumi, se consigliati, vanno assunti solo spremuti ed eventualmente addensati. Il resto della frutta può essere mangiata se ben matura e priva di semini, si consiglia di servirla anche sotto forma di purea.

Bevande



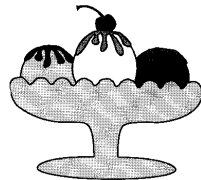
Il nostro corpo è costituito per il 60% da acqua, per cui per compensare le perdite naturali dei liquidi, bisogna introdurre più di un litro e mezzo di liquidi al giorno, necessità soddisfatta, in gran parte, dall'assunzione di bevande unitamente a quella di cibi solidi (frutta e verdura contengono circa il 90% di acqua, i primi piatti e la carne il 70%).

L'acqua non fornisce calorie, quindi non modifica l'appetito, a differenza delle bevande zuccherine che tendono a ridurlo, per cui il loro consumo deve essere moderato.

Il tè, la camomilla e gli infusi naturali sono ammessi in caso di disagia per i solidi.

Il vino, salvo controindicazioni mediche, è tollerato in piccole quantità, mentre la birra viene sconsigliata perché provoca eruttazioni e reflusso.

Dolci



L'utilizzo dei dolci è utile perché fornisce un'elevata quota di calorie. Sono consigliati: bavarese, budini, creme al cucchiaio, panna, panna cotta, salsa di frutta (passata al setaccio). Zucchero e miele possono essere assunti se amalgamati con altri alimenti.

Cereali e tuberi



I cereali sotto forma di semola, mais, tapioca, pasta, pane ecc...ed i tuberi come le patate sono un'ottima fonte di energia perché ricchi di amido.

In caso di disfagia, i cereali ed i tuberi vanno assunti modificandone la loro consistenza ed omogeneità, a volte utilizzando addensanti, mentre tutti i cereali integrali sono vietati.

Legumi



I legumi sono ricchi di amido, calcio, ferro, vitamine del gruppo B e fibre, proprio perché hanno un'elevata quantità di fibre è obbligatorio sbucciarli e renderli omogenei passandoli.

Ø I cibi da evitare

- **Liquidi** (salvo precisa indicazione)
- **Alcolici**
- **Pastina in brodo, minestrone con verdure a pezzi, zuppe di latte o di brodo**
(sono da evitare tutti i cibi che presentano una doppia consistenza)
- **Riso**
- **Legumi**
- **Frutta secca**

Ø Le regole per le scelte alimentari del paziente disfagico

Nella scelta degli alimenti si devono tenere presenti quattro criteri:

1. La sicurezza del paziente: limitando il rischio di aspirazione con la scelta di alimenti, che a seconda del problema del paziente, devono rispettare certe caratteristiche fisiche, cioè:

viscosità: perché tanto più un alimento è scivoloso, tanto più è facilitata la deglutizione. Pertanto, sotto tale aspetto, sono da evitare i cibi secchi (grissini, crackers, frutta secca ecc...);

compattezza: il cibo semi-solido o solido deve avere caratteristiche tali da garantire la compattezza, il boccone deve infatti non sbriciolarsi (il riso o i cibi secchi sono meno compatti della mollica di pane, della polenta o del semolino);

omogeneità: l'alimento che viene proposto al paziente deve essere, per sua natura e preparazione, costituito da particelle della stessa consistenza e dimensione. Sono controindicati piatti come il minestrone con verdure in pezzi o le minestrine con pastina, perché liquido e solidi si trovano nello stesso boccone. Sono indicate, al contrario, le creme di verdure perché omogenee. Si sconsiglia l'utilizzo di verdure filacciose, perché anche se frullate, possono presentare fili pericolosi durante la deglutizione;

consistenza: è il principale criterio di differenziazione degli alimenti per la disfagia. Dal punto di vista fisico si possono distinguere alimenti: liquidi, semiliquidi, semisolidi e solidi.

2. Il fabbisogno alimentare del paziente: a questo scopo la dieta deve essere bilanciata, cioè adeguata ai fabbisogni di calorie e di nutrienti e deve tenere conto delle particolari esigenze dietetiche del paziente.

3. La autonomia durante l'alimentazione: fattore importante per il morale del paziente, per rispondere a tale criterio un cibo deve essere facile da trovare in commercio, semplice da preparare, pratico nel suo consumo.

4. Le preferenze alimentari del paziente: bisogna, per quanto possibile, tenere presenti i gusti di ogni singolo paziente, perché alimentarsi, oltre ad essere una

funzione prettamente nutritiva, deve essere un piacere; è importante che l'aspetto degli alimenti sia invitante, deve esserne curata la presentazione e le diverse portate devono essere mantenute separate tra di loro, anche in caso di assunzione solo di piccole quantità.

Ø Le caratteristiche degli alimenti

I LIQUIDI:

Sono le bevande: acqua, tè, camomilla, infusi, tisane, ecc. I liquidi non richiedono manovre di preparazione nella bocca del paziente, tuttavia, vi sono patologie dove l'assunzione di liquidi per bocca può essere controindicata, per cui andranno assunte previa prescrizione medica.

Tra le soluzioni liquide ci sono: succhi di frutta, latte, bibite preparate con sciroppi, brodo vegetale o di carne, questi se vengono aspirati nelle vie respiratorie, possono dare luogo ad infiammazioni a carico dell'apparato broncopolmonare.

I SEMILIQUIDI:

Comprendono: gelati, granite di consistenza cremosa, creme, passato di verdura, frullati di frutta a maggiore percentuale di liquido, omogeneizzati di frutta, yogurt.

Per la deglutizione di questi alimenti è sufficiente una modesta preparazione attiva da parte della bocca del paziente, non viene implicata la masticazione.

I SEMISOLIDI:

Comprendono: polenta morbida, creme di farine di cereali, passati e frullati densi, omogeneizzati di carne e di pesce, uova alla coque, carni frullate preparate come gelatine, carne cruda, ricotta piemontese, formaggi cremosi, budini, creme, mousses, acqua gelificata.

Sono cibi che, potremmo distinguere rispetto ai precedenti, per la caratteristica di potere mantenere per qualche tempo, se posti nel piatto, la forma del recipiente che li ha contenuti o l'impronta della posata utilizzata per raccogliarli.

Necessitano di una preparazione orale più impegnativa rispetto ai cibi semisolidi, ma non di masticazione.

I SOLIDI:

Comprendono: gnocchi di patate molto conditi, pasta ben cotta e ben condita, agnolotti con ripieno di magro, polenta con spezzatino, uova sode, pesce attentamente pulito delle lisce (sogliola, platessa, nasello, ecc.), soufflè, verdure cotte non filacciose, crescenza, ricotta romana, pere, banane, fragole, pesche molto mature, pane arabo perché non produce briciole.

I cibi solidi richiedono una efficiente, accurata, attenta, prolungata preparazione orale e l'intervento della masticazione.

Questi cibi quando possono essere utilizzati nell'alimentazione del paziente disfagico, devono comunque essere morbidi, omogenei, e compatti.

E' bene evitare che i cibi abbiano una temperatura vicino a quella corporea, si preferisce che siano più caldi o più freddi, e ciò per aumentare la percezione del boccone durante tutte le fasi della deglutizione.

Per i pazienti portatori di cannula tracheale sono, inoltre, indicati alimenti di colore chiaramente distinguibili da quello delle secrezioni tracheo-bronchiali, per accorgersi più facilmente, durante le operazioni di pulizia, se vi sia stato passaggio di cibo nelle vie aeree.

Ø Le consistenze

Gli alimenti preparati per essere assunti per bocca non hanno tutti la stessa consistenza. Alcuni sono liquidi senza particelle in sospensione come l'acqua, altri pur essendo liquidi contengono in sospensione delle particelle come il latte od i succhi di frutta. Vi sono cibi cremosi più o meno densi: semiliquidi come lo yogurt o semisolidi come i budini. Infine vi sono cibi di consistenza solida morbidi, che richiedono una masticazione non molto faticosa come i formaggi morbidi, e cibi solidi decisamente duri come le carni, che prima di essere deglutiti devono essere

masticati con una certa energia.

In realtà fra il liquido ed il solido esiste tutta una scala di consistenze intermedie ed uno dei cardini della rieducazione della disfagia consiste proprio nel trovare per ciascuna persona la consistenza di cibo ideale per rendere la sua alimentazione facile e priva di rischi.



Esistono molti sistemi per modificare la consistenza di un cibo: alcuni tipi di cottura, il congelamento, l'uso di polveri addensanti aumentano la consistenza del cibo mentre la frullazione, la passatura, l'omogeneizzazione, l'uso di diluenti tendono a diminuire la consistenza del cibo: tali sistemi possono essere adottati per ridurre gli alimenti alla consistenza voluta ed aumentare la possibilità di scelta per rendere l'alimentazione varia.

Un'altra caratteristica importante di un alimento è la sua omogeneità: un budino, ad esempio, è un tipico alimento omogeneo in quanto presenta la stessa consistenza in tutte le sue parti, la pastina in brodo od il minestrone di verdure sono, invece, alimenti disomogenei presentando, a seconda dei suoi componenti, parti di consistenza differente. I cibi omogenei sono di più facile deglutizione e, quindi, preferibili per le persone disfagiche mentre i cibi disomogenei possono risultare talvolta pericolosi in quanto la bocca si trova a dover gestire contemporaneamente ad esempio il brodo, liquido, e la pastina, solido morbido, aumentando la possibilità di errori nella deglutizione.



Il foniatra ed il logopedista in base alla malattia di base ed alle prove effettuate sapranno consigliare la consistenza adeguata alla quale attenersi per la preparazione dei cibi da proporre al paziente. A carico dei familiari o/e delle persone che si

prendono cura del disfagico resta il dovere di ricondurre alle norme fornite una alimentazione variata, attenta ai gusti del paziente, saporita e piacevole anche a vedersi. Si è infatti dimostrato che lo stesso alimento, ad esempio una purea di patate, presentato come in fig. 1 risulterà assai meno gradito rispetto ad una presentazione come in fig. 2 e quindi, pur a parità di quantità, la portata di fig. 1 verrà terminata più difficile.

Ø Igiene orale



E' fondamentale una accurata **pulizia del cavo orale** ogni volta che il paziente ha terminato di mangiare, per prevenire infezioni dentarie e gengivali, ed evitare, nelle persone che presentano una scarsa motilità linguale, che eventuali residui di cibo ristagnanti fra denti, sul palato, negli spazi compresi fra le guance e le gengive vengano aspirati.

Il paziente con problemi di deglutizione può presentare, tuttavia, difficoltà nel controllare ciò che introduce in bocca per la pulizia (per esempio dentifricio ed acqua) o può manifestare associate alterazioni motorie degli arti superiori o una inadeguatezza dello stato mentale o di coscienza, che complicano maggiormente la situazione.

Si distinguono, pertanto, pazienti autonomi nella cura dell'igiene orale e pazienti che non essendolo necessitano dell'assistenza di qualcuno.

L'igiene orale è bene che venga effettuata in **posizione eretta**, qualora questa non possa essere possibile si ricorre alla posizione **seduta** ed eventualmente anche **a letto**, se neanche questa fosse attuabile, si utilizza la posizione **sdraiata** (si ricorda che è indispensabile anche nei pazienti che presentano il sondino).

Il dentifricio, nei casi in cui sia consentito, non deve irritare le mucose, né provocare danni all'organismo, deve avere un buon sapore e lasciare l'alito fresco; qualora per

il tipo di disfagia e la postura che il paziente può assumere, non sia permesso l'utilizzo del dentifricio, si ricorre all'uso di altri prodotti (è bene farsi consigliare da un medico dentista nella scelta).

Per i pazienti con protesi dentarie totali o parziali è importante effettuare la pulizia a livello sia del cavo orale sia della protesi. E' bene fare uso, inoltre, dell'apposito raschia-lingua per pulire la lingua soprattutto nella parte posteriore, cioè dove ristagna maggiormente la placca.

Ø Ausili

I pazienti con problemi di deglutizione possono presentare difficoltà motorie a livello degli arti superiori, che complicano la loro possibilità di alimentarsi, a tal proposito esistono in commercio **ausili tecnici** ed **oggetti d'uso comune appositamente modificati**, che consentano loro di alimentarsi adeguatamente, senza perdere il piacere del momento del pasto e mantenendo l'autonomia durante l'alimentazione.

Nella scelta degli ausili intervengono vari operatori: fisiatra, fisioterapista, foniatra, logopedista, che valutano il modo, la facilità d'uso, la maneggevolezza, la sicurezza ed il costo.

Per preparare i cibi delle consistenze indicate si ricorre all'utilizzo di oggetti di uso domestico generalmente comune, quali: frullatori, passaverdura, omogeneizzatori e centrifughe.

Esistono, inoltre, utensili studiati per essere usati con una sola mano, per favorire l'autonomia delle persone che presentano disturbi motori.

Ø Il ruolo della famiglia



La famiglia costituisce un fattore importante nella gestione del paziente disfagico, che si trova a vivere emotivamente una situazione “stressante”, e pertanto necessita di un **ambiente sereno** per poter superare le sue difficoltà.

I familiari, durante i colloqui con il personale medico e gli operatori sanitari che si occupano della gestione del paziente disfagico, devono essere informati:

- sulla **prognosi** e sui **tempi del trattamento**;
- sulle **difficoltà** che incontra il paziente nel vivere la sua quotidianità;
- sui reali **rischi** del disturbo e la sua complessità;
- sulle **scelte terapeutiche** e le **strategie** di compenso proposte;
- sulle **posture** più adeguate e sulla **dieta alimentare**.

Si ricorda che l'alimentazione riveste un ruolo importante non solo dal punto di vista individuale, ma anche sociale.

L'assunzione di cibo è un rito che scandisce la nostra vita di esseri umani e che, in tutte le culture, antiche e moderne, costituisce un atto ricco di significato....il cibo è piacere, gusto e raffinatezza!

GLOSSARIO

Aminoacidi: composto organico azotato costituente delle proteine.

Aspiratore chirurgico: dispositivo elettromedicale utilizzato per aspirare.

Aspirazione: passaggio del cibo nelle vie aeree.

Bolo: cibo masticato che scende dalla bocca allo stomaco.

Faringe: condotto muscolo membranoso che consente il passaggio sia degli alimenti che sia dell'aria nella respirazione.

Ingresso tracheo – bronchiale:

Inalazione: passaggio di cibo nelle vie aeree.

Laringoscopia: esame ottico della laringe.

Palato - labioschisi: malformazione congenita del palato e delle labbra

Per os: per bocca.

Postura: posizione.

Prognosi: previsione sull'esito di una malattia.

Sfintere: anello muscolare che contraendosi provoca la chiusura dell'orifizio a cui sta attorno.

Sondino Naso Gastrico: Tubicino flessibile che introdotto in una narice raggiunge lo stomaco.

Spinta diaframmatica: contrazione del muscolo diaframma.

Tracheotomia: l'apertura della parete tracheale e della cute, con comunicazione tra trachea cervicale e ambiente esterno, che consenta un passaggio di aria atto a garantire una efficace respirazione.

Videofluorografia: esame radiologico eseguito con mezzo di contrasto che studia le fasi della deglutizione.

BIBLIOGRAFIA

Schindler O.,

Manuale operativo di fisiopatologia della deglutizione,

Ed. Omega, Torino, 1990

Schindler O., Ruoppolo G., Schindler A.,

Deglutologia

Ed. Omega, Torino, 2001

Travalca Cupillo B., Sukkar S., Spadola Bisetti M.,

Disfagia.eat

Ed. Omega, Torino, 2001